



Universidades Lusíada

Seixas, Eunice José Carvalho Nogueira de, 1980-

A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados

<http://hdl.handle.net/11067/861>

Metadados

Data de Publicação	2014-04-10
Resumo	Enquadramento: O envelhecimento bem-sucedido tem mostrado estar fortemente associado à satisfação com a vida percebida pelos idosos, embora saibamos que esta é influenciada por múltiplas variáveis. Assim, o objectivo central deste estudo consiste em identificar níveis de satisfação com a vida, em idosos institucionalizados e não institucionalizados e analisar os factores que exercem influência nessa satisfação. Métodos: Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, de carácter não experimental...
Palavras Chave	Envelhecimento - Aspectos sociais - Portugal, Idosos - Cuidados domiciliários - Portugal, Idosos - Assistência em instituições - Portugal, Idosos - Relações com a família - Portugal, Serviço social com idosos - Portugal
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:37:19Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa
Mestrado em Gerontologia Social

**A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não
institucionalizados**

Realizado por:
Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas
Orientado por:
Prof.^a Doutora Enf.^a Rosa Maria Lopes Martins
Co-orientado por
Prof.^a Doutora Marina Manuela Santos Antunes

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Marina Manuela Santos Antunes
Orientadora: Prof.^a Doutora Enf.^a Rosa Maria Lopes Martins
Arguente: Prof.^a Doutora Sofia Margarida Guedes de Campos Salvado Pires

Dissertação aprovada em: 28 de Março de 2014

Lisboa

2013



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Gerontologia Social

**A satisfação com a vida em idosos
institucionalizados e não institucionalizados**

Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas

Lisboa

Junho 2013



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Gerontologia Social

**A satisfação com a vida em idosos
institucionalizados e não institucionalizados**

Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas

Lisboa

Junho 2013

Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas

A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.

Orientadora: Prof.^a Doutora Rosa Maria Lopes Martins

Co-orientadora: Prof.^a Doutora Marina Manuela Santos Antunes

Lisboa

Junho 2013

Ficha Técnica

Autora Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas
Orientadora Prof.^a Doutora Rosa Maria Lopes Martins
Co-orientadora Prof.^a Doutora Marina Manuela Santos Antunes
Título A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados
Local Lisboa
Ano 2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SEIXAS, Eunice José Carvalho Nogueira de, 1980-

A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados / Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas ; orientado por Rosa Maria Lopes Martins, Marina Manuela Santos Antunes. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - MARTINS, Rosa Maria Lopes, 1956-

II - ANTUNES, Marina Manuela Santos, 1951-

LCSH

1. Envelhecimento - Aspectos sociais - Portugal
2. Idosos - Cuidados domiciliários - Portugal
3. Idosos - Assistência em instituições - Portugal
4. Idosos - Relações com a família - Portugal
5. Serviço social com idosos - Portugal
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging - Social aspects - Portugal
2. Older people - Home care - Portugal
3. Older people - Institutional care - Portugal
4. Older people - Family relationship - Portugal
5. Social work with older people - Portugal
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV1481.P8 S45 2013

Dedico este trabalho ao meu Pai e aos meus Avós e também a todos quantos encontrei sós numa sala de tratamentos porque mesmo em situação difícil não perderam a vontade e a satisfação de viver a vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é a materialização de uma meta em tempos sonhada. Não consigo, no entanto, dissociá-lo de um conjunto de emoções que acompanhou o seu crescimento, envolvendo novas aprendizagens e novos caminhos, cumplicidades e afinidades que se acentuaram e incertezas que, por vezes, adiaram a sua concretização.

Mas e porque um trabalho nunca é consequência só daquele que o apresenta e representa, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que de uma forma directa ou indirecta me ajudaram neste feito, e desta forma agradeço muito a:

Deus... Obrigada, Meu Deus, por me dares muito mais que mereço. Sem a Tua infinita misericórdia, presente nos momentos difíceis da minha vida bem como na realização deste estudo, ele não teria sido concluído.

Um agradecimento muito singular à Professora Doutora Rosa Martins por todo o apoio, orientação e rigor com que pautou este percurso, não querendo esquecer a sábia motivação e a disponibilidade afectuosa e atenta com que sempre me acolheu.

A todos os lares que me receberam e aos idosos institucionalizados e não institucionalizados que aceitaram participar no estudo, o meu sincero bem-haja pela sua colaboração, pelo tempo disponibilizado e por toda a partilha de memórias pessoais, que constituíram para mim momentos únicos de partilha da sabedoria e de vivências ricas em experiências e emoções.

Aos meus colegas de jornada neste mestrado em especial à Cláudia e à Sílvia, que foram muito mais que colegas de carteira, tornaram-se amigas presentes e disponíveis para ajudar.

À minha extensa e maravilhosa família e aos meus poucos mas verdadeiros amigos porque quando precisei também eles tiveram uma palavra de alento e incentivo.

E porque se diz que os “últimos são sempre os primeiros” agradeço muitíssimo à minha mãe, Maria José Nogueira por tudo que me transmitiu e proporcionou, pelas lições de vida e pela dedicação. Por ser uma mulher superior. É ela, sem dúvida, a minha grande Mestre.

Bem-hajais!

“Não importa se a estação do ano muda...
Se o século vira e se o milénio é outro...
Se a idade aumenta...
Conserve a vontade de viver,
Pois não se chega a parte alguma sem ela.”

Pessoa, Fernando (s.d.) – Fernando Pessoa in: Poesia Lírica e Épica. Verbo: Lisboa.

APRESENTAÇÃO

A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados

Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas

Enquadramento: O envelhecimento bem-sucedido tem mostrado estar fortemente associado à satisfação com a vida percebida pelos idosos, embora saibamos que esta é influenciada por múltiplas variáveis. Assim, o objectivo central deste estudo consiste em identificar níveis de satisfação com a vida, em idosos institucionalizados e não institucionalizados e analisar os factores que exercem influência nessa satisfação.

Métodos: Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, de carácter não experimental, transversal e descritivo-correlacional. Participaram no estudo, 126 idosos (65 residentes no seu próprio domicílio e 61 institucionalizados) constituindo uma amostra não probabilística por conveniência. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário composto por uma secção de caracterização sociodemográfica, de caracterização situacional; uma escala de Apgar Familiar para avaliar a funcionalidade familiar; uma Escala de Satisfação com a Vida e ainda uma Escala de Depressão Geriátrica; Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS versão 19.

Resultados: A amostra é maioritariamente feminina, viúva, com uma média de idades de 75,29 anos. Possuem baixas habilitações literárias e baixos recursos económicos estão reformados por limite de idade. São maioritariamente católicos, vivem em meio rural, em casa própria ou em instituições. São visitados por amigos e vizinhos e têm percepções de ajudas (cuidativas e financeiras) muito positivas, sobretudo o grupo Dom; Praticam pouco exercício físico e as actividades realizadas são essencialmente caminhadas e ginástica. Avaliam as famílias como altamente funcionais, sendo estas percepções mais positivas no grupo Dom do que no grupo Inst. Revelam ainda nunca ter tido depressão antes dos 65 anos e talvez por isso presente estado depressivo considerado normal. Apenas 12,7% revela depressão acentuada, estando esta ligada ao grupo Institucionalizado.

Conclusão: Os níveis de satisfação com a vida apresentados por estes idosos são variáveis, uma vez que 41,6% apresenta uma elevada satisfação, 32,0% apresenta

baixa satisfação e 26,4% referem uma satisfação moderada. Os valores são mais positivos nos elementos do grupo Dom do que nos do grupo Inst e as variáveis com maior influência na satisfação são as práticas religiosas, a prática de actividade regular, melhor funcionalidade familiar e a ausência de quadros depressivos. Já o género, a idade, o estado civil, a escolaridade, a situação económica, o valor da reforma e o local de residência, mostraram-se independentes da satisfação com a vida destes idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idosos, Satisfação com a Vida, Funcionalidade Familiar, Depressão.

PRESENTATION

Life satisfaction in institutionalized and non-institutionalized aged people

Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas

Background: The successful aging has been shown to be strongly associated with life satisfaction perceived by elderly, although we know that this is influenced by multiple variables. Thus, the aim of this study is both to identify levels of life satisfaction in institutionalized and non-institutionalized elderly, and analyze the factors that have influenced such satisfaction.

Methods: This is a quantitative, non-experimental, cross-sectional descriptive correlation study focused in a universe of 126 elderly (65 resident in their own dwelling and 61 residing in institutions), which constitutes a non-probabilistic sample of convenience. The data collection instrument was a questionnaire consisting of a section of socio demographic, situational characterization; Family Apgar Scale to assess family functioning, a Life Satisfaction Scale and also a Geriatric Depression Scale; for the statistical analysis it was used the SPSS version 19.

Results: The sample is predominantly female, widowed, with a mean age of 75,29 years. Those elderly have low educational background and low economic resources, and are retired due to age limit. They are mostly Catholics, live in rural areas in their own home or in institutions. They are visited by friends and neighbours and have very positive perceptions of aid (financial and watchful), especially the group Dom; they practise little physical exercise or similar activities, however we can point out walking and gymnastics. Assess families as highly functional; these perceptions are more positive in Dom group than in the Inst one. They also reveal that they have never had depression before the age of 65 and it's perhaps why they presently show a normal state of depression. The average of the institutionalized people 12.7% revealed a deep depression.

Conclusion: The levels of life satisfaction shown by these elderly are changeable, since 41.6% has a high satisfaction, 32.0% have low satisfaction and 26.4% reported moderate satisfaction. The values are more positive in the Sun group than in the Inst group, and the factors that have mostly contributed to the general satisfaction are dealt

with religious rituals, the practice of regular activities, better family functioning and the nonexistence of depressive cases. The gender, the age, the marital status, the education, the savings, the amount of the retirement income and the place of residence aren't directly related to these elderly life satisfaction.

Key-words: Aging, Aged, Life Satisfaction, Family Functioning, Depression

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Pirâmide Etária, Portugal.....	35
Ilustração 2 – Resumo da Evolução da População Portuguesa por Faixa Etária	36
Ilustração 3 – População com mais de 65 anos (%) dos Países da União Europeia, 2009	37
Ilustração 4 – Taxa de Risco de Pobreza Segundo o Sexo e Grupo Etário, Portugal, EU-SILC 2010.....	54
Ilustração 5 – Taxa de Risco de Pobreza Segundo a Composição do Agregado Familiar, Portugal, EU-SILC 2010.....	54
Ilustração 6 – Modelo Concetual da Investigação	102
Ilustração 7 – Resumo Estrutural do Questionário	105
Ilustração 8 – Classificação da Apgar Familiar.....	107
Ilustração 9 – Distribuição de Pontos na Escala de Depressão Geriátrica	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatísticas Descritivas da Idade e Residência dos Idosos	116
Tabela 2 - Dados Sociodemográficos da Amostra.	118
Tabela 3 - Dados Sociodemográficos da Amostra (cont...)	119
Tabela 4 - Dados de Caracterização Situacional dos Idosos (Religião e Residência).	120
Tabela 5 - Dados Situacionais dos Idosos Relativos aos Filhos, Visitas e Crianças .	123
Tabela 6 - Percepção dos Idosos sobre Ajuda em Situações de Emergência.....	124
Tabela 7 - Distribuição dos Idosos Segundo Práticas de Exercício Físico e Existência Depressões	126
Tabela 8 - Distribuição dos Idosos pelos Níveis de Funcionalidade Familiar	127
Tabela 9 - Estatísticas Relativas à Satisfação com a Vida dos Idosos.....	128
Tabela 10 - Resultados da Escala de Satisfação com a Vida dos Participantes	129
Tabela 11 - Estatísticas Relativas ao Estado Depressivo dos Idosos	130
Tabela 12 - Dados Sobre os Estados Depressivos dos Idosos	131
Tabela 13 - Teste U de Mann-Whitney entre o Género e a Satisfação com a Vida...	132
Tabela 14 - Teste Kruskal-Wallis entre Grupos Etários e a Satisfação com a Vida...	133
Tabela 15 – Teste U de Mann-Whitney entre o Estado civil e a Satisfação com Vida	133
Tabela 16 - Teste Kruskal-Wallis entre Escolaridade e a Satisfação com a Vida.	134
Tabela 17 - Relação entre Rendimento Mensal e a Satisfação com a Vida	135
Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre a Satisfação com a Reforma e a Satisfação com a Vida	136
Tabela 19 - Teste U de Mann-Whitney entre a Percepção sobre a Ajuda Financeira e a Satisfação com a Vida	137
Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre a Prática Religiosa e a Satisfação com a Vida	138
Tabela 21 - Teste U de Mann-Whitney entre a Local de Residência e a Satisfação com a Vida	138

Tabela 22 - Teste de Kruskal-Wallis entre a Funcionalidade Familiar e a Satisfação com a Vida..... 139

Tabela 23 - Teste de Kruskal-Wallis entre os Estados de Depressão e a Satisfação com a Vida..... 140

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AIVD	-	Actividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
AVD	-	Actividades de Vida Diária
CID	-	Classificação Internacional de Doenças
CIT.	-	Citando, Citado
DGS	-	Direcção Geral de Saúde
DOM	-	Domicilio
DSM	-	Modulo Estatístico dos Transtornos Mentais
ET AL.	-	E outros
ET COL.	-	E colaboradores
EU	-	European Union
EUROSTAT	-	Gabinete de Estatística da União Europeia
INE	-	Instituto Nacional de Estatística
INST	-	Institucionalizado
ISCED	-	International Standard Classification of Education
OCDE	-	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
P.	-	Página
PP.	-	Páginas
QVD	-	Qualidade de Vida
RA Açores	-	Região Autónoma dos Açores
RA Madeira	-	Região Autónoma da Madeira
SILC	-	Statistics on Income and Living Conditions
SPSS	-	Statistical Package for the Social Sciences
UE	-	União Europeia
WHO	-	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

%	-	Percentagem
>	-	Maior
<	-	Menor
\geq	-	Maior ou Igual
\leq	-	Menor ou Igual
=	-	Igualdade
+	-	Soma
-	-	Subtracção
\pm	-	Mais ou Menos
&	-	E
€	-	Euro
CV	-	Coeficiente de Variação
Dp / dp	-	Desvio Padrão
K	-	Kurtose
M	-	Média
N	-	Absoluta
n	-	Número de amostra
n.s.	-	Não Significativo
nº	-	Número
p	-	Nível de Significância Estatística
Sk	-	Simetria

SUMÁRIO

1. Introdução	25
2. Envelhecimento Demográfico	33
2.1. Envelhecimento Demográfico em Portugal	34
3. Questões Relativas ao Envelhecimento	41
3.1. Prespectiva Histórica	41
3.2. Idoso e Envelhecimento	45
3.3. Processo de Envelhecimento	48
3.4. Factores Intervenientes no Envelhecimento	50
3.4.1. Alterações Fisiológicas	50
3.4.2. Alterações Cognitivas/Afectivas	51
3.4.3. Alterações Psicológicas	52
3.4.4. Factores Socioeconómicos	53
3.4.5. Local de Residência	55
3.4.6. Níveis de Instrução	57
3.4.7. Estilos de Vida no Envelhecimento/Envelhecimento Activo	58
3.4.8. Espiritualidade/Religiosidade	64
4. Funcionalidade Familiar	69
4.1. Evolução Histórica da Família	69
4.2. Família, Suporte e Funcionalidade Familiar	71
5. Satisfação com a Vida	81
6. Depressão	89
6.1. Evolução e Conceitos	89
6.2. A Depressão no Idoso	93
7. Metodologia	97
7.1. Questão de Investigação	97
7.2. Conceptualização do Estudo	98
7.3. Tipo de Estudo	99
7.4. Objectivos	99
7.5. Variáveis	100
7.6. Hipóteses	102
7.7. População e Amostra	104
7.8. Instrumento de Colheita de Dados	104
7.9. Procedimento de Colheita de Dados	110
7.10. Tratamento Estatístico	110
8. Apresentação e Análise dos Resultados	115
8.1. Análise Descritiva	115

8.2. Análise Inferencial.....	131
9. Discussão dos Resultados	141
10. Conclusão.....	149
Referências	155
Bibliografia.....	169
Apêndices.....	171
Lista de apêndices	173
Apêndice A (Instrumento de colheita de dados)	175
Apêndice B (Consentimento informado).....	183
Apêndice C	187

1. INTRODUÇÃO

Um dia perguntaram a Demócrito como tinha chegado a saber tantas coisas. Ele respondeu que tinha perguntado tudo a toda a gente.

Bastantes séculos mais tarde, Goethe confessou por sua própria boca que "**se lhe tirassem tudo quanto pertencia aos outros, ficava com muito pouco ou nada**" (Almada-Negreiros, 2006 p. 33)

Por isto se vê que cada um é o resultado de toda a gente; o que de maneira nenhuma quererá dizer que seja o bastante ter cada qual conhecido toda a gente para que resulte imediatamente um Demócrito ou um Goethe! Precisamente o difícil não é chegar aos Grandes, mas a si próprio!... Ser o próprio é uma arte onde existe toda a gente e em que raros assinaram a obra-prima.

O que está fora de dúvida é que cada um deve ser como toda a gente, mas de maneira que a humanidade tenha efectivamente um belo representante em cada um de Nós.

É este movimento contínuo subjacente ao desenvolvimento pessoal de cada indivíduo, que me seduziu e me direccionou, para o estudo de todos e cada um, numa fase já avançada do processo de desenvolvimento pessoal. De facto, pretendo indagar que produto somos, quando atingimos o grupo etário, igual ou superior aos 65 anos, ou por outras palavras quando nos tornamos idosos. Além disso numa sociedade altamente institucionalizada, em que a vida dos idosos aparece como altamente mediatizada, controlada e foco de investimento social, pretendo perceber que opções e percepções existem para e neste grupo etário.

Associada a esta escolha julgo que se esconde também, alguma curiosidade que todos temos em tentar descortinar o futuro a partir das percepções dos idosos presentes...

Embora Victor Hugo afirme, na obra Os Miseráveis, que "a miséria de um velho não interessa a ninguém", esta é uma afirmação que hoje em dia não se aplica, pois a velhice tem alcançado, ao longo dos tempos, um peso mais acentuado nas preocupações da sociedade, principalmente devido ao significativo acréscimo da esperança média de vida e ao interesse pela satisfação com a vida ao longo de todo o ciclo vital.

A era actual caracteriza-se por um mundo em constante transformação, com mudanças de carácter tecnológico, económico e social, que se processam a uma velocidade impetuosa. Neste século, o envelhecimento da população, as modificações da estrutura etária e as mudanças na organização da sociedade são apenas algumas importantes metamorfoses que se tem vindo a assistir, despoletando consequências sobre os indivíduos, famílias, comunidades e nações de todo o mundo.

Portugal, tal como outros países industrializados da Europa, confronta-se com este tipo de alterações demográficas, fruto, principalmente, da redução da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida, que se deve sobretudo aos progressos da medicina, melhores cuidados de saúde, higiene e nutrição, traduzindo-se assim, na existência de uma população cada vez mais idosa, com um correspondente acréscimo de situações de dependência que criam novas necessidades de prestação de cuidados (Figueiredo, 2007; Martins, 2006; Sequeira, 2010).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2001 cit. por Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). De acordo com os dados recentes do INE (Instituto Nacional de Estatística), relativamente às projecções para os próximos 50 anos, em Portugal o índice de envelhecimento da população aumentará. Reduzir-se-á a proporção de jovens de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060, e ocorrerá um aumento considerável da percentagem de população com 65 ou mais anos de idade passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060 (INE, 2011, *b*).

Esta conquista do tempo de vida apesar de se afirmar como um dos maiores feitos que já alcançou a humanidade, reveste-se simultaneamente como um motivo de preocupação, pelo facto de aumentar de forma relevante a probabilidade de se ser portador de doenças crónicas e incapacitantes, associadas a uma diminuição da qualidade de vida (Sousa Galante e Figueiredo, 2003).

Os efeitos do envelhecimento, por razões ainda hoje desconhecidos, não são homogéneos. Para além das variantes individuais, não existe um envelhecimento paralelo, ou ao mesmo ritmo, entre os órgãos e as funções psicológicas. Se é verdade que alguns indivíduos se mostram resistentes ao envelhecimento e apresentam um desempenho adaptado com o avançar da idade, outros declinam no decurso de um processo patológico e desenvolvem processos de senilidade (Fontaine 2000; Sierna

de Pedro, 2000). Vários autores insistem em compreender esta heterogeneidade de tal forma que defendem que factores como o sexo, o nível de escolaridade, o meio onde habitam (rural/urbano) e o estado de saúde devem ser alvos de estudo e designados como factores preponderantes do envelhecimento (Fontaine 2000).

Ainda que saibamos que o ser humano ao longo do seu ciclo de vida e perante as várias situações de vida, nunca atinja a absoluta independência, pelo facto de que o seu grau de dependência/independência estar intimamente relacionado com as várias etapas da vida, sabe-se que na velhice, último período da evolução natural, esta probabilidade pode aumentar significativamente.

A saúde é uma área fulcral da qualidade e da satisfação com a vida, como tal, tem-se verificado um crescimento no interesse por estes conceitos. O conceito qualidade de vida foi introduzido na área da saúde aquando da mudança da abordagem da saúde, de uma ênfase biomédica da saúde, para uma ênfase biopsicossocial (Paúl e Fonseca, 2005), quando as intervenções médicas passaram a integrar a melhoria do bem-estar geral das Pessoas. Esta mudança de paradigma surge, a partir da altura em que a OMS definiu saúde “como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (Fleck, et al, 1999 p. 201).

De entre as várias patologias associadas ao envelhecimento tem sido destacada a depressão como a mais frequentes no idoso. Esta surge como uma perturbação do humor caracterizada, de uma forma geral, por um sentimento de uma profunda tristeza e desespero, que tem consequências enormes para o indivíduo uma vez que é responsável por uma incapacidade de funcionamento do ponto de vista físico, mental e social. Alonso (2003), cit. por Monteiro e Neto (2008) diz mesmo, que a depressão é a primeira causa de incapacidade no mundo, sobretudo nos idosos.

Na opinião de Carvalho e Firmino (2006) é consensual que a depressão é a doença psiquiátrica mais comum no idoso e servindo-se do estudo de Palsson et al. (2001) afirmam que a incidência anual da depressão tem tendência a aumentar com o evoluir da idade, com ratios de 17 por cada 1000 idosos com idades compreendidas entre os 70-79 anos, aumentando para 44 por cada 1000 idosos de idades entre os 79-85 anos.

A contribuição da família é fundamental ao longo da vida, contudo para este grupo etário é tão importante que se defende que nenhuma instituição possa substituir a família na prestação de apoio ao idoso.

Na opinião de Martins (2004) “a família constitui um factor básico não só à sobrevivência do idoso, mas também na manutenção emocional equilibrada, face às contingências do declínio biopsíquicosocial”. De facto todos sabemos que o processo de envelhecimentos acarreta alterações e mudanças, e que essas mudanças implicam muitas restrições sociais, ficando o idoso deste modo limitado ao ambiente familiar. Como tal, é desejável que não só a família mas a própria sociedade convergem e exerçam influências positivas nos idosos de forma a proporcionar-lhes saúde física, psíquica e bem-estar social.

Do ponto de vista social, o idoso vive a sua velhice consoante o ambiente em que está inserido. Se, se sente respeitado, integrado e útil, não perde a autoconfiança, vivendo a esta fase da vida plenamente e tirando proveito do seu tempo livre.

A importância dos relacionamentos sociais como recurso na qualidade e satisfação com a vida tem sido corroborada na literatura por vários autores. Além disso, a interacção social pode contribuir positivamente para a adaptação ao envelhecimento, factor fundamental nessa qualidade. Segundo Paúl e Fonseca (2005) as redes de suporte social não surgem associadas à satisfação de vida dos idosos, mas estão claramente ligadas à qualidade de vida (no seu todo e nos seus vários domínios). Para os mesmos autores a “Satisfação de vida” e “qualidade de vida” são conceitos diferentes, pois a satisfação de vida é uma variável intra-psíquica relacionada a características de personalidade, enquanto a qualidade de vida está ligada a variáveis sóciodemográficas, físicas e de contexto. Também Heller e col. (1991, cit. por Ferreira, 2009) referem que estudos com idosos têm comprovado uma interacção entre as variáveis redes sociais e saúde física e mental.

A velhice bem-sucedida, para Fontaine (2000), está associada à reunião de três categorias de condições. A primeira é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia. A segunda consiste na conservação de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, o que por vezes se denomina de velhice óptima. A terceira é a conservação do empenhamento social e de bem-estar-subjetivo percebido.

A satisfação com a vida, é descrita por Tonarelli (2010) como um sentimento de felicidade, contentamento e preenchimento, que as pessoas idosas experimentam quando conseguem adaptar-se de forma satisfatória às alterações provocadas pelo envelhecimento. Segundo esta autora, a satisfação com a vida é a chave para o envelhecimento bem sucedido e reflecte os níveis da qualidade de vida das pessoas idosas. Contudo, cada vez mais os estudos revelam tratar-se de um construto multidimensional e no qual interferem diversas variáveis, que importa conhecer no contexto social e geográfico concreto para se poder actuar de forma adequada.

Assim é necessário estabelecer políticas ajustadas para que o envelhecimento seja saudável, autónomo, activo e plenamente integrado, porque de acordo com Kofi Anam... “O envelhecimento não deve ser um problema, mas constituir uma conquista e um desafio para a humanidade” (Monteiro e Neto, 2008).

Partilhamos esta visão do envelhecimento e nesse sentido, emergem as questões de investigação que constituem a génese desta tese:

“Qual a Satisfação com a vida percebida pelos idosos institucionalizados e não institucionalizados?”

“Quais são os factores que mais influenciam a satisfação com a vida percebida pelos Idosos?”.

Em resposta às questões enunciadas, o objectivo geral deste estudo consiste em avaliar o grau de satisfação com a vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados desta amostra, e determinar influência dos factores sociodemográficos, situacionais e psicossociais nessa satisfação.

O presente trabalho é constituído por dez capítulos, que se relacionam e completam, resultando de pesquisa bibliográfica efectuada.

O segundo capítulo é essencialmente dedicado às questões demográficas do envelhecimento português; nele são feitas algumas reflexões sobre a dinâmica de crescimento dos idosos na população total; são analisadas as alterações na sua composição e modificações subsequentes e ainda apresentadas, algumas projecções divulgadas recentemente pelo Instituto Nacional de Estatística.

O terceiro capítulo incide sobre o processo de envelhecimento, considerando a evolução que este tem sofrido no decurso da história assim como os factores que interferem no processo.

O quarto dedica-se ao estudo da Família, começando pela abordagem da evolução histórica do constructo, funções associadas ao ciclo vital, enfatizando o suporte na fase final de vida, a funcionalidade familiar percebida e formas de medição da mesma.

O quinto capítulo descreve o tema satisfação com a vida, uma vez que a forma como o Idoso a percebe está estritamente relacionada com o envelhecimento bem sucedido. Assim, também aqui reflectimos sobre os vários conceitos apresentados e defendidos pelos diferentes autores, focamos algumas das suas dimensões e tenta compreender-se a interacção existente entre factores sociodemográficos, contextuais (nomeadamente local de residência), de saúde e psicossociais que mais contribuem para uma plena satisfação com a vida em idosos.

O sexto capítulo, faz uma breve abordagem às questões relativas à depressão. Dentro deste tema foi alvo da nossa pesquisa a definição e algumas particularidades do conceito e também as implicações que esta patologia exerce na satisfação com a vida dos idosos.

O sétimo capítulo é dedicado a todo o dispositivo metodológico: a atenção foi centrada e sistematizada em vários subcapítulos ordenados sequencialmente, englobando a metodologia, a questão de investigação, a conceptualização e tipo de estudo, os objectivos e variáveis do estudo, as hipóteses, a população e amostra, o instrumento e procedimentos de colheita de dados e o tratamento estatístico.

Relativamente ao instrumento de colheita de dados, adoptámos um questionário que engloba algumas secções: a primeira que pretende identificar factores sociodemográficos (género, idade, estado civil, escolaridade, situação económica, tipo de reforma e satisfação com o valor da reforma), a segunda, factores Situacionais (a religião, local de residência, número e residência dos filhos, importância e convívio com crianças, prática de exercício físico, existência de depressão antes dos 65 anos), a terceira corresponde a uma Escala de Apgar Familiar (reúne itens relativos a funcionalidade familiar), a quarta inclui uma Escala para medida de Satisfação com a Vida (engloba itens relativos à saúde física, à saúde mental, à capacidade física e ao

desenvolvimento social) e por último uma Escala de Depressão Geriátrica (que reúne itens relativos a experiências e sentimentos experimentados anteriormente).

O capítulo oitavo corresponde à Apresentação e Análise dos resultados e compreende dois subcapítulos: o primeiro é constituído pela análise descritiva dos dados e o segundo compreende a análise inferencial dos mesmos.

O nono capítulo diz respeito à Discussão dos Resultados.

Por último são apresentadas as conclusões e implicações do estudo, identificadas algumas dificuldades e limitações do mesmo, e referenciada ainda a bibliografia consultada.

2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

A história demonstra que as ideias sobre a velhice são tão antigas quanto a origem da humanidade. O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos Homens, na sua pretensão ao eterno, na sua perplexidade diante do sofrimento e da morte (Paúl e Fonseca, 2005).

Os progressos tecnológicos da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas, tornaram possível ao Homem acrescentar tempo significativo à sua vida, e ser idoso, deixou de ser um privilégio, de uma minoria. No entanto, os progressos da ciência, não conseguiram ainda suprimir a incidência de incapacidades associadas ao processo de envelhecimento, e envelhecer com saúde, autonomia e independência, o maior tempo possível, constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução expressiva no desenvolvimento económico dos países (DGS, 2006).

As questões relativas à demografia sofreram alterações significativas a partir da segunda metade do século XX e estudar o envelhecimento das populações e as suas implicações na sociedade tem sido a preocupação dos demógrafos nas últimas décadas. Foi o demógrafo francês Alfred Sauvy em 1928, quem utilizou pela primeira vez a expressão “envelhecimento populacional”(Sauvy, 2001), chamando assim a atenção dos políticos para o rápido decréscimo das taxas de natalidade e fecundidade e para o aumento brusco dos efectivos acima dos 60 anos emergindo assim nas sociedades desenvolvidas o fenómeno “envelhecimento demográfico” (Imaginário, C., 2004).

A propensão para o crescimento da população idosa é um dos traços mais relevantes da sociedade portuguesa na actualidade (Paúl e Ribeiro, 2010).

Falar do envelhecimento da população portuguesa, implica antes de mais uma reflexão sobre o que se compreende em demografia por envelhecimento da população. Assim e parafraseando Martins, (2004) cit. Fernandes (1995) “o envelhecimento demográfico não consiste apenas no aumento relativo das pessoas que atingiram 65 e mais anos. Em demografia, uma população envelhece sempre que se regista uma redução da importância relativa de pessoas nas idades mais jovens.”

2.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

Acostumado durante décadas a viver com uma imagem de si mesmo, sob o ponto de vista demográfico, cimentada em altas taxas quer de natalidade quer de mortalidade, Portugal enfrenta actualmente uma realidade que, sendo comum à maioria dos países europeus, só agora começa a atingir um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade (Paúl e Fonseca, 2005), que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população e não deixando Portugal alheio a este aumento da longevidade (DGS, 2006).

Em 1970 Portugal era um dos países mais jovens da Europa. No entanto, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) nas últimas décadas o duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se e por isso prevê-se existir no nosso país cerca de dois milhões de idosos no ano 2020, (INE, 2011a) representando então 19,2% do total nacional.

Da análise da pirâmide etária no período entre 1960-1998 podemos aferir, que a evolução da população portuguesa desde a década de 60 se efectuou em fases bem distintas, assim no início dos anos 60 houve um ligeiro acréscimo; no período entre 1964 e 1973 um decréscimo, fruto de um grande ciclo de emigração portuguesa para a Europa e também devido ao início da baixa de natalidade; no intervalo entre 1974 e 1975 houve um crescimento demográfico expansivo, associado ao processo de descolonização, com reflexo num enorme movimento de retorno dos portugueses das ex-colónias, tornando-se mais lento embora ainda elevado nos anos subsequentes da década de 70 e, na década de 80, começamos a assistir a uma acentuada desaceleração do crescimento demográfico, com posterior passagem a taxas de crescimento negativas e ritmos de crescimento muito lentos na década de 90 (INE, 2004).

No período de 1960-1998 a população portuguesa atravessou um processo de crescimento global (12,3%), marcado pela queda da natalidade e da mortalidade e a presença de fortes fluxos migratórios, que fomentaram profundas modificações na estrutura etária, com o conseqüente acelerar do envelhecimento demográfico.

Em resultado destas alterações, a pirâmide de idades da população portuguesa deixou de ser triangular passando a evidenciar-se o “envelhecimento de topo” (aumento do número de indivíduos com idades mais avançadas, decorrente de uma maior longevidade) e “envelhecimento de base” (em consequência da diminuição relativa de indivíduos em idades mais jovens e da diminuição da natalidade). Esta mudança da estrutura etária da população portuguesa, faz com que a pirâmide se mostre cada vez menos triangular, acentuando o seu formato tipo “urna” como se pode ver pela ilustração abaixo.

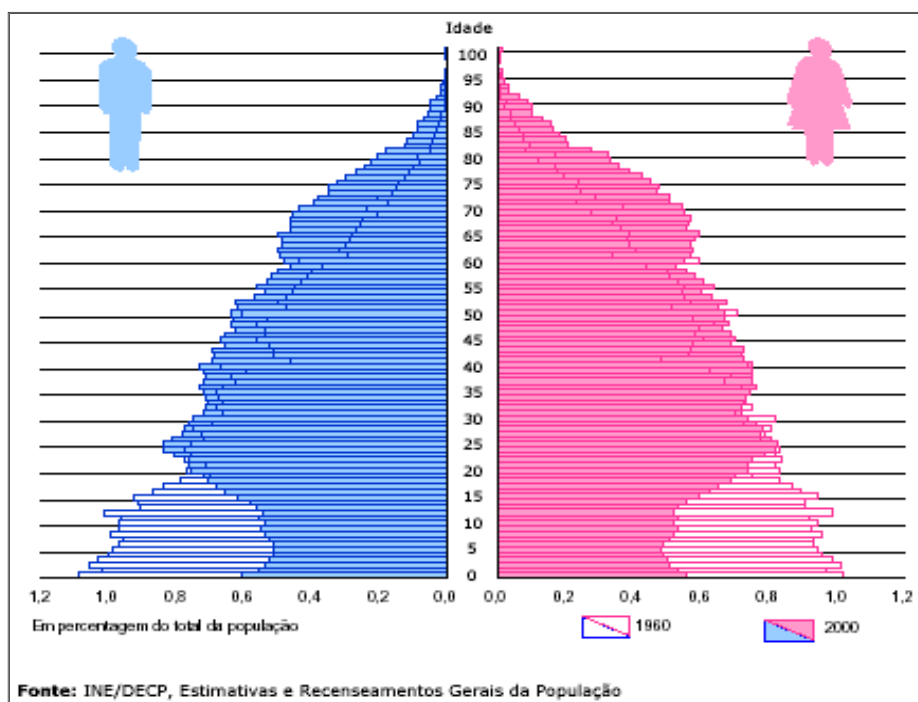


Ilustração 1- Pirâmide Etária, Portugal Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

Portugal é, presentemente, um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, como tal, do mundo. Estas alterações significativas do perfil etário da nossa população deram-se como já referi, essencialmente, nas décadas mais recentes, pelo que a distância que separa a população portuguesa de hoje do que foi há cinco décadas é colossal (Rosa, M., 2012).

Entre 1960 e a actualidade, o número de jovens diminuiu um milhão, (representavam 29% da população em 1960 e actualmente representam apenas 15%) e o número de idosos aumentou 1,3 milhões (representavam 8% da população e hoje já representam 19%). Presentemente, o grupo de “65 e mais anos” contém mais pessoas do que o grupo dos jovens (com menos de 15 anos), situação que aconteceu pela primeira vez, na história de Portugal, no ano de 1999 (INE, 2004).

Quadro Resumo						
	1960	1970	1981	1991	2001	2011
Pop. Residente	8 889 392	8 611 125	9 833 014	9 867 147	10 356 117	10 562 178
Até 15 anos	2 591 955	2 451 850	2 508 673	1 972 403	1 656 602	1 572 329
15 – 64 anos	5 588 868	5 326 515	6 198 883	6 552 000	7 006 022	6 079 785
65+ anos	708 569	832 760	1 125 458	1 342 744	1 693 493	2 010 064
75+ anos	238 121	272 790	384 812	527 948	701 366	961 925

Ilustração 2 - Quadro Resumo da Evolução da População Portuguesa por Faixa Etária. Fonte: PORDATA – Base de dados de Portugal

As projecções do Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat) esboçam um cenário em que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 e 2050, em que chegarão aos 31,9% (será então o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos). Ou seja, dentro de aproximadamente 15 anos, um em cada cinco portugueses terá 65 ou mais anos e, em meados do século XXI, essa relação será praticamente de um para cada três portugueses (Paúl e Fonseca 2005).

Podemos ainda verificar que a parcela dos idosos mais velhos (com 80 e mais anos), a chamada “quarta idade” tem vindo a fortalecer o seu peso estatístico, já são quase meio milhão, tendo o seu número, entre 1971 e a actualidade, quase quadruplicado em Portugal (Rosa, M. 2012).

A população residente em Portugal, de acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011, é hoje de 10 562 178 habitantes, em que 19% têm 65 ou mais anos e 15% tem uma idade igual ou inferior a 14 anos. Na última década verificou-se um abrandamento do crescimento demográfico, com 2% de aumento, face aos 5% observados na década de 90 (INE, 2011b).

O crescimento de 2% da população (206 061 pessoas) apurado nos últimos dez anos deveu-se particularmente a um saldo migratório positivo de 188 652, uma vez que o saldo natural (número de nascimentos menos o número de óbitos) contribuiu com apenas 17 409 pessoas para este crescimento (INE, 2011c).

Numa perspectiva demográfica, Portugal evidencia semelhanças com os outros países europeus, particularmente com os restantes estados da Comunidade Europeia, não sendo exclusivo na relação do pouco dinamismo demográfico, a exhibir uma estrutura etária cada vez mais envelhecida, a ter baixos níveis de fecundidade e de mortalidade, a registar reduções no número de pessoas por agregado familiar e ainda a ter ritmos de crescimento próximos de zero (Imaginário, C. 2004).

A estrutura etária da população salientou os desequilíbrios já demonstrados na década passada. Diminuiu a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa, temos assim uma sociedade envelhecida (INE Censos 2011c).

Uma sociedade envelhecida é aquela em que o rácio dos idosos comparativamente aos não idosos se encontra em ascensão. A percepção de que fazemos parte do conjunto dos países envelhecidos da Europa, é um dado amplamente conhecido e se adoptarmos a definição da OCDE, que considera que um país é velho, “quando tem uma percentagem superior a 7% de idosos, na população geral”, então não possuiremos qualquer dúvida a esse respeito, uma vez que actualmente a nossa percentagem de idosos com 65 e mais anos se situa nos 19% do total da população (Martins, 2004).

Em 1996 Portugal era o quinto país menos envelhecido no conjunto dos países da Europa, tendo em conta a percentagem de idosos na população total, hoje e passados 16 anos continuamos a ocupar o quinto lugar como se pode ver na ilustração três, mas Portugal é agora o quinto país mais envelhecido dos países da Europa.

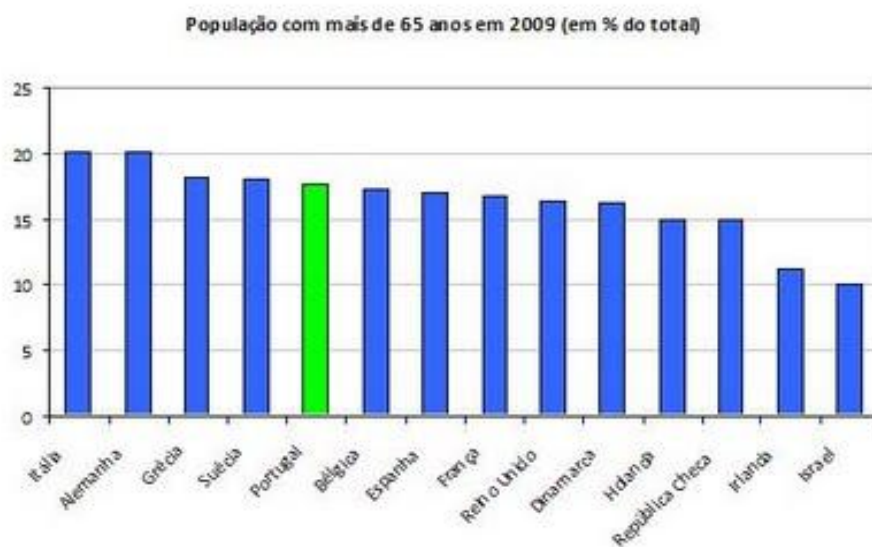


Ilustração 3 – População com mais de 65 anos (%) dos Países da União Europeia, 2009 Fonte: Banco Mundial de Dados

Mas da mesma forma que não há homogeneidade entre os países da União Europeia, no que diz respeito ao envelhecimento, também em Portugal esta divisão não o é. Da análise das diferentes evoluções demográficas regionais aferimos que o Norte possuía em 1998 (12,8%) a mais baixa percentagem de idosos do Continente. O maior número de idosos concentrava-se no Alentejo (21,6%), no Algarve e no Centro do País. Em compensação as regiões Autónomas dos Açores (11,9%) e da Madeira (12%) em 1998 eram os locais do país que apresentavam menores níveis de envelhecimento (INE, 2011d).

Em 2011 o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos. Mas decorridos 14 anos “tudo continua igual”, as Regiões Autónomas apresentam os menores índices de envelhecimento do país, respectivamente 73 na RA Açores e 91 na RA Madeira. As regiões do Alentejo e Centro continuam a ser as mais envelhecidas com índices de 178 e 163 (INE 2011c).

Sabe-se também que na última década, o número de pessoas idosas a viver sozinhas (400 964) ou a residir exclusivamente com outras pessoas com 65 ou mais anos (804 577) cresceu cerca de 28%, tendo passado de 942 594 em 2001, para 1 205 541 em 2011 (INE, 2011c).

Segundo a mesma fonte (INE 2011) podemos ainda constatar que nos grupos etários com idades mais avançadas a distribuição da população por sexo é predominantemente feminina. Antevê-se no entanto, que a mudança do comportamento das mulheres (sobretudo com o uso do tabaco), a mortalidade devido ao cancro do pulmão e às doenças cardíacas, aumente e vá assim alterar as taxas futuras (Rosa, 2012 cit. Paúl, 1994).

O facto de presentemente a percentagem relativa de idosos de ambos os sexos, ter uma diferença notável, tem implicações entre outros aspectos, no baixo rendimento obtido pela população idosa predominantemente feminina. As mulheres, que ao longo da sua vida foram menos participativas e de uma forma mais vulnerável no mercado de trabalho, acabam por não garantir uma situação de reforma favorável. Às más condições de vida, que passam pela nutrição e alojamento, estão associadas a situações de frágil saúde e um mais exíguo acesso a cuidados especializados, que como refere Martins, (2004) cit. Fernandes (1997) está na base de uma certa forma de envelhecer solitária e alienada, à margem de uma sociedade de informação

mediatizada, que não os integra. Além disso subsistem um número indeterminado dos chamados “analfabetos funcionais” por falta de treino da leitura e escrita e por dificuldade de visão e audição, tão graves e frequentes nesta faixa etária.

Actualmente os nossos idosos possuem ainda uma grande taxa de analfabetismo.

Sabe-se que a grande parte deles vive de pensões, mas também é sabido que no nosso país estas são aproximadamente metade do salário mínimo nacional, deixando-nos facilmente transparecer, que os idosos que apenas dispõem destes valores compensatórios se encontram a viver num precário limiar de sobrevivência.

Esta questão está comprovada num estudo realizado em 1999 pelo INE, sobre “Gerações mais Idosas” em que se apurava que ao nível de rendimento, os agregados com idosos são os mais desfavorecidos, dado que possuem receitas líquidas inferiores à média nacional. Por isso e em síntese concluíam:

- Que apenas uma parte ínfima de idosos goza férias;
- A fraca disponibilidade financeira dos idosos, é a principal razão do não gozo de férias;
- Os idosos têm taxas de pobreza claramente superiores às do conjunto da população;
- A intensidade e severidade da pobreza dos idosos é mais do que dupla considerando os agregados sem idosos;
- As receitas médias líquidas situam-se abaixo do valor estabelecido para a linha de pobreza, situação que posiciona os idosos como os mais pobres na população pobre;
- A situação de pobreza é particularmente mais grave para os idosos que vivem sós e para os casais de idosos;
- Os agregados com idosos são os que usufruem de piores infra-estruturas básicas, havendo por exemplo 11% destes agregados que não possuem instalações sanitárias.

Estima-se que em 2050 o índice de dependência apresente perspectivas de aumento, o que significa que os idosos se encontrarão em situações de dependência em sobrecarga de outrem. Estas alusões demográficas levam-nos a reflectir sobre as medidas e as plataformas de intervenção de forma a estruturar a optimização de todos os intervenientes (família, cuidadores, instituições, estruturas sociais).

Correia (2005) relata que, ao nível das relações familiares, nestes últimos anos, têm emergido alterações profundas, um maior número de famílias clássicas e unipessoais, emancipação da mulher, acréscimo da taxa de divórcios, descida da taxa de fecundidade. Alterações estas que complicam o problema social do envelhecimento da população.

Em suma vivemos em sociedades modernas e envelhecidas. O aumento da longevidade humana tem consequências mais vastas do que aquilo que os números das estatísticas expõem. O envelhecimento demográfico das populações é uma conquista da sociedade. Contudo, os problemas que surgem são adversos à qualidade de vida como questões económicas, a possível perda de autonomia, a cessação antecipada da actividade laboral e o consequente alargamento do tempo de vida inactivo.

Segundo Sequeira (2007) fonte da OMS (1999) em 2050, a percentagem de idosos sobrepujará os dois terços da população total, o que poderá colocar em risco a sustentabilidade da mesma, se não forem tomadas medidas oportunas na maioria dos países desenvolvidos.

Sintetizando, podemos dizer que em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19%, este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior. Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o domínio da população idosa sobre a população jovem. Os últimos Censos indicam que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem, e que o fenómeno do envelhecimento deixou de ser um fenómeno dos municípios do interior e propagou-se a todo o território nacional (INE, 2011 d).

3. QUESTÕES RELATIVAS AO ENVELHECIMENTO

3.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA

O interesse em compreender e evitar a velhice remonta aos primórdios da nossa história. O envelhecimento é uma característica, por enquanto inevitável, de todas as formas de vida. Ser idoso, não significa ter uma idade específica, contudo refere-se aos processos que fazem parte da vida da pessoa incluindo, crescimento, maturação e o próprio declínio (Martins, 2004).

A palavra velhice, é um termo carregado de significados muitas vezes negativos de que são exemplos a inquietude, a decadência, a fragilidade, a angústia e a visão antecessora da morte. De facto o envelhecimento é um processo que está envolto em muitas ideias falsas, receios, crenças e mitos. A imagem que se tem da velhice, de acordo com diversas fontes históricas, varia de cultura para cultura, de época para época e de lugar para lugar, não existindo assim um conceito único ou definitivo da velhice, mas sim conceitos incertos, opostos e variados através da história (Lemos, 2010).

Assim sendo, para os Babilónios a imortalidade e a forma de como conservar a juventude eram assuntos de alguma importância e que estiveram sempre muito presentes no seu modo de vida. Já a Grécia Clássica relegava os velhos e enaltecia a beleza, a força e a juventude. Como exemplo podemos falar de alguns filósofos gregos como Sócrates que temia ser velho e pagar o tributo que vinha com a velhice (ser cego, surdo, ter dificuldades de aprendizagem e falta de memória). Aristóteles tinha os anciãos como desconfiados, pessimistas, inconstantes, temerosos, melancólicos e egoístas. Porém, Platão (427-347 a.C.) trouxe uma nova visão; a velhice conduziria a uma melhor harmonia, prudência, sensatez, astúcia e juízo.

Na sociedade romana os idosos tinham uma posição privilegiada e a República Romana conferia mesmo cargos importantes aos mais velhos no senado. A estes, segundo o direito romano, era-lhes ainda concedida a autoridade de "*pater familias*" (direito que os idosos tinham sobre todos os membros da família, com uma autoridade sem limites) e, desta forma quanto mais poderes lhes eram concedidos, mais a ira das novas gerações se voltava contra eles. A imagem negativa da velhice foi combatida por Séneca, mas foi em Cícero, com a sua obra "A Senectude" (onde atestava características morais que só se desenvolveriam com uma idade avançada e sendo

um processo de amadurecimento que teria seu ápice na velhice), que a velhice encontrou o seu maior defensor.

Com a queda do Império Romano os anciãos também foram perdendo o seu lugar de relevo na sociedade, tornando-se vítimas da superioridade jovem. No sistema de estratificação por idades de cada sociedade estava bem implícito o facto de que a idade era determinante básico do que os indivíduos podiam e deviam ou não fazer (Martins, 2004).

Nas sociedades Orientais (China e Japão) o velho era visto com uma aura de privilégio sobrenatural que lhe concedia uma vida longa e como resultado, este ocupava um lugar de respeito e referência, onde a longevidade se associava à sabedoria e à experiência.

Já nas culturas Inca e Azteca, a população idosa era tratada com muita consideração e a atenção a esta população era vista como responsabilidade pública (Lemos, 2010).

Os antigos Hebreus também se destacavam pela importância que davam aos seus idosos, pois em épocas de nomadismo eram considerados os chefes dos povos e eram consultados quando necessário. Na cultura hebraica, uma vida longa era vista mais como uma bênção do que como uma carga, e esta bênção é vista nos patriarcas bíblicos (Génesis, 6,3).

O século VI identificou a velhice com a supressão da actividade, iniciando ali a concepção moderna de isolamento dos idosos. Por outro lado, o homem medieval temia e buscava meios de escapar à velhice, fosse por meio da fantasia ou da ciência. Nos períodos do Renascimento e do Barroco persistiu a ideia da inevitável decadência e do carácter melancólico da velhice. A crença de que o diabo movia a fantasia por temperamentos (que podiam ser coléricos, sanguíneos, fleumáticos ou melancólicos) justificou a perseguição e execução de milhares de mulheres velhas, conhecida como a caça às bruxas. A Idade Média caracterizou-se também pela época dos mais fortes e do domínio militar, o que deixava os idosos submissos aos mais fortes formando ainda parte de uma população escrava e servil (Lemos, 2010).

Durante os séculos XIV e XV, a peste e a cólera foram selectivas deixando milhares de mortos e um grande número de idosos que havia sobrevivido às pestes. Este facto teve como consequência o fortalecimento do poder das pessoas de mais idade e um

aumento do conflito entre gerações que havia diminuído no final do Império Romano. As pessoas velhas começaram a ser ridicularizadas em ambientes públicos. A literatura e a arte uniram-se para ridicularizar os idosos, apesar do surgimento de grandes expoentes de idade avançada que realizaram as suas grandes obras neste período como Leonardo Da Vinci e Miguel Ângelo. Apesar de grandes artistas possuírem uma idade avançada, o idoso continuava a ter pouca importância social e encontrava-se numa situação precária e ambígua (Enciclopédia Luso Brasileira).

O século XVI caracterizou-se por uma violência e um ataque contra a velhice, como consequência da veneração e culto da beleza e juventude. William Shakespeare personificou vários aspectos da velhice e na obra, “Elogio à Loucura” concebia a velhice como uma carga e a morte como necessária. Considerava, ainda, que a loucura era o único remédio contra a velhice (Enciclopédia Luso Brasileira).

O pensamento científico que caracterizou os séculos XVI e XVII introduziu novas formas de pensar que enfatizavam a observação, experimentação e verificação, podendo então, descobrir-se as causas da velhice mediante um estudo sintomático e, mesmo assim, prevalecia a ambivalência em relação à velhice.

Durante os séculos XVII e XVIII foram feitos muitos avanços no campo da fisiologia, anatomia e patologia. As transformações que ocorreram na Europa nos séculos VXIII e XIX produziram uma mudança na população idosa. O número de pessoas em idade avançada aumentou e os avanços da ciência permitiram afastar vários mitos acerca da velhice. Contudo, a situação dos idosos não melhorou. O surgimento da Revolução Industrial e do urbanismo foram derradeiros para os idosos, que sem poder trabalhar, foram reduzidos à miséria (Lemos, 2010) e assistia-se também ao desaparecimento dos modelos de família assentes na economia da terra. O trabalho especializado, leva a uma distribuição e separação etárias: os que aprendem, os que produzem e aqueles que saíram do ciclo produtivo, onde se incluem os idosos.

O ritmo frenético de vida distancia as famílias dos idosos, que por sua vez se sentem cada vez mais sós, parecendo não saber viver no mundo que as rodeia, pois as suas referências foram destruídas, perderam a sua identidade e por outro lado a nível profissional, são considerados inaptos e reformados; de activos passaram a inertes, não produtivos com as devidas repercussões socioeconómicas (Martins R., 2004 cit. Gonçalves, 2000).

A reforma mostra-se como o mecanismo que marca a separação do indivíduo do seu ritmo de trabalho de uma forma abrupta, quando atinge 65 anos. Este afastamento do mundo laboral é efectuado, num grande número de casos, em condições que não concedem ao reformado as condições mínimas e indispensáveis para lhe garantir uma existência com qualidade, dignificante e ou mesmo um fim digno (Martins 2004 cit., Guimarães, 1999).

Nas sociedades modernas, esta problemática é ainda potencializada pela mudança conceptual e estrutural de família. Precedentemente as famílias como núcleos fundamentais de produção, não afastavam o idoso do trabalho, adoptando estas novas tarefas e novos papéis, permanecendo activo e útil. Hoje o único sector onde ainda são visíveis alguns sinais deste sistema, localizam-se nos meios rurais, onde o idoso, apesar de receber a sua reforma, mantém algum nível de actividade análoga àquela que desempenhava durante a sua vida.

Já na realidade urbana, encontramos um cenário em que a reforma constitui um trauma em vez de uma libertação: é que a inércia a que são conferidos, provoca sentimentos de inutilidade e contribui para a diminuição do poder económico, levando-os muitas vezes a viver dependentes dos seus familiares (Martins, 2008).

Nesta óptica, o idoso deixa de ser membro activo na dinâmica social, para se tornar num “fardo”, um “peso”, para a família e para a sociedade. Estas dificuldades num panorama futuro visam agravar-se se se tiver em conta a desigualdade entre homens e mulheres, devido ao aumento de longevidade feminina em relação à masculina por um lado, e por outro ao aparecimento da denominada “Quarta Idade” (a partir dos 85 anos aproximadamente) com níveis crescentes de dependência.

Como causa agravante, assiste-se à propensão social de considerar que “os velhos envelhecem com os velhos” separando-os dos mais jovens e “depositando-os” em instituições arquitectadas para o efeito, afastando-os assim da família e do seu meio social, porque são improfícuos, um empecilho ou apenas a vergonha dela (Martins R., 2004 cit. Guimarães, 1999).

Evidentemente, nem todos os idosos partilham dos mesmos problemas nem a mesma situação. Todavia, apesar das diferenças presumíveis, a atitude social generalizada é a de tratar os velhos com atitudes paternalistas, indeferindo-lhes a sua qualidade de interlocutores válidos e desrespeitando a sua individualidade (Martins, 2004).

Então e diante a irreversibilidade de tal processo, o destino mais provável do idoso, será antes da morte física, o da morte social determinada pela mesma sociedade, que ao longo de anos de trabalho, lhe gastou as “peças humanas” de que agora se quer livrar.

No final do século XIX os avanços da medicina propiciaram a divisão de velhice e enfermidades e no século XX surgem a gerontologia e a geriatria como disciplinas formais. O desenvolvimento progressivo da gerontologia como ciência culminou com a consagração do ano de 1999 como *Ano Internacional dos Idosos*, implementado pelas Nações Unidas e celebrado nos mais diversos países, tendo constituído para Portugal um marco de viragem na atenção e no tratamento desta problemática (Paúl e Fonseca, 2005).

Podemos então aferir que o envelhecimento não tem sido visto ao longo dos séculos da mesma maneira e que o seu conceito tem sofrido grandes alterações na forma de ser entendido e sentido, variando de acordo com diferentes culturas e diferentes evoluções das sociedades.

3.2 IDOSO E ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é inquestionável, circunstancial ao ser humano e um facto biológico previsto no nosso código genético. No entanto, defini-lo torna-se complexo, devido à natureza individual e heterogénea de cada pessoa, bem como aos factores socioculturais e históricos que o condicionam.

É um fenómeno universal que teve lugar em todas as épocas, culturas e civilizações, mas o envelhecimento historicamente abordado como um fenómeno relativo ao processo físico e restrito à esfera familiar, tornou-se nos últimos anos uma questão central nos debates sobre o planeamento das políticas públicas, devido à evolução demográfica mundial que se perspectiva no sentido dum contínuo e acelerado envelhecimento da população (Batista, 2007 p. 89).

Não existe um marcador biológico objectivo, nem tão pouco podemos ter como certo que algumas das alterações encontradas com mais frequência com o avançar da idade possam ser considerados parâmetros fiáveis de envelhecimento, pois que cada indivíduo, se torna cada vez mais diferente do seu semelhante ao longo da sua existência.

Kane, Ouslander e Abrass (2005) citam que o termo envelhecimento se refere ao processo de crescimento e senescência que ocorre com o decorrer dos anos e que é um dos estágios do desenvolvimento.

Reconhece-se que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. A par dos factores genéticos que determinam muito do processo, há que realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no seio da família, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faina do mar ou na intelectualidade das profissões culturais, activo ou inactivo (Ministério da Saúde, 1998).

Numa perspectiva biogerontológica, Netto (2006) define envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que levam à perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, à maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos e também a uma diminuição da capacidade homeostática perante situações de sobrecarga funcional do organismo levando à morte.

Apesar desta visão, mais abrangente em que se justifica a dificuldade em ter uma data ou um indicador, procura-se um critério cronológico que estabeleça o momento em que o indivíduo passa ao estatuto de “velho”.

A Organização Mundial da Saúde - (OMS) e a Constituição de vários países, consideram que a velhice se inicia entre os 60 e 65 anos de idade.

Para a Organização das Nações Unidas – ONU (1982), “ser idoso” difere de países desenvolvidos para países em desenvolvimento. Nos primeiros, são considerados idosos os seres humanos com 65 anos e mais anos; nos segundos, são idosos com mais de 60 anos.

Em Portugal consideram-se pessoas idosas, os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e está associado à idade da reforma.

Conforme referencia Motta (2006) a velhice é um fenómeno bio-social e será reducionista falar em “velhice” com uma definição rígida, pois de acordo com esta autora não existe “velhice”, mas “velhices” e não há “velho” mas “velhos” e “velhas”.

Paúl (2005), citado por Sequeira (2007), refere que o marco dos sessenta e cinco anos de idade deixou de ser um indicador rigoroso para assinalar o início da velhice. Actualmente, considera-se a existência de várias idades para a transição entre a idade adulta e a velhice. Pois, para além da idade, existem ao longo do tempo, influências ligadas a acontecimentos históricos que interagem, mudanças pessoais, sociais, ganhos e perdas, que variam de pessoa para pessoa e têm efeito associado.

Somos culturalmente formados para uma interpretação da velhice associando-a mais à decadência do que à sabedoria e decadência essa, que não passa só pela parte física, mas também pela doença e dependência.

São conhecidos alguns factores comuns da classificação e do reconhecimento dos indivíduos idosos, dizendo que um velho seria alguém com muita idade e/ou aparência física de tal, com ideias que remetem ao passado inactivo, pouco ágil, de quem se espera bastante comedimento de participação.

Para Fontaine (2000) a idade cronológica só reflecte parcialmente o processo de envelhecimento nas diferentes fases da vida, devemos então falar de idade biológica, de idade psicológica e de idade social, que podem ser muito diferentes da idade cronológica

- Idade biológica - Está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz.
- Idade psicológica – Relaciona-se com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente; inclui a inteligência, a memória e a motivação
- Idade social – Refere-se ao papel, ao estatuto e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país.

Cabe referir que a idade social, a biológica e a psicológica salientam somente um aspecto do processo de envelhecimento, sendo complementares. Cada uma delas é a focalização de um aspecto da vida e do processo de envelhecimento com as suas particularidades diferenciais e sociais, assinalando as respectivas inter-relações do

biológico sobre o psicológico e social, e também, do psicológico e social sobre o biológico (Barreto, 2005 cit. por Ramos, Camilo et al. 2011).

A velhice é um período de mudanças profundas que implica múltiplos ajustamentos a nível interno, de modo a que o indivíduo se adapte a uma nova forma de estar na vida. Contudo não esqueçamos que se trata de um processo pessoal, natural, indiscutível e inevitável, para qualquer ser humano, na evolução da vida. Nessa fase sempre ocorrem mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais, económicas e políticas que compõem o quotidiano das pessoas.

De acordo com aquilo que já foi anteriormente referido, a sociedade deve estar consciencializada de que os idosos são pessoas sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção atribuída aos seus feitos e actos (Berger e Poirier, 1995). Para Oliveira (2010) existem agentes que agravam a imagem negativa do idoso diante si mesmo (auto-imagem e auto-estima) e frente aos outros, como o casamento ou a viuvez, a reforma, a sexualidade, as condições de saúde, a família, a situação económica e financeira, o estatuto socioeconómico, a etnicidade, etc.

Desta forma, e tendo em consideração o que foi exposto anteriormente, Berger e Poirier (1995) referem ainda que o envelhecimento pressupõe que o homem se torne num ser ainda mais maduro, já que conservar a maturidade adquirida anteriormente, é fácil. Os mesmos autores, referem ainda que o principal inimigo do ser humano que envelhece é o próprio, e o único triunfo importante é a triunfo sobre si próprio.

Ser idoso nem sempre é fácil, pois além de ter de superar todas as provações da sociedade, importa superar as situações de si mesmo.

Contudo, é importante sensibilizar as pessoas a desenvolverem estratégias e atitudes que lhes permitam desfrutar de uma velhice bem sucedida quer a nível físico, psíquico e social. Desta forma, a velhice deve incidir na relação de saúde/doença sendo fulcral manter a qualidade de vida através da manutenção da saúde e do bom funcionamento bio-psico-social.

3.3 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Segundo Santos (2008) o envelhecimento faz parte da lei universal da vida, na qual se insere o ciclo biológico do nascimento, crescimento/desenvolvimento e morte e não

deve ser observado como algo estático ou compartimentado, mas encarado como o resultado de um jogo de forças em que o Homem, segue uma evolução com importantes implicações biológicas, psicológicas e sociais.

O ritmo e a intensidade das alterações que acompanham o processo de envelhecimento dependem de características individuais, como a herança genética e de factores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais, aos quais o indivíduo esteve exposto ao longo da vida (Batista, 2007).

O processo de envelhecimento é composto por uma sucessão de modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas. Para Moniz (2003) a idade biológica está intimamente relacionada com o envelhecimento orgânico, onde ocorre uma diminuição de funcionamento dos órgãos e uma melhor eficácia da sua auto-regulação. Quanto ao envelhecimento psicológico o autor afirma que este se relaciona com o comportamento do idoso em relação às mudanças do ambiente, incluindo a memória, a inteligência e as motivações. Diz ainda que a manutenção destas actividades irá contribuir para uma boa auto-estima e ainda para a conservação de um bom nível de autonomia e de controlo sobre si.

Sabemos que o ser humano envelhece de uma forma gradual, que as modificações decorrentes do envelhecimento são progressivas e irreversíveis, mas não existe até ao momento, uma única teoria que explique os processos de envelhecimento.

Numa tentativa de explicar todas as modificações ligadas ao processo de envelhecimento, foram elaboradas algumas teorias que segundo Filho e Netto (2006) e Berger e Poirier (1995) são descritas e explicadas da seguinte forma:

Teoria Imunitária – refere que o envelhecimento resulta da formação de anticorpos que agredem as células sãs do organismo por parte do sistema imunitário.

Teoria Genética – refere que o envelhecimento é um processo sucessivo e consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares.

Teoria do Erro na Síntese Proteica – defende que o envelhecimento resulta da morte celular, isto é, ocorrem alterações na molécula de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) que, por sua vez, alteram a informação genética levando à formação de proteínas incapazes de exercer as suas funções.

Teoria do Desgaste – refere que a morte ocorre, porque os organismos não se podem renovar constantemente, acumulando danos ao longo da vida.

Teoria dos Radicais Livres – defende que os radicais livres no envelhecimento provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transforma-os em substâncias que envelhecem as células. Esta teoria pertence às designadas teorias catastróficas do envelhecimento nas quais os fenómenos surgem ao acaso e têm um impacto prejudicial sobre o organismo.

Teoria Neuroendócrina – refere que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico esta ligada as mudanças das funções neuroendócrinas.

Como se pode verificar todas estas teorias tentam dar alguma explicação, contudo todas se complementam, uma vez que falar de envelhecimento é falar de um processo complexo multifactorial e difícil de esclarecer.

3.4 FACTORES INTERVENIENTES NO ENVELHECIMENTO

Como temos vindo a referir o processo de envelhecimento é condicionado por múltiplos e variados factores. Assim, passaremos a descrever algumas delas.

3.4.1 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS

Na perspectiva biomédica, o envelhecimento está associado à maior longevidade dos indivíduos, o que conduz a alterações progressivas das capacidades de adaptação do corpo e consequentemente, um aumento gradual das probabilidades de ocorrência de determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida (Barreto, 2005).

O seu decurso é lento e contínuo, conduzindo a uma diminuição progressiva da reserva funcional dos diferentes órgãos e sistemas, podendo notar-se reacções mais lentas a estímulos, maiores flutuações no funcionamento e maior demora em se voltar a um estado de repouso, que correspondem a limitações na adaptação homeostática (Botelho, 2007).

De salientar que a velocidade de declínio das funções fisiológicas é exponencial, isto é, a ocorrência de perdas funcionais é acelerada com o aumento da idade. Assim por exemplo, num espaço de 10 anos, ocorrem maiores perdas funcionais entre 60 e 70 anos do que entre 50 e 60 anos. Há, portanto, como refere Hoffmann (2002) citado por

Batista (2007), um efeito cumulativo de alterações funcionais, com degeneração progressiva dos mecanismos que regulam as respostas celulares e orgânicas frente as agressões externas, levando ao desequilíbrio do organismo como um todo.

É consensual que no processo de envelhecimento, todos os sistemas do organismo são atingidos, surgindo alterações fisiológicas, “a partir da terceira década de vida, com muita diversidade de expressão, com ritmos de declínio variáveis entre vários órgãos no mesmo indivíduo e entre indivíduos e suas consequências ao nível de manifestações clínicas” (Tibo 2007).

Agostinho (2004) corrobora da ideia ao referir que, o envelhecimento transporta consigo um declinar das funções físicas que se caracterizam por uma lentidão do comportamento motor, redução da capacidade anatômica e até da capacidade adaptativa.

3.4.2 ALTERAÇÕES COGNITIVAS/AFFECTIVAS

A maioria dos problemas ligados ao envelhecimento não são causados pela diminuição das funções cognitivas, estas parecem estar mais dependente de factores como o nível socioeconómico, a escolaridade prévia e o grau de actividade, do que propriamente da idade avançada. São sobretudo outro tipo de problemas, como a perda progressiva de papéis (filhos que saem de casa, reforma, viuvez, etc.) e perdas afectivas (de pessoas próximas, como o cônjuge, amigos e familiares) que afectam o idoso (Agostinho, 2004).

Segundo o mesmo autor, a transição para a velhice é acompanhada por modificações importantes ao nível da afectividade (capacidade de experimentar sentimentos e emoções, como um estado de ânimo que proporciona a tonalidade do relacionamento do indivíduo com o mundo e consigo próprio) e do carácter, ocorrendo a acentuação a disposições previamente existentes e à emergência de traços de carácter.

Uma das alterações afectivas associadas ao envelhecimento é a “Incontinência Emocional”, peculiar à velhice e que se caracteriza pela grande facilidade em produzir intensas reacções afectivas e uma subsequente incapacidade para controlá-las. Pode desenvolver-se também, “Labilidade Afetiva”, cuja característica principal são as mudanças rápidas das emoções. Tais alterações podem ser consequentes não

apenas ao psicodinamismo reestruturado dos idosos, mas, também, às alterações degenerativas do Sistema Nervoso Central (Ballone, 2000, cit. por Caldas, 2006).

As variáveis psicológicas como a atitude e a personalidade, determinam também, a capacidade do indivíduo enfrentar as mudanças que ocorrem com o envelhecimento.

3.4.3 ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

Com a generalização dos sistemas de aposentação, todas as pessoas a partir de uma determinada idade, têm garantido a retirada do mercado de trabalho, independentemente da sua capacidade para produzir, deixando assim a velhice de estar associada à incapacidade para trabalhar, pois é definida em função da idade (Silva, 2008).

A passagem para a situação de reforma processa-se de forma brusca e igualitária para todas as pessoas com 65 anos, sem que haja etapas intermédias, aconselháveis para uma retirada gradual da actividade profissional desempenhada. Este quebrar da rotina vinculada ao trabalho, pode despertar sentimentos de perda e inutilidade no idoso e daí podem advir diversos problemas psicológicos ou mesmo fisiológicos, pois o idoso pode valorizar mais as alterações físicas decorrentes da idade, que até aqui por falta de tempo, lhe pareciam imperceptíveis (Silva, 2008).

Neri (2006) salienta que no caso dos idosos, as perdas no meio afectivo e de relação são um problema e provocam stress à pessoa idosa, sendo muitas vezes agravadas por diversos motivos, entre os quais a previsão da sua própria morte que se avizinha.

Das inúmeras teorias psicológicas sobre os estágios de desenvolvimento humano que buscam uma compreensão mais aprofundada sobre o envelhecimento destacam-se as teorias psicodinâmicas, que caracterizam a velhice como um período fundamentalmente ligado a perdas. Predebon et al (2007) afirmam que as vivências básicas e mais significativas em termos do envelhecimento são as perdas (perda do cônjuge, da saúde, de estatuto e de actividades significativas, entre outras). A capacidade do indivíduo para enfrentar estas mudanças, de acordo com Agostinho (2004) é determinada por variáveis psicológicas como a atitude e a personalidade, mas uma efectiva rede social de apoio nesta fase do ciclo vital é segundo Predebon et al (2007), um aspecto fundamental a fim de diminuir o sofrimento causado pelas perdas.

Em suma, o equilíbrio psíquico do idoso depende basicamente, da capacidade de adaptação à sua existência presente e passada e das condições da realidade que o rodeiam, mas conforme salienta Gaudet (1992) cit. por Caldas, (2006) “o maior desafio da última fase da vida consiste em saber negociar o declínio fisiológico inevitável aliado à acumulação das perdas no percurso existencial, bem como valorizar a imagem de si, mantendo a capacidade de independência.”

Mesmo que o indivíduo procure vivenciar o processo de envelhecimento com antecedência, é sempre difícil de enfrentar a perda de emprego e o afastamento da vida social.

3.4.5 FACTORES SOCIOECONÓMICOS

A condição socioeconómica do indivíduo é uma variável de grande interesse no processo de envelhecimento. Fernandes (2000) cit. por Ramos, Camilo et al. (2011) refere que o status social influencia os problemas da terceira idade e a maioria das perturbações nesta fase da vida. Dizem ainda que para o equilíbrio do idoso é crucial a independência económica, pois é impensável um envelhecimento com qualidade quando, como é do conhecimento público, este grupo é um dos mais vulneráveis e mais ligados à pobreza.

A população com 65 e mais anos, de acordo com o inquérito SILC (Eurostat), apresentava no ano de 2009 uma taxa de risco de pobreza, de 21, 0%, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1% e superior à média comunitária (17,8%).

Se se considerar o total de população em risco de pobreza, o valor, de acordo com o referido inquérito foi de 17,9%, também superior ao valor para o total dos países da EU que era de 16,3%.

De acordo com a mesma fonte, a taxa de risco de pobreza por grupos etários, conforme se constata pelo gráfico a seguir apresentado, era bastante superior para as pessoas com mais de 65 anos, sendo neste grupo o valor relativo às mulheres superior ao dos homens.

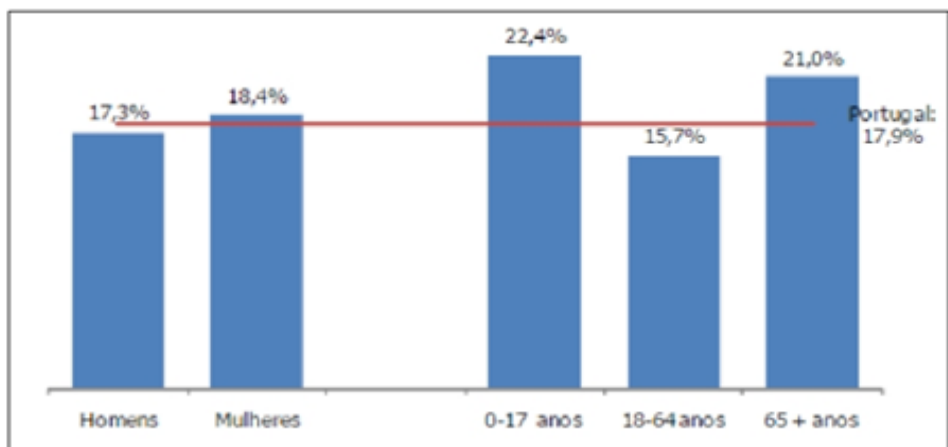


Ilustração 4 - Taxa de Risco de Pobreza Segundo o Sexo e Grupo Etário, Portugal, EU-SILC 2010
 Fonte: INE, Rendimento e condições de vida, 2010 (dados provisórios) - 11 de Julho de 2011

Paralelamente a taxa de risco de pobreza segundo a composição do agregado familiar apresenta os valores que podemos constatar no gráfico abaixo:

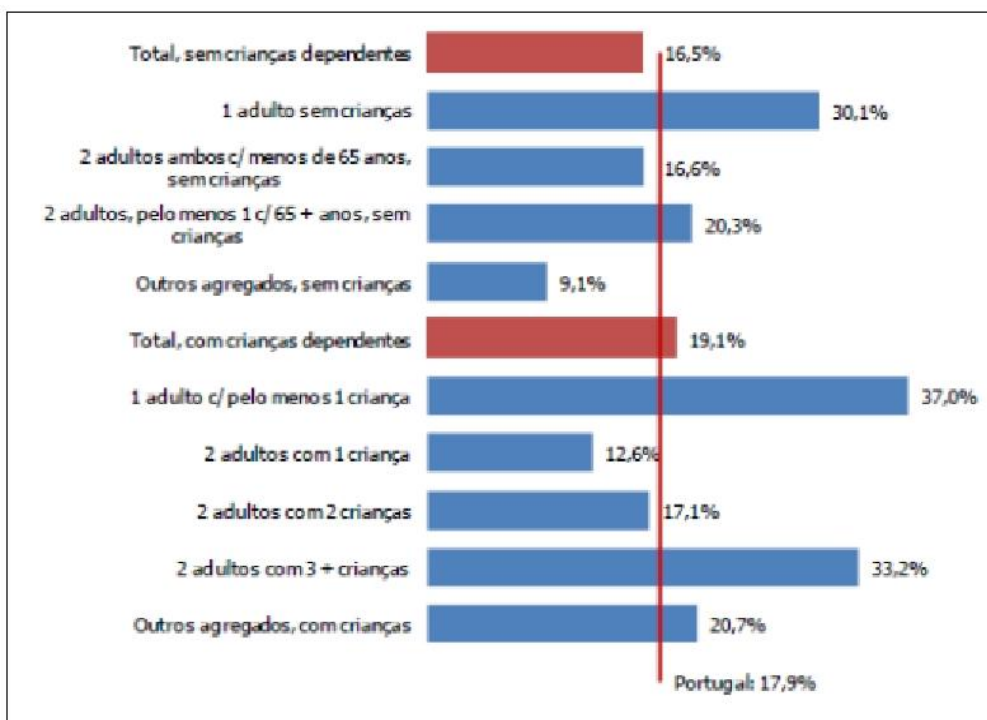


Ilustração 5 - Taxa de Risco de Pobreza Segundo a Composição do Agregado Familiar, Portugal, EU-SILC 2010
 Fonte: INE, Rendimento e condições de vida, 2010 (dados provisórios) - 11 de Julho de 2011

Através da análise dos gráficos apresentados pode-se concluir que:

- O risco de pobreza dos idosos era de 21 %, superior ao do total da população (18 %) e ao da média comunitária que era de 17,8 %;
- O risco de pobreza vai-se agravando conforme se vai avançando nas idades, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge 24,4 %, sendo na UE, apenas, de 20,3 %;
- Os agregados constituídos por 1 adulto com mais de 65 anos a taxa de risco de pobreza era de 30,1 %, situação que indicia uma necessidade maior de apoio dos idosos nesta situação.

A passagem de uma pessoa activa para a reforma leva a uma redução significativa do rendimento mensal. Este facto poderá, por exemplo, explicar ser Portugal o único país da UE em que a saída efectiva do mercado de trabalho para os homens seja maior que a idade legal de saída, o que parece não se passar com as mulheres.

Pode-se, portanto, concluir que a passagem da situação de activo para a situação de reforma é acompanhada por uma perda de remuneração situação que em nossa opinião se vai agravar no futuro face às reformas sociais que estão a ser implementadas no País.

Não se pode ainda deixar de ter em conta que o número de anos esperados de vida, após a idade oficial de reforma, que é de 16 anos para os homens e de 20 anos para as mulheres. Como habitualmente se verifica uma perda sistemática de poder de compra face aos valores da inflação (como exemplo o caso das pensões de reforma acima do valor mínimo ou mesmo estas se bem que em escala menor) ao mesmo tempo que aumentam os encargos com saúde, é fácil concluir que o risco de pobreza aumenta sistematicamente com a idade, fazendo diminuir a qualidade de vida dos idosos.

3.4.5 LOCAL DE RESIDÊNCIA

Como já anteriormente referimos, as capacidades de adaptação dos idosos diminuem ao longo do decurso do envelhecimento, ficando o idoso mais sensível as influências do meio ambiente que é um determinante na promoção do bem-estar. Segundo o modelo ecológico de Lawton (cit. por Sequeira e Silva, 2003; Fonseca, 2005) o

comportamento é transaccional e apenas pode ser entendido em função das variáveis presentes, tornando compreensível a dinâmica das relações pessoa/ambiente. Este modelo propiciou conhecimentos que possibilitam afirmar que o contexto de residência tem um papel fundamental na compreensão do envelhecimento.

Lawton (1989 cit. por Fonseca, 2005) atesta que, de uma maneira global, o ambiente rural exerce menos pressão sobre os idosos (menor confusão nas ruas, roubos e agressões são raros ou inexistentes, e o sentimento de segurança é maior). Muitos dos idosos que aqui residem continuam a cuidar dos seus animais e de parcelas de terrenos, mantendo-se activos e capazes até que a força física o permita. Estes vivem em maior harmonia com o ambiente do que os idosos urbanos (Fonseca, Paúl, Martin e Amado, 2005). Também Melo e Neto (2003) referem que no meio rural o idoso tem um nível de vida melhor, tem mais bem-estar e normalmente menos carências. Aqui o idoso é mais autónomo, continua trabalhando e na sua rede social todos são mais ou menos conhecidos entre si.

Em oposição, envelhecer em meio urbano pode significar correr o risco de acabar a vida cada vez mais só, menosprezado e sem qualquer visibilidade social. Fonseca (2005) conta que para muitos dos idosos que vivem em cidades de grandes dimensões, as redes sociais de apoio são bastante frágeis e o suporte social é muitas vezes insuficiente. Segundo Jardim (1991, cit. por Melo e Neto, 2003) os idosos que vivem em meios urbanos podem encontrar-se envolvidos no anonimato, com uma menor intimidade entre as pessoas, o que pode resultar numa diminuição da qualidade de vida.

Nina e Paiva (2001) realizaram um estudo por zona de residência (meio rural/meio urbano), e os sujeitos da amostra foram comparados em relação a características demográficas, autonomia, estado mental, agregado familiar e tipo de auxílio recebido em situação de doença. A principal conclusão retirada prende-se com a existência de diferenças preponderantes no que dizia respeito ao rendimento mensal, uma vez que os idosos de meio rural viviam sobretudo da agricultura e usufruíam de reformas mínimas enquanto os idosos urbanos terão ocupado outras actividades, na sociedade permitindo-lhes descontos para a Segurança Social, e uma conseqüente remuneração mensal superior e conseqüentemente uma reforma mais elevada.

Paúl e col. (2005) avaliaram a satisfação e qualidade de vida em idosos de meio rural e de idosos de meio urbano. Ao confrontarem as subamostras rural e urbana

verificaram que os idosos do meio rural apresentaram maior percepção de suporte social recebido, e uma rede de familiares e amigos, mais vasta. Sendo que a justificação para este resultado foi a de que essas disparidades se devem às diferentes práticas culturais de sociabilidade em ambos os contextos. Acrescentam que no meio rural a intimidade é mais intensa que no meio urbano e isto pode ter efeitos no bem-estar psicológico do idoso. Neste mesmo estudo, apuraram ainda que, os idosos rurais expressam um nível de autonomia superior, o que poderá estar associado à vida mais activa que estes levam na pequena agricultura e criação de animais.

Melo e Neto, (1999) e Sequeira e Silva, (2003) sugerem que a grande desigualdade entre o meio rural e urbano, se deve sobretudo à presença da actividade agrícola junto das pessoas mais idosas no meio rural. Esta é uma actividade que além de fazer com que o idoso se mantenha activo, ainda incentiva a sociabilidade, ou seja, é uma actividade que permite aos idosos uma participação activa na comunidade. Além disso, sustenta o sentimento de competência e de utilidade, essenciais à promoção da satisfação de vida.

Sequeira e Silva (2003) alcançaram resultados que vão ao encontro da perspectiva defendida por Rowles (1984, cit. por Sequeira e Silva, 2003) que diz que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento, uma vez que têm algumas vantagens, tais como: (a) proporcionar às pessoas maior familiaridade com o meio; (b) proporcionam um ritmo de vida mais lento aos idosos; e (c) maior estabilidade populacional, favorecendo a manutenção dos laços afectivos, maior contacto, e uma maior rede de vizinhança, o que dita maior apoio instrumental, emocional e psicológico. Sequeira e Silva (2003) explanam que os domínios rurais podem assumir-se como meios favorecidos pela promoção de redes de relação em que cada sujeito conhece os nomes, vida, saúde dos outros membros da comunidade, reduzindo a ameaça de ficar no anonimato e no esquecimento.

3.4.6 NÍVEIS DE INSTRUÇÃO

Na última década manteve-se a tendência de redução da taxa de analfabetismo. Em 2011, Portugal apresenta uma taxa de 5,2% (499 936 indivíduos), contra 9,0% verificada em 2001 e 11,0% em 1991 e a taxa de analfabetismo entre as mulheres é cerca do dobro da verificada nos homens, 6,8% contra 3,5% (Censos 2011 c).

Apesar disso, os níveis de instrução da população idosa portuguesa são baixos, pois a população analfabeta é, ainda assim maioritariamente idosa, com quase 80% dos registos a representarem pessoas com 65 ou mais anos de idade. Os dados do Inquérito ao Emprego de 2001, determinaram os níveis de instrução da população idosa com base nas categorias da International Standard Classification of Education (ISCED) utilizada pelas Nações Unidas. De acordo com estes dados, pode verificar-se que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução, enquadrava-se no nível 0 do ISCED. Esta proporção é superior no caso das mulheres (64,7% contra 41,3% dos homens). Em segundo lugar surge o nível 1 detido por 37,0% dos indivíduos idosos, com um peso relativo superior no caso dos homens (48,0% contra 29,3% das mulheres). Os níveis 2 a 6 do ISCED somam apenas 7,9% da população idosa, correspondendo a 3,4% os que detinham o nível 2 e a 2,4% os que detinham os níveis 5 e 6” (INE, 2002, p. 194).

Esta população idosa apresenta baixos índices de escolaridade: mais de 50% dos idosos (em 2001) não tinham qualquer tipo de instrução, sendo as mulheres as detentoras de uma percentagem mais elevada (64,5% contra 41,3%). Com formação superior existiam apenas 3,2% de homens e 1,8% de mulheres com 65 ou mais anos.

3.4.7 ESTILOS DE VIDA NO ENVELHECIMENTO/ENVELHECIMENTO ACTIVO

Envelhecer de uma forma saudável implica estilos de vida que envolvam comportamentos fomentadores de saúde. Estilo de vida é uma expressão usual para referir a forma como uma pessoa ou mesmo grupo de pessoas compreendem a vida e a experimentam viver através de comportamentos, expressos sob a forma de hábitos, rotinas ou formas de vida adaptadas ao dia-a-dia.

O estilo de vida é estabelecido pelas condições de vida e relações que, de certa forma ultrapassam o conjunto da produção e da vida política e social, relacionando-se com satisfação das necessidades e dos desejos quotidianos dos Homens. Neste conceito a saúde e a educação estão fortemente interligadas. A manutenção de uma boa saúde e a prevenção das doenças deve ser feita toda a vida, daí que a aquisição de conhecimentos e competências, necessários para evitar ou reduzir estes riscos, devam começar desde o início do processo de socialização do indivíduo. Os riscos para a saúde iniciam-se no começo da vida e prolongam-se ate ao término desta (Who, 2002, Powles JW et al. 2005, Rodgers et al. 2004).

Sabemos, que o modo, como as pessoas vivem e as próprias escolhas que fazem são *parte* do que se entende por estilo de vida. São apenas “parte”, porque algumas das opções de vida são fortemente influenciadas pelo contexto onde se vivenciam, pela cultura, pela religião, pelos hábitos adquiridos no seio da família e da sociedade e ainda com todo o conhecimento acumulado sobre a saúde de que se dispõe em determinados momentos.

O estilo de vida tem particular relevância no envelhecimento, e por este facto deve estimular-se desde muito cedo a opção por estilos de vida saudáveis. É sobejamente conhecido a influência que exercem na saúde aspectos como a dieta, o consumo de tóxicos, os horários, a prática de actividade física ou mesmo o sedentarismo (Martín et al., 2008).

A actividade física é definida, segundo Filho e Netto (2006), como sendo um movimento corporal resultante de contracção muscular onde ocorre um gasto de energia maior do que em repouso. Esta pode ser exemplificada através de desportos, exercícios físicos, alguns trabalhos de lazer e actividades utilitárias tais como caminhar, subir escadas, jardinagem, dançar e desportos recreativos.

Estudos já realizados demonstram o efeito benéfico de um estilo de vida activo na manutenção da capacidade funcional e de autonomia durante o processo de envelhecimento.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde a realização de actividades físicas e de lazer apresenta as seguintes vantagens:

- Reduz o risco de morte prematura;
- Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 30 % de todas as causas de morte;
- Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo 2;
- Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão, que afecta 20% da população adulta mundial;
- Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de se tornar obeso;

- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fractura do colo do fémur nas mulheres;
- Reduz o risco de desenvolver dores lombares e pode ajudar o tratamento de situações;
- Ajuda o crescimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, ansiedade e depressão.

Contudo, embora sejam reconhecidos tantos benefícios ao exercício físico, podemos aferir que o este continua a ser descurado mais pela população feminina que masculina.

De acordo com os resultados de estudos levados a cabo por Martins (2010) sobre a influência das actividades de lazer na vida dos idosos, a ausência de actividade lúdica constitui um dos factores que mais contribuía para a diminuição da Qualidade de Vida (QDV) da população idosa. Em geral a prática de leitura, o ver televisão e ouvir música são actividades bastante utilizadas pelos idosos que vivem em instituições quando comparada com os idosos que vivem no seu domicílio. Já as actividades de passeio, jardinagem e horticultura são mais notáveis para aqueles que estão fora das instituições (lares).

Outro elemento que pode condicionar os estilos de vida e com um papel preponderante ao longo de toda a vida é o hábito alimentar. Como se sabe o envelhecimento acarreta modificações como a alteração do paladar e do olfacto. Para além disso, há uma gestão insuficiente de energias armazenadas e da utilização dos nutrientes por parte do organismo, o que aumenta o risco de défices nutricionais. (Ferry e Alix, 2004)

Eliopoulos (2005) cita que a grande capacidade do organismo para a defesa contra doenças, manutenção estrutural e anatómica, presença de energia e vontade na partilha de vida social, deve-se essencialmente a um bom estado nutricional.

Saldanha e Caldas, (2004) corroboram o que fica dito afirmando que um hábito alimentar adequado constitui um factor primordial para a preservação e/ou recuperação da saúde do idoso (Saldanha e Caldas, 2004). Para além disto, nos Idosos os riscos nutricionais estão directamente interligados com a carência, tornando-

se necessário prevenir e despistar o mais precocemente possível, as carências nutricionais.

Normalmente, a alimentação dos Idosos difere pouco das dos indivíduos mais jovens, no entanto é importante ter em atenção certas especificidades. No caso dos Idosos há que ter especial cuidado à falta de ácidos gordos essenciais, cálcio e vitaminas B, D e E (Ferry e Alix, 2004).

A Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (AME) realizada, em 2002, em Madrid, sob o tema "Sociedade para Todas as Idades", reconheceu que o envelhecimento da população é um facto fundamental que define a sociedade contemporânea, criando desafios em todos os campos e exigindo a participação de todos. Destacando como prioridades a que é preciso atender quando se tratam os problemas do envelhecimento, nomeadamente a relação entre pobreza e saúde, o impacto da situação socioeconómica no envelhecimento, a redução da dependência e da discriminação em relação a todas as idades e a protecção social.

No desenvolvimento da AME foi também aprovado um Plano de Acção que apontava para três prioridades: **(a)** os idosos e o processo de desenvolvimento; **(b)** a promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida; **(c)** a criação de contextos propícios e favoráveis, que promovam políticas orientadas para a família e a comunidade como base para um envelhecimento seguro.

Este Plano abordou ainda a eliminação da violência e da discriminação, a igualdade entre os sexos, a importância vital da família, os cuidados de saúde, e a protecção social das pessoas idosas.

Como afirmou Kofi Anam (2002):

"A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio a explodir em qualquer altura".

Perante as proporções que o envelhecimento populacional está a atingir, o principal desafio que se impõe hoje às sociedades consiste em permitir que as pessoas não só morram o mais tardiamente possível, como também usufruam de uma velhice com qualidade de vida.

Tendo em conta esta realidade complexa, várias organizações internacionais e autores têm elaborado conceitos sobre envelhecimento activo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no final do século XX, substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo de envelhecimento activo, que define como “processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, melhorando a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”.

Surgiu, assim, um novo paradigma na velhice que identificava as pessoas mais velhas como membros integrados na sociedade em que vivem. Desta forma, o envelhecimento activo visa, para a população de 65 e mais anos, a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das actividades básicas de vida diária (AVD), quer ao nível das actividades instrumentais de vida diária (AIVD), a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde.

A análise do conceito mostra que este se alicerça sobre três pilares designados por determinantes do Envelhecimento Activo, que são a Saúde, a Participação e a Segurança. No que respeita à saúde, este tem como objectivo manter os factores de risco em níveis baixos e os factores de protecção elevados, permitindo uma maior qualidade e ganhos em anos de vida. Quanto à Participação, tem como propósito o apoio à participação integral em actividades socioeconómicas, culturais e espirituais, permitindo aos idosos contribuírem para a sociedade. A Segurança, requer a intervenção política na segurança social, física e financeira, assegurando assim a protecção, dignidade e assistência quando os idosos já o não podem fazer (OMS, 2002).

Com esta abordagem multisectorial procura evitar-se certos riscos como mortes prematuras, deficiências ligadas a doenças crónicas, custos elevados relativos aos cuidados de saúde e de serviços sociais e, por outro lado, dar oportunidade a mais pessoas de dispor de uma vida com mais qualidade, de participar activamente em aspectos sociais, culturais, económicos e políticos.

Para a OCDE, o conceito de envelhecimento activo abrange a população com idade acima dos 65 anos, mas em condições de poder ser considerada como activa, ou seja, continuar a participar nos assuntos cívicos, económicos, sociais, culturais e espirituais da sociedade e não só ter capacidade física para participar em qualquer actividade ou no mercado de trabalho na medida em que mesmo as pessoas reformadas e com

algumas incapacidades podem contribuir activamente quer para as suas famílias quer para a riqueza nacional.

Na opinião de Meireles o envelhecimento activo é um aspecto central, devendo ser promovido quer a nível individual, quer a nível colectivo. A autora diz-nos que a nível Individual, o envelhecimento activo pode ser visto como o conjunto de atitudes e acções que podemos ter no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades associadas ao envelhecimento. As alterações físicas e intelectuais que ocorrem com o envelhecimento variam de pessoa para pessoa e dependem das características genéticas e hábitos, desenvolvidos durante a vida. É sempre conveniente destacar o papel de uma alimentação saudável, a prática adequada de desporto, uma boa hidratação, repouso e exposição moderada ao sol, não esquecendo as consultas de seguimento do médico assistente. O bem-estar psíquico e intelectual (memória, raciocínio, boa disposição) fundamentais no envelhecimento activo e saudável. Ainda segundo a mesma autora também se protegem e promovem com cuidados permanentes tais como: leitura regular, participação activa na discussão dos assuntos do quotidiano, realização de jogos que estimulem o raciocínio, manutenção de actividades dentro e fora de casa (passeios, visitas, voluntariado...), participação em tarefas de grupo ou eventos de associativismo ou culto, entre outros. É sabido e há que transmitir que a pessoa idosa tem uma vida de trabalho, experiência e sabedoria, que não pode ser negligenciado e desperdiçado, em benefício da própria sociedade. Hoje, educam-se os mais jovens para os afectos e valores de respeito, dignidade, solidariedade e responsabilidade para com os mais vulneráveis, pois um dia, também eles e nós seremos pessoas idosas, necessariamente diferentes, mas sempre iguais no valor de pessoa humana.

Desta forma, pode-se concluir que o envelhecimento activo tem como objectivo aumentar a expectativa de vida saudável assim como, a qualidade de vida. Este objectivo não é destinado apenas às pessoas que estão a envelhecer mas também às que se encontram frágeis, fisicamente incapacitadas e que necessitam de cuidados.

Em suma, a política de envelhecimento activo preconizada pela OMS tem como finalidade, manter a autonomia e independência para as pessoas idosas. Para além disso, a OMS (2002), cita ainda que o envelhecimento deve ocorrer dentro do contexto de amigos, colegas de trabalho, vizinhos e familiares. E é por isso que a interdependência, bem como a solidariedade intergeracional são princípios

importantes do envelhecimento activo.

3.4.8 ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE

Como já foi referido, as crenças e valores de cada ser humano podem ser elementos condicionantes da forma de viver e das experiências que decide ter.

Todo o Homem tem necessidade de se sentir integrado dentro de um grupo social, onde existem escalas de valores e crenças que de certa maneira determinam o valor moral e ético dos comportamentos que se colocam em evidência (Hernández, 2000). Os valores e as crenças dos gerontes podem orientar a forma e o tipo de procura de ajuda, estruturando a sua coragem interior, proporcionando o desenvolvimento da espiritualidade. Essas dimensões possibilitam a compreensão da sua existência bem como a compreensão da própria morte.

Para muitos idosos, o envolvimento religioso surge, na verdade, como um elemento importante da sua capacidade de adaptação geral às experiências do envelhecimento. Dada esta importância McFadden (1996) considera natural que muitos investigadores que estudam a velhice e os processos de desenvolvimento da mesma incluam medidas da religiosidade nas suas investigações.

Assim sendo, importa a nosso ver, compreender e distinguir os conceitos de religião e espiritualidade bem como outros que lhe estão associados.

Para Marcoen (2005) a religião e a espiritualidade são conceitos relacionados entre si sendo que não há unanimidade quanto às suas definições. Enquanto alguns autores consideram a religião um constructo, mais compreensivo outros consideram a que a espiritualidade corresponde a um conceito mais vasto.

Religião deriva do latim *religare*, que significa forçar a juntar, e espiritualidade deriva do latim *spiritus*, que significa respiração, sopro, alma, vida (Ribeiro & Pombeiro, 2004; Oliveira 2008).

Segundo Novaes (2003), a espiritualidade pode ser definida como a qualidade ou facto de ser espiritual, não-físico ou carácter predominantemente espiritual, como demonstrado no modo de pensar, de viver a vida, etc. No entanto existem várias formas de espiritualidade, e todas são igualmente válidas. Para Oliveira (2008) pode

definir-se a espiritualidade como uma busca de significados e mesmo de objectivos na vida relacionados com o transcendente.

A espiritualidade tem ainda sido definida como “o modo pelo qual as pessoas entendem e vivem as suas vidas” (Muldoon e King, 1995, p.336, *in* Ribeiro & Pombeiro, 2004) ou como um processo experiencial cujas particularidades incluem a procura de significado e propósito, transcendência (a sensação de que o ser humano é mais do que existência material), laços (por exemplo, com a natureza, com os outros ou com uma divindade) e valores (Mueller, Plevack e Rummans, 2001, *in* Ribeiro & Pombeiro, 2004). É considerada como um estado de paz e de harmonia (Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen e Stollenwerk, 1985, *in* Ribeiro & Pombeiro, 2004), exprime a capacidade para encontrar a divindade no status da vida, e essa transcendência ajuda a ultrapassar os problemas e circunstâncias desagradáveis presentes (Brewer, 1979, *in* Ribeiro & Pombeiro, 2004). Contribui ainda para “encontrar respostas satisfatórias para as questões últimas sobre o sentido da vida, doença e morte” (Highfield e Cason, 1983, p.187, *in* Ribeiro & Pombeiro, 2004). Estas definições de espiritualidade permitem olhar para esta variável como um domínio fora de sistemas religiosos particulares e, embora mostrem variações entre elas, partilham a ideia da importância da espiritualidade enquanto um contexto em que as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves. Uma definição científica de espiritualidade não pode depender de contextos religiosos particulares, deve ser acessível e observável independentemente de crenças pessoais, e pode ser utilizado para caracterizar uma pessoa (Miller, 1998, *in* Ribeiro & Pombeiro, 2004).

Actualmente, e apesar de todo o avanço científico, o fenómeno religioso sobrevive e cresce, desafiando previsões que anteviram o seu fim. A grande maioria da humanidade professa alguma crença religiosa directa ou indirectamente e a Religião continua a promover diversos movimentos humanos, e mantendo estatutos políticos e sociais. Tal como a Ciência, a Arte e a Filosofia, a Religião é parte integrante e inerente da cultura humana, e provavelmente continuará a sê-lo.

Para Elkins, Hedstrom, Leaf e Saunders (1998, *in* Ribeiro & Pombeiro, 2004), a religiosidade tem sido definida como a participação em crenças, rituais e actividades próprios de uma religião tradicional, e pode funcionar como alimento e meio de expressão para a espiritualidade. Estes autores consideram, portanto, que

espiritualidade é um conceito mais amplo que religiosidade, sendo que a primeira é uma experiência subjectiva que existe tanto dentro como fora dos sistemas de religião tradicionais.

De acordo com Abrunhosa e Leitão (2008) a religião pode ser entendida como um conjunto de crenças e práticas (ritos), relativos a certos sentimentos manifestados perante o divino por uma dada comunidade de crentes, obrigando-os a agir segundo uma lei divina para poderem ser salvos, libertos ou atingirem a perfeição. Cada religião defende um conjunto de valores cuja validade pretende ser universal. As manifestações religiosas são tão antigas e estão de tal modo difundidas que nos é difícil imaginar o Homem sem Religião. Chega-se à religião de múltiplas formas, mas a mais usual é através da família.

Oliveira (2008), refere que os idosos encontram na religião um forte apoio para ajudar a confrontar-se com as mazelas da própria idade, sendo que a oração é o meio mais usado pelos mesmos. A religião tem como função principal dar sentido à vida e às suas vicissitudes, como tal é capaz de dar sentido à morte, no entanto refere que quanto maior o nível de religiosidade, menores serão os níveis de ansiedade face à morte.

Morley & Journalistici, (2006) em estudos que desenvolveram verificaram que, embora a frequência de idas à igreja, ou das práticas “externas”, apresente declínios em função da idade, (devido às dificuldades de saúde e de mobilidade, e não um desejo de se distanciarem da igreja) as práticas religiosas “privadas”, como rezar, ler livros religiosos e ver programas televisivos religiosos, aumentam com a mesma.

Num estudo longitudinal acerca das crenças e práticas religiosas, de Blazer e Palmore (1985, *in* Commeford & Reznikoff, 1996), conduzido na Duke University, 94% da amostra eram membros da igreja, e as mulheres eram, de forma mais significativa, mais religiosas do que os homens, quer em termos de crenças como de comportamentos. Embora a participação nas práticas religiosas diminuísse ao longo do tempo, talvez devido às alterações na saúde, as atitudes religiosas mantinham-se estáveis.

Quanto à importância atribuída à religião, tem sido verificado que os idosos consideram a religião como mais importante do que os indivíduos com menos de 65 anos (podendo esta diferença ser um resultado das diferenças geracionais), ou seja,

parece que a religião aumenta na sua importância à medida que os indivíduos envelhecem. Morley & Journalistic, (2006), verificaram que 49% dos indivíduos entre os 18 e os 64 anos consideravam a religião como muito importante, enquanto 71% dos indivíduos com 65 ou mais anos consideravam o mesmo.

A este respeito, podemos referir que William James, logo no princípio do século passado, já afirmava ser a velhice a “idade religiosa por excelência” (Barros-Oliveira, 2006).

Thorensen (1999, *in* Ribeiro & Pombeiro, 2004) numa investigação que relaciona a saúde com a espiritualidade, verificou que quanto maiores os níveis de espiritualidade, maiores os níveis de bem-estar global e de satisfação com a vida; menores os sintomas depressivos e de suicídio; maiores os níveis de satisfação conjugal e menor o abuso de substâncias.

Marcoen (2005) também aponta para o facto de que muitos estudos demonstram associações positivas entre a religiosidade/espiritualidade, o bem-estar e os indicadores de saúde mental e física.

Um estudo de Milstein et al. (2004) indicou que, de facto, a prática religiosa pode ter um efeito protector contra a depressão, na presença de um declínio na saúde e no funcionamento do idoso.

De acordo com Morley e Journalistic (2006), todos os estudos acerca da religiosidade e da satisfação com a vida chegam à mesma conclusão: os indivíduos que vão à igreja experienciam uma maior satisfação com a vida e estão melhor ajustados do que aqueles que não o fazem.

Os estudos confirmam, então, a relação positiva entre as crenças e participação religiosas com a satisfação com a vida na velhice. Mas, e tal como Moberg (1965, *in* Morley & Journalistic, 2006) observou, não é possível determinar a direcção dessa relação (serão aqueles que estão melhor ajustados os que escolhem participar nas actividades religiosas, ou é a participação nas actividades religiosas que leva a um melhor ajustamento?). Apesar disso, torna-se claro que os idosos membros da igreja pontuam mais no ajustamento pessoal, mantêm uma visão mais positiva da vida e expressam um maior grau de satisfação com a vida. Dizem ainda os mesmos autores, que para além desta relação, a igreja fornece aos seus membros idosos uma vasta

gama de actividades sociais, o que os leva a ter contacto com outros indivíduos e a reduzir a possibilidade de isolamento social e solidão.

Simões (2006) também defende que as pessoas que mais frequentam a igreja podem sentir-se mais felizes pelo apoio social que dela recebem, em particular se viverem sozinhas, forem mais idosas ou doentes. O mesmo autor considera que o sistema de crenças que a religião veicula, dando resposta aos problemas mais existenciais dos humanos, ajuda a encontrar uma visão global da realidade e um sentido para a vida de cada um.

Para os idosos que estão institucionalizados esta dimensão da qualidade de vida não poderá ser colocada de parte dada a importância que revela ter no bem-estar, tal como verificamos nos resultados de algumas investigações que têm sido realizadas.

4. FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Ao longo dos últimos séculos as famílias têm vindo a enfrentar processos de profundas transformações devidos a factores políticos, socioculturais e económicos o que tem contribuído de forma inequívoca para as alterações na estrutura familiar (Andrade & Martins, 2011). Desta forma a família nuclear deixou de ser o protótipo prevalente e assistimos hoje em dia a inúmeras formas de organização familiar (Gomes et al., 2002).

4.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA FAMÍLIA

O conceito de família não tem sido constante ao longo da história. Por exemplo na Idade Média, o conceito de família passava pela forte determinação e influência da igreja. Durante este período a igreja impôs a forma pública de celebração, criando o dogma do matrimónio/sacramento. O Cristianismo, então representado com exclusividade pela igreja de Roma, reconheceu na família uma entidade religiosa, transformando o casamento, para os católicos, num sacramento. A família foi convertida em célula-mãe da igreja, hierarquizada e organizada a partir da figura masculina. É também neste período da história, que surge a ideia (ainda actual) de que a família deve ser garantia de amparo aos seus membros doentes, inválidos e impossibilitados de prover o próprio sustento.

No século XI a família era constituída por várias gerações e possuía variadas funções, a qual representava o conjunto de moradores de uma casa, sendo uma unidade socioeconómica, onde o pai era o chefe e detentor da autoridade (Hurstel, 1999).

Os fluxos migratórios e a Revolução Industrial conduzem ao aparecimento de cidades maiores e a família deixa de ser uma unidade de produção, sob o comando do seu chefe, passando cada membro a trabalhar dentro das fábricas. A família antes produtora dos seus bens para própria subsistência, passa a exercer funções económicas, auferindo o seu sustento da produção, ora como proprietária, ora como proletária. É no Ocidente com a Revolução Francesa (difusora dos preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade) que começa a assistir-se à mudança de muitos dos paradigmas até então tidos como absolutos, surgindo os casamentos laicos e permitindo assim a existência de novos modelos de família. Estas alterações sociais

demográficas e culturais levam à consolidação dos laços familiares e à formação de pequenas famílias.

Mais recentemente, um aspecto importante e que contribuiu indubitavelmente para a transformação da família foi o processo emancipativo da mulher (Nunes, 2008).

São múltiplos os autores e as ciências que se têm dedicado ao estudo da família, o que dificulta o estabelecimento de uma definição com carácter universal. Assim e na óptica de Nave e Jesus (2005) a família é um sistema social em rede, com organização, estrutura e cultura própria, administrada por regras, valores e crenças, que lhe atestam identidade e particularidade.

Já Hanson & Lynch (2007), entendem que numa perspectiva macrosocial, a família é uma das estruturas responsáveis por ajudar e colaborar para a manutenção da ordem social e na óptica microsocia, é vista como um sistema onde os diferentes membros detêm papéis e posições diversos.

Visão mais simplista tem Nunes (2008), quando afirma que a família é um conjunto social de capital importância que influencia e é influenciada pela sociedade (indivíduos, instituições, etc...).

Actualmente, verificamos que não se pode considerar família apenas a que resulta da relação entre um homem e uma mulher. Assim rompidos os paradigmas identificadores da família, que antes se assentava na tríade Casamento/Sexo/Reprodução, é necessário buscar um novo conceito de família. Por isso nos dias de hoje, na opinião de Magina, (2011), a definição de família caracteriza-se por ser mais inclusiva e possibilitar diferentes configurações familiares, desde famílias nucleares a amplas redes de parentesco, parceiros do mesmo género ou adultos seniores que escolheram viver maritalmente. Neste panorama, a presente noção de família não se confina à estrutura da família tradicional, formada por pai, mãe e filhos, mas sim a diferentes estruturas como, por exemplo, famílias monoparentais, famílias constituídas por avós e netos, e até famílias homossexuais (Serrano, 2007). Esta realidade leva Nunes (2008) a afirmar que nas sociedades ocidentais prevalece a chamada crise da família moderna, tendo como causas a perda da transmissão de valores tradicionais pela família; a soberania do individualismo sobre o sentimento familiar; as alterações dos padrões de relacionamento entre mães e filhos devido ao

papel activo das mães na presente sociedade, o controlo da natalidade e por último, a aversão ao casamento por parte dos casais jovens.

Não obstante, e apesar das diferentes concepções analisadas, todas elas apontam para a existência de características comuns, nomeadamente: valores e características próprias; agregado doméstico no sentido relacionado com a vida privada e íntima, composição por pessoas unidas pelos vínculos de casamento, parentesco e afinidade com função de manutenção, protecção e sobrevivência.

De facto o ser humano recebe à nascença uma herança cultural e genética. A herança cultural transmite hábitos, costumes, valores, mitos, ritos e crenças alicerçadas no conhecimento e nas acções dos antepassados herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma família e de uma sociedade. A família actua como um agente ideológico que passa através das sucessivas gerações acções e normas sociais. Assim acabamos por ser o resultado dos modelos que nos são transmitidos pela família e sociedade, sendo essa herança sociocultural, aquela que dita os diferentes significados que passamos a dar as coisas, acções e situações (Helman, 2003).

4.2 FAMÍLIA, SUPORTE E FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Com o gradual acréscimo da população idosa, a necessidade real e potencial de cuidados não pára de aumentar. Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a propensão para o envelhecimento da população desencadeia a ocorrência de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que acabam por exigir a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde (Lage, 2005).

No percurso da velhice também a família assume particular significado. O idoso sente-se muitas vezes destituído de um papel que outrora desempenhava no núcleo familiar com o qual se identificava e que determinava o seu lugar na família. Este período pode fortalecer os laços familiares ou, pelo contrário, induzir ao isolamento do idoso, por indisponibilidade dos elementos da família (Agostinho, 2004).

A família é sem dúvida a primeira e a mais importante unidade social onde o indivíduo se insere, e a sua importância é reconhecida pela própria Constituição da República Portuguesa, a qual desenvolveu mecanismos necessários para dar a cada pessoa, na sua família, as condições essenciais a um desenvolvimento saudável. Pelo Artigo 67º:

“a família tem direito à protecção da sociedade e do estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros”.

Encarada por muitos como um lugar onde se nasce, cresce, vive e morre, e ainda onde se ama e se sofre, todas as famílias têm uma história natural de vida, etapas próprias, passando por diversas fases sucessivas de crescimento que se iniciam com a formação da família e terminam quando esta se dilui pela lei natural da vida, a morte. Os vários momentos do ciclo vital (nascimento da família nuclear, nascimento dos filhos, adolescência dos filhos, partida dos filhos, morte ou saída de um dos pais, morte da família nuclear) são marcados pela capacidade de adaptação e reestruturação às mudanças, e pelo encarar de crises, o que irá permitir o desenvolvimento de uma unidade familiar com êxito (Martins, 2004).

Para Serra (2005), a principal tarefa da família é a de protecção, ou seja, compete à família a função de auxiliar emocionalmente na resolução de problemas e conflitos, contribuindo para a edificação de uma barreira defensiva contra agressões externas. Já Hanson e Lynch (2007) defendem que as funções da família integram: amor e afecto; cuidados diários e manutenção da saúde; suporte económico, desenvolvimento da identidade; socialização e orientação; desenvolvimento educacional e vocacional; lazer, descanso e recuperação.

Soresi, Nota, e Ferrari (2007) acrescentam funções ou competências relacionadas com características que designam de inter e intra-individuais dos membros da família, designadamente: tomada de decisões, resolução de problemas; estratégias de lidar com conflitos, capacidade para manter relações satisfatórias entre pais e filhos, e capacidade para moldar de forma eficaz, situações emergentes.

No entender de Nunes (2008), as famílias elegem ou declinam funções de protecção e socialização, como resposta às necessidades da sociedade onde estão inseridas. Desta forma e para este autor, as funções da família preconizam dois objectivos, um de natureza interna, que inclui a protecção psicossocial dos elementos, e outro de natureza externa, que remete para o desenvolvimento e adaptação às diversas culturas com que a família vai convivendo ao longo do seu ciclo de vida.

Sociologicamente, a família é vista como um sistema dinâmico social, uma rede de relações e emoções, encarada como a mais importante fonte de apoio social,

exercendo funções como fornecer alimentos, abrigo e outras necessidades materiais; oferecer protecção frente às diversidades externas; satisfazer as necessidades económicas; construir a identidade pessoal; fomentar os primeiros laços afectivos e a criação de outras relações, desde as laborais, amizade, de parentesco, até à criação de uma nova família; promover a obtenção de capacidades para suportar situações; cultivar a integração de papéis e responsabilidade social; inculcar a transmissão de princípios morais, regras e crenças; prover necessidades emocionais; realizar intervenções preventivas e terapêuticas, influenciáveis na saúde e doença dos seus membros (Aquino, 2007; Martins, 2004).

Para Lage (2005) a função assistencial tem estado intimamente ligada à família, sendo mesmo considerada como directamente sua. A grande parte dos cuidados de saúde tem lugar nos extremos do ciclo de vida, isto é infância e velhice e são particularmente prestados pela família. Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos membros, como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares.

Assiste-se assim à função protectora da família, a qual é requerida sempre que necessário, podendo ir desde o nascimento dos filhos ao cuidar dos mais velhos e menos aptos (Martins, 2004).

Nos dias de hoje grande parte das funções familiares, são transferidas para instituições privadas ou públicas. Existem todavia aquelas que não são passíveis de serem transferidas, e que são mesmo da responsabilidade da família como por exemplo: a satisfação das necessidades básicas, o processo de socialização entre outras funções no domínio psicológico, biológico, sociocultural, económico e também na resposta às necessidades básicas em situações de doença (Dinis, 2007).

Campos (2004), agrupa as funções da família em três grupos que são: Função afectiva (dar amor, carinho e apoio), função social (mediar o acesso ao mundo exterior) e função cuidadora (abrangendo as necessidades económicas sociais e emocionais e ainda alimentação e saúde).

No mundo globalizado em que vivemos, a família possui cada vez menos oportunidades de estar reunida impedindo assim a troca de afectos e ideias entre os seus constituintes. A evolução dos meios de transporte e as boas acessibilidades a

locais diferentes possibilitaram o trabalho e os estudos fora da área de residência da família contribuindo também para o distanciamento da mesma. Contudo, ela persiste em afirmar-se como um dos principais pilares da vida dos seres humanos.

Trivette, Dunst, Deal, Hamer, e Propst (1990) enunciam doze competências e/ou qualidades que incumbem em qualquer agregado familiar: (1) compromisso para desenvolver o bem-estar e o desenvolvimento dos membros da família; (2) análise dos aspectos que os membros da família realizam oportunamente e estimular a melhoria contínua; (3) disponibilidade para conviver com todos os elementos familiares; (4) perseverança; (5) harmonia entre os membros da família; (6) comunicação entre os membros da família; (7) regras, valores e crenças que criem expectativas acerca dos comportamentos aceitáveis e desejáveis; (8) estratégias que estimulem o funcionamento positivo nos momentos de vida normativos e não normativos; (9) dedicação na resolução de problemas; (10) positivismo; (11) flexibilidade e a adaptabilidade aos papéis e por último, equilíbrio entre os recursos internos e externos da família.

A noção desta dinâmica por todos os elementos da família é que faculta os recursos necessários ao crescimento individual e apoio perante as dificuldades que vão brotando ao longo da vida ou das doenças decorrentes (Eisenstein, Lidchi, 2004).

A existência de uma crise na família é influenciada pelos recursos que esta dispõe, isto é, está dependente da estrutura da família e do tipo de relações que foram desenvolvidas ao longo dos anos pelos seus diferentes elementos, pela natureza individual de cada membro da mesma, bem como pela forma otimista em como a crise é enfrentada. Desta forma pode-se ainda aferir que as famílias com frágeis fontes de suporte são mais passíveis a crises e conseqüentemente a rupturas (Martins, 2004).

O envelhecimento e de forma singular a velhice, podem ser encarados como momentos de crise no decurso da vida, uma vez que espelham situações de mudança (em termos biológicos, psíquicos e sociais), e impõem adaptações a esta fase de vida tanto ao Ser que envelhece quanto aqueles com quem convive, podendo estas adaptações ser mais ou menos facilitadas em função das relações já estabelecidas e cimentadas no decurso da vivência e convivência dos membros da família (Brêtas, Souza, 2007).

Diante uma situação de dependência de um dos membros da família, esta fica sujeita ao desenvolvimento de habilidades capazes de mobilizar os seus recursos, sejam eles internos ou externos de forma a ultrapassar ou minorar a situação de crise. Por isso urge a necessidade de uma reestruturação social e familiar que vá de encontro às respostas necessárias ao decorrido, associada a uma adaptação, coesão e comunicação entre os diferentes membros da família e aos demais intervenientes para que se atinja o bem-estar familiar com conseqüente qualidade de vida para o idoso e sua família (Imaginário, 2004).

Roth (1996 cit. in Lage, 2007) aponta que a doença e em especial a doença crónica estabelece uma crise particularmente trágica uma vez que amplia um conjunto de tensões e exigências que interagem com as transformações regulares que as famílias vivenciam.

Van Riper (2001) diz que embora a doença aguda imponha alterações temporárias na organização e no funcionamento da vida familiar, na doença crónica podem assistir-se a mudanças profundas. Desta forma uma doença com um prognóstico de duração curta é certamente mais fácil de gerir analogamente a uma de prognóstico mais longo, pois numa situação de doença aguda as mutações familiares não tendem a ser duradouras e os seus membros são mais capazes de as gerir sem modificar de forma significativa os seus padrões habituais de funcionamento. Já num episódio de doença crónica ou numa situação terminal (onde podemos também incluir o idoso com dependência), as famílias têm de alterar os seus modos de funcionamento para melhor lidar e mais apta se encontrar, ao desenvolvimento da doença.

Preponderante neste âmbito é a funcionalidade familiar, pois uma vez conseguida vai certamente imiscuir-se na maneira em como a família gere a crise e na remodelação a adoptar (Martins 2004).

Eisenstein e Lidchi (2004), dizem-nos que se está perante uma família funcional quando esta é predominantemente afável, onde existe uma boa comunicação, onde existe união, com regras flexíveis contudo, com limites e fronteiras claros, facultando aos seus membros os recursos imprescindíveis ao crescimento individual e apoio perante as dificuldades da vida ou doenças intercorrentes.

A funcionalidade familiar para Mazza e Lafevre (2005) é relatada em termos da adaptação, desenvolvimento, companheirismo, afectividade e capacidade de

resolução da família junto aos seus membros. Esta é ainda descrita como o exercício das relações familiares que se vão gerando no seio das famílias ao longo do seu ciclo de vida.

Em consonância com a teoria geral dos sistemas, nada acontece de forma isolada, ou seja, uma alteração num dos elementos afecta todos os outros, tendo impacto em todos os membros do sistema. Esta teoria adapta-se à óptica de funcionalidade familiar exposta e defendida por Andrade e Martins (2011). Para as autoras, a funcionalidade familiar pode ser reflectida pela comunicação apropriada entre seus membros, tornando-se importante que as mensagens transmitidas entre os seus elementos sejam claras, directas e satisfatórias, e que os receptores estejam preparados para as ouvir.

Na verdade, o modo particular como cada família reage aos acontecimentos diários e estimula o seu desenvolvimento exprime a funcionalidade da mesma. Não existem modos de funcionamento familiar correctos ou errados, existem sim, formas de funcionalidade distintas que resultam da conjugação de três aspectos: as crenças e valores da família, os padrões de interacção familiar e as competências da família (Magina, 2011).

Campos (2004), relativamente à percepção da pessoa que recebe apoio da família, diz que o suporte familiar quando sendo considerado disponível e satisfatório, evidencia-se como um agente decisivo no suporte, dado que o facto de sentir amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido, cuidado e compartilhando de uma rede de recursos e informações, torna o indivíduo mais resistente para lidar com as adversidades do ambiente, o que acarreta consequências positivas para o seu bem-estar, reduzindo o stress, aumentando a auto-estima e bem-estar psicológico.

Na opinião de Aquino (2007), o suporte familiar como conceito multidimensional e complexo, parece associar-se à saúde do indivíduo, explicando aliás, as oscilações do impacto do stress sobre a saúde. Assim o efeito do suporte pode ser compreendido de duas formas, como efeito directo (favorece os níveis de saúde independente do nível de stress) e como efeito amortecedor (protege o indivíduo dos efeitos da vida stressantes). Deste modo constata-se que o indivíduo ao possuir relações de apoio com frequência apresenta melhores níveis de saúde física e mental.

Aquino (2007) confirma também esta evidência, ao referir que um suporte familiar adequado propicia maior auto-estima e maior protecção até contra a depressão.

No caso específico dos idosos defende-se a conservação das relações sociais com os familiares, pois favorece o seu bem-estar psicológico e social. Estes dados têm sido comprovados por Battisti e colaboradores (2008), em estudos que mostram que 87,0% dos idosos possui rede familiar e social, que lhes fornece suporte de natureza emocional, material, afectiva e informativa, caracterizando uma interacção social positiva. Apresentam ainda um bom nível de convívio familiar e social, permitindo-os viver dignamente e com qualidade de vida.

Para Lage (2005), nos valores culturais dos portugueses encontra-se uma família solidária com os mais velhos, embora se verifiquem actualmente mudanças nas estruturas geracionais. Contudo, é nesta altura que o idoso necessita de sentir-se apoiado, de ter dinamismo, de encontrar outras formas de estar na sociedade.

Mas a sociedade está em constante mudança, pois como diz Costa (2003) na população portuguesa as famílias constituídas por um elemento apresentam um crescimento gradual desde a década de setenta, o que tem como consequência o aumento do número de pessoas que vivem em situação de isolamento. Esta tendência não se traduz necessariamente no abandono dos idosos por parte dos seus familiares, mas o aumento de idosos a morar sós pode reflectir um novo posicionamento ou arranjo familiar.

Vejam-se os dados publicitados pelo INE (2011) que mostram que:

- Entre os 2023 milhões de pessoas com 65 ou mais anos residentes em Portugal no ano de 2011, 400 964 viviam sós e 804 577 na companhia exclusiva de outras pessoas também pertencentes ao mesmo grupo etário.
- O número de idosos que se encontravam numa destas duas situações passou de 942 594 em 2001 para 1 205 541, um aumento de cerca de 28% o que significa que em 2011, 60% da população idosa vivia só ou na companhia exclusiva de outros idosos.
- Lisboa é a região onde a percentagem de idosos a viverem sós é mais elevada (22,3%), enquanto o Alentejo regista o resultado mais

expressivo no que diz respeito à percentagem de idosos a viverem exclusivamente na companhia de outros idosos.

- Em Portugal 797 851 alojamentos são habitados exclusivamente por pessoas idosas, isto é, cerca de 20% do total de alojamentos ocupados.
- No que concerne aos alojamentos ocupados apenas por um idoso podemos aferir que comparativamente a 2001 houve um acréscimo de 20%

Apesar do cenário descrito, corroboramos Santos e Pavarini (2011) quando afirmam que existem diversos sistemas familiares, uns maduros e/ou funcionais, e outros imaturos e/ou disfuncionais. Contudo como refere Andrade e Martins (2011), o modo como os elementos da família interagem entre si e com os outros é que determina e prediz a funcionalidade ou a disfuncionalidade familiar.

As famílias disfuncionais, no entendimento de Martini, Sousa, Gonçalves, e Lopes (2007), não executam as suas funções de acordo com a etapa do ciclo vital em que se encontram e qualquer alteração no papel de algum dos membros pode levar à desestruturação do próprio sistema familiar. Similarmente Santos e Pavarini (2011), dizem que na família disfuncional os elementos enfatizam os seus interesses particulares em detrimento do grupo e não assumem os seus papéis dentro do sistema familiar. Neste tipo de família, os laços afectivos são superficiais e volúveis, os membros não se adaptam a novas situações nem reajustam os seus papéis frente às mesmas, fomentando assim a divergência no sistema familiar.

Mas como todos sabemos a funcionalidade familiar é influenciada por múltiplos factores desde os culturais, socio-económicos crenças e até a etnicidade (Magina, 2011). O estudo realizado por Barakat, Lutz, Nicolaou, e Lash (2005) demonstrou que o estatuto sócio-económico influencia significativamente o funcionamento da família, verificando-se que estatutos sócio-económicos mais elevados estão ligados a melhores funcionamentos. Magina (2011) diz também que carências económico-financeiras, questões laborais e apoio social limitado constituem aspectos que comprometem a funcionalidade das famílias. Este quadro de influências é reforçado por Boyar e Mosley (2007) ao referirem que o exercício de uma profissão e a família se influenciam mutuamente, podendo causar os chamados conflitos trabalho-família e/ou conflitos família-trabalho. Estes segundo Segantin e Maia (2007), podem ser

agravados pelos contextos organizacionais que são marcados por *stress* ocupacional conduzindo a relações tensas e conflituosas no seio familiar desses profissionais.

Pelo que fica dito, torna-se fundamental avaliar a funcionalidade familiar dos indivíduos, podendo esta ser mensurada através de um instrumento designado por Apgar Familiar, instrumento este que será utilizado na presente investigação. Trata-se de uma escala que permite avaliar a percepção dos indivíduos sobre a funcionalidade da sua família reflectindo a satisfação dos elementos da família, no que respeita à ajuda que lhes é concedida pelos restantes elementos (Andrade & Martins, 2011).

5. SATISFAÇÃO COM A VIDA

O envelhecimento é um processo que começa dentro de cada um, que afecta todos e que requer uma preparação, como qualquer outra etapa da vida. Embora caracterizado por uma diversidade de mudanças, há duas formas básicas em que essas mudanças podem ocorrer: ou acontecem de maneira consciente e tranquila ou são sentidas com grande intensidade; tudo dependerá da relação do sujeito com a velhice uma vez que nesta fase as perdas tendem a acentuar-se e os ganhos a diminuir.

Com o aumento geral da sobrevivência da população, destaca-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal. A satisfação com a vida é um desejo em qualquer sociedade e em qualquer momento do ciclo de vida, incluindo a velhice, sendo influenciado por diversas variáveis de cariz pessoal, social e psicológica (Neri 2001).

Embora a satisfação seja um construto abrangente, complexo e de difícil mensuração, vários têm sido os autores que ao longo do tempo se têm dedicado ao seu estudo (Joia, 2007).

No parecer de Alves (2008) o envelhecimento bem-sucedido, com satisfação de vida pode ser encarado como uma competência adaptativa, ou seja, uma capacidade desenvolvida para responder com resiliência aos obstáculos impostos.

Albuquerque e Tróccoli (2004) entendem a satisfação com a vida como um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida, como saúde, trabalho, condições de habitabilidade, relações sociais e autonomia, entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio.

A satisfação com a vida assume-se assim, como uma avaliação subjectiva global que o sujeito efectua sobre a sua vida, em que compara circunstâncias da sua vida real com aquelas incluídas num modelo de vida padrão que ele próprio criou e que considera apropriada para si. (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

Enquanto subjectiva, a avaliação da satisfação com a vida reflecte as expressões de cada pessoa, quanto aos seus próprios critérios de satisfação com a vida como um

todo e em domínios específicos. Assim, para Diogo (2003) e Joia (2007) a satisfação reflecte o bem-estar individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as suas experiências de vida de maneira positiva.

Albuquerque e Tróccoli (2004, Cit. por Joia, 2007) relatam que o bem-estar subjectivo busca compreender a avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas, em relação a diferentes aspectos como a felicidade, a satisfação, o estado de espírito e o afecto, sendo também considerado por estes autores como uma avaliação subjectiva da própria qualidade de vida.

Para Giacomoni (2004) o bem-estar subjectivo relaciona-se com a avaliação que o indivíduo faz sobre a sua própria existência, que pode ser feita cognitivamente, quando a pessoa faz julgamentos conscientes sobre sua vida como um todo ou quando faz julgamentos sobre aspectos específicos como a saúde ou o próprio corpo; pode também ser feita por meio do afecto quando o indivíduo vivencia emoções agradáveis ou desagradáveis e quando apresenta um estado de humor.

Segundo Freire (2000), a vida pode ser satisfatória, com qualidade e bem-estar, especialmente quando há disposição por parte do indivíduo para enfrentar os desafios da vida. Esse propósito torna-se mais fácil quando a pessoa conta com uma rede bem organizada de suporte social.

As relações sociais, as redes de relações e o apoio social são temas actuais das ciências humanas, especialmente na psicologia no que diz respeito às contribuições que esta ciência pode dar ao bem-estar das pessoas (Neri, 2004). O argumento a favor da ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde tem sido predominante nos resultados de estudos. A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controlo pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar percebido pela pessoa (Ramos, 2002).

Na opinião de Silva (2009) é importante diferenciar dois conceitos que, muitas vezes, são alvo de confusão: satisfação com a vida e felicidade. Assim, enquanto a satisfação com a vida pode, em termos genéricos, ser entendida como um julgamento que envolve uma avaliação do sujeito face à sua vida na globalidade, a felicidade aponta para um balanço entre os afectos positivos e negativos da vida naquele momento, ou seja, na experiência imediata. Conduzindo o foco central para a satisfação com a vida,

esta pode então ser compreendida como a medida do “quão felizes as pessoas estão com a sua vida actual”.

Também na opinião de Neri (2001), a satisfação com a vida reflecte o nível de qualidade de vida. Para este autor, a satisfação com a vida depende do nível de envolvimento de vários factores, a saber: os hábitos de vida, a actividade física, a percepção sobre o bem-estar, as condições físicas e ambientais, o relacionamento familiar e a amizade.

Tonarelli (2010), descreve a satisfação com a vida como um sentimento de felicidade, contentamento e preenchimento, que as pessoas idosas experimentam quando conseguem adaptar-se de forma satisfatória às alterações provocadas pelo envelhecimento. Segundo esta autora, a satisfação com a vida é a chave para o envelhecimento bem sucedido e reflecte os níveis da qualidade de vida das pessoas idosas.

Sequeira e Silva (2003), levaram a cabo pesquisas sobre o bem-estar da pessoa idosa em meio rural, e apuraram que os idosos com mais actividade apresentavam níveis mais elevados de bem-estar, e demonstram ter atitudes face ao envelhecimento mais positivas do que os idosos que afirmaram ter pouca actividade. Isto deve-se a meu ver ao facto, de se sentirem activos, úteis e capazes, com todos os benefícios que tal pode ter ao nível da sua auto-estima.

Martins (2006) realça também os benefícios do apoio social uma vez que este exerce um efeito directo sobre o bem-estar e favorece a saúde independentemente do nível de stress a que está sujeito. Concluiu dos estudos que levou a cabo, que quanto maior for o apoio social percebido pelos idosos, menor será o mal-estar psicológico experimentado, com conseqüente aumento na satisfação com a vida.

Também Resende (2006), mostrou que os idosos que apresentam uma rede social formada por familiares e amigos tendem a ter menos dificuldade em lidar com os eventos de vida stressantes, uma vez que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento do sentido de controlo pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico. O mesmo estudo revelou que a qualidade dos relacionamentos é mais importante na determinação da satisfação com a vida que a sua quantidade.

De facto como refere Sequeira (2010), é importantíssimo promover esta etapa da vida, enquanto período com memórias felizes, resultando daí a sensação de bem-estar, apesar das limitações circunstanciais que neste período possam existir. Diz ainda que para que esta realidade se materialize, é necessário ajudar os idosos a reforçar ou a encontrar um projecto/significado de vida, mesmo em contexto de défices. Assim, devem ser elaboradas estratégias sobre as actividades dos mais velhos, que devem ter por protótipo as suas preferências individuais e colectivas, de modo a proporcionar bem-estar emocional e psicológico. Nas actividades a impulsionar, há a destacar as práticas relacionadas com a actividade física, uma vez que a sua adopção tem impacto positivo na melhoria da funcionalidade em geral, sendo uma excelente oportunidade de convívio social, indispensável para uma boa saúde mental e uma vida satisfatória.

Oliveira (2010) é de opinião que existe muita literatura sobre os factores mais influentes no bem-estar subjectivo. No entanto, não existe consenso quanto ao peso de determinantes sociodemográficas (sexo, idade, cultura, estatuto económico-social, família, religião, etc.) e nem de factores mais de ordem pessoal (idiosincrasia, saúde física ou psíquica, actividades). Destaca ainda, a existência de três factores, essencialmente na área pessoal, determinantes para uma velhice bem-sucedida: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social, mesmo após a reforma.

Também Fontaine (2000) corrobora esta opinião, quando afirma que a velhice bem-sucedida está associada à reunião de três categorias de condições. A primeira é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia. A segunda consiste na conservação de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, o que por vezes se denomina de velhice óptima. A terceira é a conservação de empenhamento social e de bem-estar-subjetivo.

Martins (2004) desenvolveu um estudo sobre a qualidade de vida dos idosos, tendo concluído que os idosos que percebem melhores níveis de saúde, maior apoio social e melhor funcionalidade familiar apresentam uma qualidade de vida mais elevada. Concluiu também que a qualidade de vida é influenciada pelo género (as mulheres tem uma QDV superior aos homens) e pela situação económica dado que quanto melhor for a sua situação económica melhor é a qualidade de vida.

Sabemos que o nível socio-económico influencia as escolhas e recursos das pessoas para lidarem com os desafios normativos e as crises (naturais ou acidentais) do ciclo de vida. Assim, um nível socio-económico elevado funciona como amortecedor do impacto negativo dessas situações, afectando as experiências e as narrativas individuais e familiares da satisfação com a vida. Segundo Kliman & Madsen (2005 cit. in Sousa & Patrão, 2007) também tem implicações no momento e na forma como são administradas as tarefas familiares, como por exemplo, a prestação de cuidados aos idosos ou a negociação de privilégios e obrigações entre gerações. Neste sentido, a relação com os bens materiais e o contexto socioeconómico da vida familiar pode adquirir especial importância nas famílias envelhecidas, com implicações na satisfação com a vida.

Diversas teorias sobre o desenvolvimento do idoso, como a de Sousa & Patrão, (2007), identificam como desafio normativo a adaptação a novas condições económicas. Por exemplo, mulheres idosas viúvas tendem a apresentar níveis elevados de pobreza em parte associados a níveis mais baixos de participação no mercado de trabalho e à história de acesso e gestão do dinheiro no contexto familiar. Além disso, um dos aspectos que mais se tem associado à satisfação com a vida em idosos é o controlo sobre o seu ambiente de vida (Sousa & Figueiredo, 2003).

A disponibilidade e o uso dos bens materiais são relevantes para a satisfação e bem-estar dos idosos, em particular, idosos sós que vivem o futuro com grande ansiedade, e cuja definição da segurança económica constitui uma tarefa de desenvolvimento para a preparação e vivência da velhice (Berliner & Schwartzberg, 2005 cit. in Sousa & Patrão, 2007).

Num estudo sobre a percepção da qualidade de vida em idosos (Borglin, Edberg & Hallberg, 2005 cit. in Sousa & Patrão, 2007) foi verificado que uma das dimensões assinaladas pelos idosos como relevante para a sua qualidade de vida é ter condições para administrar e gerir a sua vida (emoções investidas no ambiente de vida em particular a casa). Aí se incluem os valores materiais como os rendimentos e recursos financeiros no presente, os significados atribuídos à casa e a outros bens. Os idosos referiam ainda a importância de ter autonomia e recursos financeiros que lhes permitissem usufruir de momentos especiais depois de uma vida árdua de trabalho (passear e outras actividades de lazer, como ir a espectáculos e ao cinema, fazer compras etc.).

A associação entre o viver sozinho e ter poucos recursos económicos, parece ser também relevante para a gestão dos bens, nomeadamente no que se refere à prestação de cuidados durante a velhice. Na literatura encontra-se referência a uma teoria estratégica da transmissão dos bens, segundo a qual os doadores usam os seus bens para influenciar o comportamento dos herdeiros e as transferências materiais destinam-se a motivar a prestação de cuidados na velhice ou então formas de pagamento desses cuidados (Bernheim, Shleifer & Summers 1985 cit. in Sousa & Patrão, 2007).

É, assim, evidente que a ética monetária, ou seja as atitudes das pessoas em relação ao dinheiro, bem como os comportamentos a ele associados constituem um valor fortemente enraizado na nossa sociedade e merecem atenção, pois parecem estar intimamente relacionados com a satisfação com a vida nesta fase do ciclo vital.

Outro aspecto que nos parece relevante nesta temática é que independentemente dos níveis de satisfação sentidos ao longo da vida, (dizem Myers e Diener (1995, cit. por Ranzijn 1999), verificam-se níveis elevados de satisfação com a mesma em adultos com idades próximas dos 65 anos, mesmo perante a deterioração de alguns aspectos da saúde e outras perdas.

Na mesma linha, Oliveira (2010) refere que a idade não parece constituir uma variável determinante no sentimento de bem-estar, mas antes alguns factores com ela associados como, é o caso dos idosos, a saúde mais fragilizada, a perda de familiares e amigos, etc. Para este autor, quando estes factores são controlados a idade deixa de ter peso, e as investigações sugerem que as condições objectivas de vida, tais como a saúde, o nível sócio-económico, o ambiente social, etc., não explicam completamente o bem-estar das pessoas em geral e dos idosos em particular. A satisfação parece depender mais de características de personalidade e de outro tipo de influências ao longo do curso de vida.

Contrariamente Bishop (2006), chama a atenção para a influência das alterações relacionadas com a idade na saúde, na interacção social e nos recursos sócio-económicos dizendo que não devem ser subestimadas, uma vez que estas podem favorecer ou prejudicar a avaliação do indivíduo sobre a sua vida, principalmente na fase de velhice. Jóia (2007) reforça esta ideia pois estudou as condições associadas à satisfação com a vida dos idosos, tendo determinado que a saúde e a independência são as principais determinantes da felicidade.

No que concerne às modificações biológicas, Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008) certificam que a maioria das situações crónicas prevaletentes nos idosos está geralmente associada à incapacidade e à dependência de cuidadores para a realização das actividades da vida diária (AVD), sendo as actividades básicas da vida diária as que se tornam mais evidentes e mais debilitantes para o idoso e também com forte impacto na satisfação de vida.

A coexistente degeneração do sistema nervoso e a atrofia cerebral aponta para um envelhecimento cognitivo manifesto a partir dos 70 ou 80 anos. Pelo recurso à teoria bifactorial da inteligência, as evidências comprovam um declínio das habilidades fluidas (capacidades básicas inatas como a atenção e a memória) mais precoce que das habilidades cristalizadas (capacidades socialmente aprendidas como a compreensão das relações sociais e das convenções) (Horn & Cattell, 1967; Horn, 1970, cit. in Oliveira, 2008) que parecem mostrar um declínio mais acentuado numa idade mais avançada (Schaie, 1996; 2005).

Todavia existem determinados factores que podem ser apontados individualmente e como mais preponderantes. A dependência dos idosos por exemplo na execução das Actividades de Vida Diária tem um impacto expressivo na sua saúde e na sua Qualidade de Vida muito considerável. Já Prull, Gabrieli e Bunge (2000) destacam a importância do funcionamento cognitivo diário, pelo seu potencial impacto na funcionalidade e relacionamento do idoso.

Uma outra das consequências que se tem verificado com o aumento da esperança média de vida é o crescente número de institucionalizações de idosos. Acto que, embora cada vez mais comum, ainda é interpretado como demonstração de desinteresse ou abandono do idoso, cujos cuidados constituem dever da família (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Somando a este estereótipo negativo, os receios dos idosos relativamente ao sentimento de ruptura com o seu espaço físico e relacional, à falta de privacidade e ao tratamento colectivo e impessoal existem evidências de elevados impactos negativos na Satisfação com a Vida do idoso.

Robichaud, Durand, Bédard e Ouellet (2006) indicam de forma detalhada, as principais características da institucionalização como influenciadoras da Qualidade de Vida: o envolvimento relacional empático, a sensação de identidade, o sentido de controlo, a intimidade, a segurança, o conforto, a satisfação das necessidades, o respeito no tratamento e a competência técnica dos profissionais.

Porém, estas características não são universais nem estanques uma vez que não existe uma forma universal de caracterizar a satisfação com a vida nos idosos, quer estejam institucionalizados ou não. Talvez porque são múltiplas as variáveis que influenciam os níveis de satisfação com a vida e, as mais relevantes ou as que exercem maior influência para uns não correspondam as mais importantes para outros ou ainda possam estar por determinar.

Da revisão feita ressalva o facto de não existir um único factor na relação entre condições objectivas e a satisfação com a vida. Isto, porque esta última é multidimensional e multidireccional, altera-se e varia de acordo com várias condições individuais, familiares e sociais (Lang, Löger & Amann, 2007).

6. DEPRESSÃO

A depressão é hoje em dia, considerada uma das perturbações psiquiátricas mais frequentes no idoso, um problema de saúde mental de particular gravidade que conduz a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008).

Sabemos que a depressão é muito mais que um sentimento, que é muitas vezes mal diagnosticada, pelo facto de adoptar frequentemente formas atípicas causando graus significativos de morbilidade, (interferindo em todos os aspectos do dia-a-dia de uma pessoa) e mortalidade. Os riscos da depressão são vários e evolutivos, uma vez que podem levar as pessoas a estados incapacitantes e de elevada dependência, e até mesmo ao suicídio (Santos et al, 2003).

Wilkinson, Moore & Moore, (2005), dizem-nos que se trata de uma perturbação do humor de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas mentais e físicos, que envolvem o pensamento, a capacidade crítica e os impulsos. Pode ainda manifestar-se, por falta de apetite e de motivação, dores e fraqueza físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração e perturbações do sono, perda do gosto pela vida, perda de interesse e entusiasmo por actividades anteriormente agradáveis e até isolamento social que se traduz na dificuldade de convívio com familiares, amigos e colegas (Zimmerman 2000). Podem ainda estar presentes, a apatia e a sensibilidade aos acontecimentos negativos da vida, visão pessimista do futuro, e ideias ou actos de auto-agressão ou de suicídio (OMS, 2002).

6.1. EVOLUÇÃO E CONCEITOS

Uma análise retrospectiva sobre o constructo depressão mostra, que ao longo da história da humanidade, se tem vindo a assistir a diversas descrições do *“inexplicável fenómeno depressivo endógeno”* (Vallero-Nágera, 2002).

Uma das primeiras descrições desta patologia remonta aos gregos, e refere-se ao pedido que foi efectuado a Hipócrates (primeiro médico importante da história) no sentido de efectuar um diagnóstico para o filósofo Demócrito, que aparentemente enlouquecera. Nas Sagradas Escrituras e ao longo da idade média, foram sendo feitas referências a quadros clínicos que, ainda que fossem expressos em linguagens

diferentes ou sujeitos a interpretações religiosas e mágicas, se assemelham em grande parte às descrições científicas actuais (Vallero-Nágera, 2002).

Segundo os mesmos autores, foi a partir do séc. XVI, que o estudo da depressão começou a ganhar contornos mais particulares, e desde então, têm vindo a ser desenvolvidas um vasto número de teorias que, numa perspectiva mais individual, ou mais interpessoal, procuram explicar o que causa, o que mantém, o que agrava, e o que atenua este estado clínico.

Para Cervilla e Ballesteros (2002) temos assistido a uma série de mudanças nos conceitos usados pelos psiquiatras. O conceito de melancolia, definida como transtorno primário de emoções relacionados com aspectos como a perda, inibição e redução ou declive, era usado pelos clínicos para se referirem a um sub-tipo de mania enquanto o termo depressão, era unicamente usado e relacionado com a doença cardiovascular.

Já em meados do século XIX, o conceito de melancolia e de depressão foram associados num conceito mais abrangente de Depressão Mental, que ainda no século XIX, passa a ser conhecido com a denominação de Depressão, termo este, que permanece até à actualidade.

Presentemente o conceito de depressão desfruta de grande consenso sobretudo quando são cumpridos os critérios incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (1993) ou no Módulo Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV (2002).

Barreto (1984) define a “depressão” como sendo uma doença, uma síndrome ou um simples estado afectivo – a tristeza. Esta, (síndrome) engloba um conjunto de sintomas e sinais, tem uma génese comum e constitui uma vertente importante do quadro clínico de diversas doenças. Em princípio, são conhecidos a etiologia, a patogenia, os sintomas, a evolução, o tratamento, as complicações e o prognóstico.

Mas o conceito de depressão nem sempre foi consensual e por isso Del Porto (2000), face á ambiguidade do termo, propôs algumas definições. Diz-nos este autor, que o sentimento de tristeza é uma resposta normal e adaptativa do ser humano perante qualquer situação adversa (perda, derrota, desapontamento) e pode constituir um

momento de reflexão e preparação para novas acções futuras. Por isso, a tristeza não deve constituir um alvo de intervenção médica, ou diagnóstico psiquiátrico.

Já o síndrome depressivo, pode advir dos mais variados quadros clínicos (demências, esquizofrenia, stress pós-traumático, etc.) bem como constituir uma resposta a stress psicossocial. Inclui ainda alterações de humor, alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas.

A depressão como doença, é actualmente considerada como um transtorno depressivo major, minor, distímia (alteração patológica do humor), depressão do transtorno bipolar, etc. A sua abrangência deve considerar a importância e a frequência com que é encontrada não excluindo sexo, idade, grupo sócio-económico, ou outros factores.

Na opinião de Gouveia (1990) o suicídio é a consequência mais grave da depressão seguido dos custos emocionais que esta implica, que se traduzem em conflitos conjugais e familiares, custos económicos derivados ao tratamento, absentismo e diminuição do rendimento no trabalho. Ainda segundo este autor, a depressão é vista como a “constipação da psicopatologia”, particularmente, pela frequência com que a mesma surge nos variados acontecimentos de vida do ser humano provocando grande disfuncionalidade tanto a nível biológico como psicológico e social.

Harrison, Gueddes, & Sharpe (2006) alertam para a distinção entre episódio e perturbação depressiva. Consideram como episódio depressivo, a alteração num dado momento, enquanto a perturbação depressiva se refere ao diagnóstico da doença subjacente e continuada. Quando a sintomatologia depressiva se exacerba, então considera-se depressão grave e podem encontrar-se sintomas como, ideação suicida, recusa alimentar, ideias delirante e/ou alucinações.

A depressão ligeira é considerada a “forma mais comum do episódio depressivo, em que os sintomas mais presentes são a sensação de cansaço, de stress e mais raramente a ideia suicida que geralmente não é consumada com auto-agressão”. Uma característica importante desta tipologia prende-se com o facto de apesar do humor estar diminuído, o doente manter a sua actividade profissional e apresentar reacções positivas perante boas notícias.

Já a depressão Moderada é considerada pelos mesmos autores como uma classificação meramente “académica” que pode apresentar:

- ✓ Humor, objectiva e subjectivamente deprimido;
- ✓ Sintomatologia somática particularmente a perturbação do sono e do apetite;
- ✓ Ausência de motivação;
- ✓ Anergia;
- ✓ Má concentração;
- ✓ Cognações negativas – concentração em recordações desagradáveis, insucessos e desapontamentos;
- ✓ Lentidão motora comum ou em alguns doentes, a agitação independente do que têm em mente;
- ✓ Sentimentos de desespero e desamparo;
- ✓ Ideia e intenção suicida provocada pelo humor baixo, pelas cognições negativas e sentimentos de desespero – relativamente aos quais se deve sempre inquirir e levar a sério o doente;
- ✓ Ansiedade e isolamento social;
- ✓ Disfunção proeminente com incapacidade para trabalhar de forma apropriada ou isolamento social marcado.

A depressão grave (como o nome indica) é o quadro mais preocupante, caracterizando-se por desinteresse pela vida, por ideias suicidas muito marcadas e conseqüente risco de suicídio muito elevado.

Fala-se ainda de depressão psicótica, ou Psicose depressiva, que se verifica na presença de sintomas exacerbados e delirantes e por vezes também em alucinações auditivas. Os sintomas depressivos, a congruência do humor, as ideias delirantes e alucinações, fazem o diagnóstico diferencial desta, com outras psicoses, onde se inclui

o síndrome de Cotard em que o doente considera que parte de si próprio ou do seu corpo está morto.

A descrição anterior mostra que a depressão pode evoluir na sua gravidade de tal forma, que o doente pode manifestar estupor depressivo, com total imobilidade e perda da expressão facial, chegando ao extremo de rejeitar ingestão de alimentos ou de líquidos desencadeando a morte por desnutrição e/ou desidratação.

Paralelamente a elevada taxa de depressão verificada nas mais variadas faixas etárias constitui um problema de saúde pública grave, dado tratar-se de “ um sentimento ligado à mudança súbita de uma linha de comportamento ou de vida. A angústia assinala a proximidade desta mudança, indica o período latente mas iminente que é a depressão e as mudanças exteriores fazem com que o sujeito exija de si mesmo readaptações interiores perante situações mobilizadoras (...)” (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

6.2. A DEPRESSÃO NO IDOSO

Como referido anteriormente, o envelhecimento acarreta aos indivíduos que vivenciam esta etapa do ciclo de vida, várias perdas sucessivas. No decurso destas alterações, os estados depressivos vão sendo frequentes e muitas vezes relacionados com sentimentos de início da última fase da sua vida, com conseqüente diminuição do suporte familiar, com perdas do status ocupacional e económico, com declínio físico permanente, com maior frequência de doenças físicas e incapacidade crescente (Martins 2008).

Segundo Fernandes (2000), existem três grandes determinantes que são conjuntamente importantes no surgimento da depressão nos idosos: (a) determinantes ambientais, designadamente, o isolamento e a falta de convívio social, a ausência de trabalho, a morte do cônjuge, e a desvalorização social e profissional; (b) determinantes genéticos predisponentes para a depressão em idades tardias; e (c) determinantes orgânicos que se referem à enorme variedade de doenças orgânicas que podem apresentar sintomas desta natureza.

No entender de Rodrigues e Leal (2004) a depressão nas pessoas idosas para além de uma elevada prevalência apresenta formas diferenciadas, tornando-se complexa e com sintomatologia dissimulada. Alguns estudos comprovam o facto da clínica da

depressão nos idosos ser frequente, variada e anómala quando comparada com o adulto jovem.

Martins (2008), diz também que os idosos apresentam frequentemente sintomas depressivos não contemplados nas categorias diagnósticas das classificações tradicionais, sendo estas situações dissimuladas por múltiplas queixas somáticas associadas essencialmente a quadros de ansiedade.

Em consequência, a principal dificuldade que se coloca aos profissionais de saúde é o diagnóstico correcto deste quadro clínico, que, em muitos casos, está associado ao facto de a maioria dos idosos, negar a sua depressão e não procurar tratamento psiquiátrico.

De facto para Carvalho e Fernandez (1999), cerca de 40% dos idosos com depressão não são diagnosticados. A dificuldade em diagnosticar a depressão no idoso deve-se a múltiplos factores, entre os quais, as falsas crenças quer de familiares quer dos profissionais de saúde, que consideram a melancolia a tristeza e a depressão, como estados normais do envelhecimento. Deve-se também ao próprio idoso, que frequentemente não acredita na medicação e muitas vezes tem mesmo medo dela, evitando o seu tratamento e mantendo o seu sofrimento.

A sintomatologia é muitas vezes mascarada pelo próprio, devido à presença de doença física, ou a problemas mal resolvidos por parte de familiares como sejam mágoas conscientes ou inconscientes, que dificultam que aqueles aceitem a vertente psicológica e vejam a necessidade de esta ser tratada como outra qualquer doença.

Lovaco (2007) acrescenta ainda, que podem encontrar-se algumas diferenças entre os quadros clínicos depressivos nos adultos e idosos, nomeadamente a ausência de espírito depressivo, sintoma pouco habitual nos mais velhos e que é facilmente confundido como uma consequência do envelhecimento, quer pelo próprio quer também pelos profissionais de saúde.

Na verdade os idosos apresentam uma elevada frequência de queixas somáticas que se manifestam vulgarmente por dores de pernas e costas, dores epigástricas, cefaleias e por obstipação, que é um sintoma, muito frequente. Verbalizam por vezes de forma delirante os sintomas ao referirem que os seus órgãos estão parados, nomeadamente do foro digestivo e cardíaco, e na sua expressão mais extrema,

podem chegar a dizer que não existem. Esta sintomatologia hipocondríaca é conhecida como já foi referido atrás por Síndrome de Codart.

Portanto é muito difícil avaliar e/ou tratar doentes geriátricos com sintomas psiquiátricos, não só porque os idosos sofrem de co-morbilidades, mas também porque eles depreciam ou exacerbam os sintomas psiquiátricos (Jenike & Cremens, 1994).

Considerando a prevalência Mónica Frank e Nezilour Rodrigues (2006), dizem-nos que em idosos na comunidade, a depressão atinge valores que variam entre 4,8 e 14,6% e quando se trata de doentes idosos institucionalizados, estes números chegam a ultrapassar os 22%. Os mesmos autores citam estudos onde não são usados os critérios da DSM-IV ou CID 10, mas escalas de sintomas depressivos clinicamente relevantes, e a prevalência da depressão pode chegar aos 59,3%.

Relativamente aos valores para a população idosa portuguesa, Luís Marques e Horácio Firmino (2003) apresentam uma prevalência de sintomas depressivos na comunidade de 15%, e quando se trata de perturbações depressivas major um valor de 4%. Referem-se a um agravamento da depressão com acréscimo da sua prevalência, na população feminina mais que na masculina, com 11% e 5% respectivamente.

A institucionalização em lares amplia até 40% o número de idosos com sintomas depressivos e para 20% com perturbação depressiva major. Nos idosos hospitalizados aproximadamente 50% apresentam sintomas depressivos.

A prevalência da depressão registada em consultas médicas de ambulatório varia entre 7 e 36%; o sexo feminino, pelo facto de estar mais sujeito a situações stressantes de vida e pela maior facilidade de expressão dos sentimentos e sintomas, procura mais frequentemente ajuda, que o sexo oposto. Por este facto os sintomas depressivos na mulher contribuem para uma maior morbilidade, enquanto nos homens, se verifica uma maior tendência para a morte.

Num estudo de Blazer e col. (1992, cit. por Fernandes, 2000) em que foi analisada a influência do local de residência no surgimento de perturbações afectivas, os autores aferiram que os idosos residentes em áreas urbanas apresentaram valores mais

elevados de perturbações do que os residentes em áreas rurais. Ou seja, o meio urbano exerce uma acção intensa sobre o desenvolvimento de depressões.

Fernandes (2000) efectuou ainda um estudo com o objectivo de conhecer diversos aspectos da depressão no idoso de uma zona rural. Analisou três grupos de idosos: grupo A - (78) idosos internados, grupo B - (50) idosos utentes do centro dia, e grupo C - (76) idosos residentes no domicílio. Apurou que apesar de em todos os grupos a maior concentração ser de não deprimidos, o grupo de deprimidos foi maior no grupo A (38,46%), médio no grupo B (32,00%) e menor no grupo C (22,36%). Além disso, também verificou que a depressão era mais frequente em idosos solteiros, e mais baixa em idosos reformados por limite de idade.

Os transtornos depressivos nos idosos assumem um carácter sobejamente relevante, não só pelo aumento da sua prevalência, bem como, pela comorbilidade com doenças próprias do envelhecimento, como por exemplo em doença de Parkinson.

Em suma, a depressão não é uma consequência natural do envelhecimento. Existem vários tipos de depressão, contudo, a mais frequente é a depressão menor com consequências significativas em termos de saúde.

Corroboramos a grande preocupação e alerta lançado pela OMS, no início deste século, quando se refere às consequências nefastas da depressão e ansiedade, particularmente nas populações mais frágeis como os idosos, pois sabemos que quando a depressão atinge um estágio mais profundo, em que o idoso começa a analisar o passado como sendo horrível, o presente como deprimente, somando o medo do que pode vir a acontecer, surgem em muitos casos o impulso suicida (Teixeira 2006 cit. McKenzie, 2001).

É justamente devido à elevada frequência e à gravidade dos sintomas da depressão, que a sua detecção precoce é fundamental para garantir uma intervenção oportuna no sentido de permitir uma maior qualidade de vida aos doentes que dela sofrem e melhorar a capacidade de suporte das famílias destes doentes, mas também, para a redução dos custos sociais e económicos que esta doença implica para a humanidade quer no presente quer no futuro.

7. METODOLOGIA

A fundamentação teórica apresentada nos capítulos anteriores permitiu-nos adquirir conhecimentos que serviram de alicerce para o desenvolvimento empírico da presente investigação científica. Após fundamentação teórica torna-se inevitável abordar a fase metodológica.

Na óptica de Fortin (1999, p.373), a qualidade de uma investigação científica é determinada pela adopção de uma correcta metodologia, sendo que esta é definida pela mesma autora como “o conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.” Ainda segundo a mesma autora, a componente metodológica é um aspecto essencial em qualquer processo de investigação, uma vez que serve de guia durante o desenvolvimento da pesquisa. Todos estes procedimentos metodológicos e suas tomadas de decisão são fundamentais para garantir a fiabilidade e qualidade dos resultados obtidos e consequente resposta à problemática em estudo pois como foi referido por Monteiro e Neto (2008), toda a investigação procura encontrar resposta ou solução para um determinado problema.

Assim sendo, o presente capítulo é constituído por um conjunto de etapas sequenciadas, onde se incluem: a questão de investigação, a conceptualização, o tipo e os objectivos do estudo, as variáveis a estudar, as hipóteses de investigação, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos efectuados e tratamento estatístico.

7.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados que incluem habitualmente uma ou duas variáveis, assim, como a população estudada (Fortin, 2009). Assim, define-se questão de investigação como uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo, indicando claramente a direcção que se pretende tomar (Fortin, 2009).

As motivações que nos levam a um estudo sobre a população idosa, deriva do frequente contacto que temos com eles, das longas horas de escuta sobre as suas histórias de vida e ainda da observação e participação nas vivências dos lares. Para

além destas razões, o aprofundar conhecimentos sobre o processo do envelhecimento e desenvolver competências de intervenção adequadas aos contextos em que estamos inseridos constituem iguais razões para o desenvolvimento desta investigação.

De acordo com a revisão da literatura efectuada, concluímos que o envelhecimento é um fenómeno complexo que difere de indivíduo para indivíduo “(...) o que torna a velhice num fenómeno heterogéneo (...) podendo a satisfação com a vida depender de múltiplos factores..” (Palmeirão, p.41, 2002).

Alicerçadas neste pressuposto e nas interrogações que foram surgindo ao longo da pesquisa formulámos a seguinte questão de investigação:

“Qual a satisfação com a vida percebida pelos idosos institucionalizados e não institucionalizados?”

7.2. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A imagem social da pessoa idosa tem sofrido transformações significativas, actualmente na sociedade ocidental, materialista e economicista, é muitas vezes desvalorizada pela sua perda de potencialidades e produtividade e é tida como um encargo económico-social. Neste sentido, o envelhecimento da população tem merecido a preocupação e investimento de diversos organismos mundiais (no campo político, social e económico) com vista a garantir à pessoa idosa qualidade de vida e satisfação com a mesma.

A qualidade de vida abrange dimensões física, psicológica, social e ambiental, que em qualquer momento do ciclo vital (como na velhice) fazem da qualidade de vida um fenómeno multidimensional e multi-determinado, considerando valores individuais e sociais, como o que é tido como normal, desejável ou ideal quanto ao bem-estar subjectivo (Paul et al., 2005; Neri, 2001).

Por se tratar de um constructo subjectivo, a satisfação com a vida é igualmente um fenómeno complexo e de difícil mensuração enquanto medida psicológica de bem-estar e adaptação, nomeadamente ao longo do envelhecimento. A avaliação da satisfação com a vida reflecte as expressões de cada indivíduo quanto aos seus critérios de satisfação como um todo ou em domínios específicos (como saúde,

trabalho, condições de habitabilidade, relações sociais, autonomia), traduzindo o bem-estar individual (Jóia, 2007).

7.3. TIPO DE ESTUDO

Para Fortin (2009) a escolha do tipo de estudo deve ocorrer no decurso da formulação do problema, quando a questão de investigação se tornou concludente. Tendo por base os pressupostos teóricos de Fortin (2009), enquadrámos o presente estudo no paradigma das metodologias quantitativas, do tipo não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional.

A nossa pesquisa é de natureza:

- **Quantitativa**, por se tratar de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis. Este paradigma de investigação emprega dados numéricos para adquirir informações, descrever e testar relações entre as variáveis em estudo, através da observação de acontecimentos e fenómenos objectivos com vista a universalizar os resultados obtidos a partir de uma amostra (Fortin, 2009).
- **Não- experimental**, porque as variáveis a ser estudadas não são manipuladas (Fortin, 2009);
- **Transversal**, pelo facto do instrumento de colheita de dados ser aplicado num determinado período de tempo;
- **Descritivo**, dado visar descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação.
- **Correlacional**, porque visa estabelecer relações entre variáveis e explicar a natureza dessas relações (Fortin, 2009);

7.4. OBJECTIVOS

Esta investigação tem como objectivo central, avaliar o grau de satisfação com a vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas, situacionais, familiares e de saúde têm efeito significativo na mesma.

De acordo com este objectivo geral delinearão-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as condições sociodemográficas dos idosos;
- Descrever factores situacionais dos idosos;
- Avaliar níveis de satisfação com a vida dos idosos;
- Conhecer a percepção dos idosos sobre a sua funcionalidade familiar;
- Identificar estados depressivos nos idosos;
- Analisar a associação existente entre as variáveis sociodemográficas, situacionais, de contexto familiar (funcionalidade familiar) e saúde (estado depressivo) e a satisfação com a vida dos idosos;

7.5. VARIÁVEIS

De acordo com Fortin (2009, p.171), as variáveis são “qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar com o tempo”, estas podem ser mensuradas, manipuladas ou controladas. No que respeita à relação entre elas, as variáveis podem ser qualificadas como dependentes e independentes.

Na perspectiva de Coutinho (2011, p.69) a variável independente é aquela que “o investigador manipula, ou seja, aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar”. Esta variável é a que influencia, a que afecta, a variável dependente. A mesma autora define variável dependente como “a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente”, ou seja, é aquela que é influenciada.

Assim, a presente investigação possui as seguintes variáveis:

- **Variável Dependente:** A satisfação com a vida
- **Variáveis Independentes** agrupadas em quatro grandes grupos, a saber:

- ✓ *Variáveis sócio-demográficas* (idade, o género, estado civil, escolaridade, situação económica, tipo de forma, satisfação com o valor da reforma);
- ✓ *Variáveis de contexto situacional* (religião, residência, coabitação, convívio com crianças, prática de exercício físico, antecedentes de depressão);
- ✓ *Variáveis de contexto familiar* (número e residência dos filhos, frequência das visitas da família, preocupação familiar, e funcionalidade familiar).
- ✓ *Variáveis de saúde* (estados depressivos);

Estas variáveis no seu conjunto, visam num primeiro momento proceder a uma caracterização da amostra em termos sociodemográfico, profissional e familiar e num segundo avaliar a sua interferência na variável dependente.

A satisfação com a vida é afectada por múltiplas variáveis como o género, a idade, a actividade profissional e a componente familiar. Assim, é de todo o interesse, que a presente pesquisa recaia e abranja essas variáveis, com vista a uma abordagem biopsicossocial e holística do Ser Humano.

Tendo em conta os aspectos supra citados, apresentaremos de seguida na ilustração cinco, que corresponde ao modelo conceptual sobre o qual a nossa pesquisa se fundamenta. O modelo permite-nos perceber os diferentes domínios que integram a nossa investigação e proporciona, em simultâneo, uma visão integral das dimensões consideradas fundamentais nesta problemática.

Como podemos visualizar o modelo conceptual compreende quatro grandes domínios: (1) sociodemográfico (2) contexto situacional (3) a funcionalidade familiar, e (4) variáveis do estado de saúde.

Os quatro domínios interrelacionam-se entre si e conduzem e associam-se em maior ou menor grau com a satisfação com a vida dos idosos.

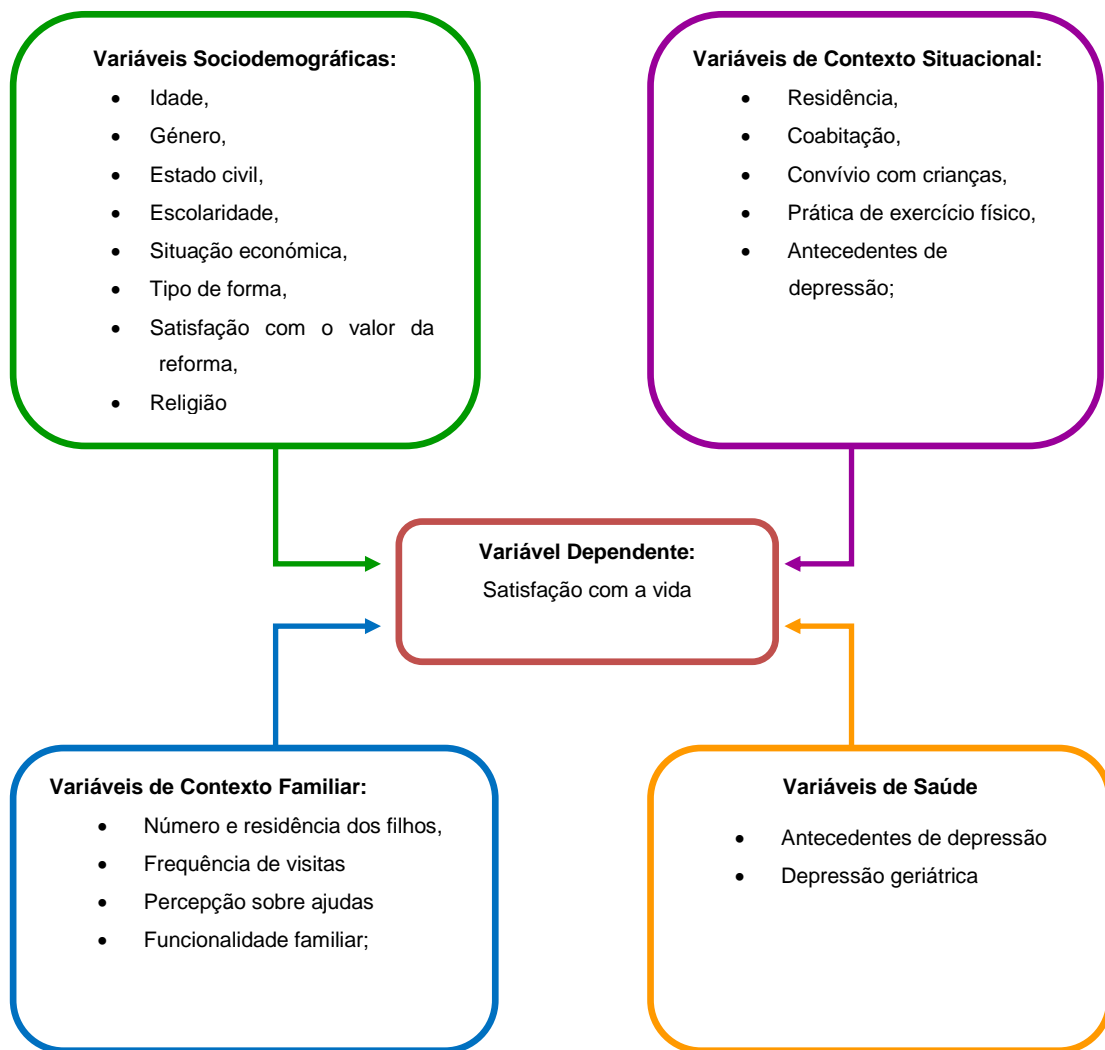


Ilustração 6 - Modelo Conceitual da Investigação, Fonte: Construção do autor, 2013.

7.6. HIPÓTESES

Segundo Marconi e Lakatos (1988) cit. por Batista (2007), qualquer trabalho de pesquisa, parte de hipóteses, cuja função é propor explicações para certos factos verificados na realidade quotidiana, orientando também o pesquisador na busca de informações necessárias.

A hipótese é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica, tal como na questão de investigação, a hipótese toma em conta as variáveis-chave e a população alvo. Um estudo pode conter várias hipóteses.

As hipóteses têm influência sobre o desenho de investigação, os métodos de colheita e análise dos dados, assim como sobre a interpretação dos resultados.

Na perspectiva de Coutinho (2011), a formulação das hipóteses da investigação é um procedimento fundamental, pois os resultados obtidos dependem de como estas foram formuladas. Tendo por base os pressupostos teóricos expostos, a questão de investigação, as variáveis enunciadas, os objectivos definidos e o modelo conceptual adoptado formulamos as seguintes hipóteses:

Hipótese (H₁) – Existe associação entre género e a satisfação com a vida dos participantes.

Hipótese (H₂) – Existe associação entre idade e a satisfação com a vida dos participantes.

Hipótese (H₃) – Existe associação entre estado civil e a satisfação com a vida dos participantes.

Hipótese (H₄) – Existe associação entre escolaridade e a satisfação com a vida dos participantes.

Hipótese (H₅) – A satisfação com a vida dos participantes depende da situação económica.

Hipótese (H₆) – A satisfação dos idosos com o valor da reforma interfere na sua satisfação com a vida.

Hipótese (H₇) – Existe associação entre local de residência e a satisfação com a vida dos Idosos.

Hipótese (H₈) – A prática religiosa influencia a satisfação com a vida dos participantes.

Hipótese (H₉) – Existe associação entre a prática de exercício físico e a satisfação com a vida dos participantes.

Hipótese (H₁₀) – Existe associação entre a funcionalidade familiar e a satisfação com a vida dos Idosos.

Hipótese (H₁₁) – Existe associação entre níveis de depressão no Idoso e a sua satisfação com a vida.

7.7. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin (1999, p.202), a população é “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” e amostra é “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”.

Mais recentemente, Coutinho (2011) advoga que a amostra é o agregado de elementos de quem se colherá os dados, sendo que deve ter iguais características das da população de onde foi extraída.

A técnica de amostragem utilizada é do tipo não probabilístico, por conveniência, uma vez que os sujeitos se encontram geograficamente acessíveis, ou seja, indivíduos pertencentes à zona centro do país (distrito de Viseu).

O estudo incluiu portanto, 126 idosos a residir especificamente em lares ou no seu domicílio nos concelhos de Penedono, Sernancelhe e São João da Pesqueira. A recolha de dados decorreu num intervalo de tempo que mediou 3 meses nomeadamente, Julho, Agosto e Setembro de 2012.

Os critérios de inclusão adoptados no nosso estudo foram apenas:

- Possuir idade igual ou superior a 60 anos;
- Possuir capacidade mental para colaborar no preenchimento do questionário;

7.8. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após definição do problema, das hipóteses, das variáveis e da amostra torna-se imperativa a recolha dos dados. Esta fase da investigação vai influenciar directamente a qualidade dos resultados, bem como as conclusões da pesquisa (Almeida & Freire, 2008).

Os instrumentos de recolha de dados são ferramentas que permitem que o investigador reúna a informação necessária para a continuidade do seu estudo (Marconi & Lakatos, 2007).

De acordo com Fortin (2009) na ausência de instrumentos de recolha de dados, deve criá-los o investigador, para que dessa forma possa responder às questões de investigação desenvolvidas.

Neste sentido, seleccionámos o instrumento de recolha de dados que considerámos mais adequado e capaz de nos fornecer a informação desejada. Trata-se portanto de um instrumento que é composto por um conjunto de questões elaboradas pelo investigador e três escalas elaboradas e já testadas na população portuguesa por outros investigadores. Deste modo é constituído por (Apêndice A):

- ✓ Um questionário de Caracterização Sociodemográfica dos Idosos
- ✓ Um questionário de Avaliação Situacional dos mesmos.
- ✓ Uma escala de Apgar Familiar (Funcionalidade Familiar) de Smilkstein (1978), validada para a população portuguesa por Azeredo (1998).
- ✓ Escala de medida da Satisfação com a Vida de Diener et al (1985), validada para a população portuguesa por Simões (1992)
- ✓ Escala de Depressão Geriátrica de Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose (1983), validada para a população portuguesa por Teixeira Veríssimo (2006).

A ilustração seis resume e explicita a estrutura do nosso questionário que é composto por cinco secções de questões.

Domínios em estudo	Secção	Questões
Factores Sociodemográficos	I	1 a 7
Factores de Caracterização Situacional	II	8 a 19
Funcionalidade Familiar (Apgar familiar)	III	20 a 24
Escala de Satisfação com a Vida	IV	1 a 12
Escala de Depressão Geriátrica	V	1 a 30

Ilustração 7 - Resumo estrutural do questionário; Fonte: Construção do autor, 2013

Secção I: Caracterização Sociodemográfica

Com esta secção pretendemos adquirir dados de carácter pessoal, como a idade, o género, o estado civil, escolaridade, situação económica, tipo de reforma e satisfação com o valor da reforma. São sete questões, todas de resposta fechada.

Secção II: Caracterização Situacional

O Questionário Situacional elaborado é composto por doze perguntas de resposta fechada e tem como objectivo avaliar as características dos idosos quanto à sua religião, área de residência, número e residência dos filhos, com quem vive habitualmente o idoso e quem o costuma visitar, convívio com crianças e a sua importância, existência de auxílio em caso de emergência ou ajuda financeira, prática de exercício físico e existência de depressões antes dos 65 anos.

Secção III – Escala de Apgar Familiar

A Escala de Apgar Familiar foi criada por Smilkstein em 1978 e adaptada para a população portuguesa por Azeredo em 1998. Este instrumento mensura a satisfação de um membro da família, no que respeita à assistência que lhe é prestada pelos demais membros da família (Andrade & Martins, 2011).

De acordo com Smilkstein (1978), Pavarini et al. (2006), Andrade e Martins (2011) a presente escala caracteriza aspectos básicos da unidade e funcionalidade de qualquer família:

- **Adaptação (*Adaptability*) intrafamiliar:** refere-se à utilização de recursos familiares, com vista à resolução de problemas quando o equilíbrio familiar é posto em causa;
- **Participação/comunicação (*Partnertship*)** – reciprocidade nas comunicações familiares e na tomada de decisões e consequentes responsabilidades;
- **Desenvolvimento (*Growth*)** – independência, disponibilidade da família para mutações de papéis e para alcançar a maturidade e/ou desenvolvimento psíquico, físico e emocional, sempre marcado pelo apoio familiar;

- **Afecto** (*Affection*) – presença de ligações de assistência ou carinho entre os diversos membros familiares;
- **Resolução ou decisão** (*Resolve*) – disponibilidade para outros elementos da família, estimulando-os física e emocionalmente. Tal implica a partilha de bens e espaço.

A Apgar Familiar é composta por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo possui sobre o funcionamento da sua família. Cada questão tem três alternativas de resposta, que equivalem ao “quase sempre” “algumas vezes” e “quase nunca” sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respectivamente. O tipo de relação familiar caracteriza-se de acordo com a pontuação total obtida, sendo que esta se obtém pelo somatório das pontuações atribuídas a cada uma das questões, e oscila entre os valores 0 (zero) e 10 (dez) pontos (Andrade & Martins, 2011; Smilkstein, 1978).

Pontuação Total	Classificação
7-10	Funcionalidade familiar elevada
4-6	Disfuncionalidade familiar moderada
0-3	Disfuncionalidade familiar acentuada

Ilustração 8 - Classificação da Apgar Familiar; Fonte: Andrade e Martins (2011)

Andrade e Martins (2011) referem ainda que, a legitimidade e credibilidade deste instrumento têm sido analisadas, uma vez que este instrumento apenas mede a satisfação familiar que a pessoa admite e verbaliza.

No que respeita à consistência interna da Apgar Familiar, o autor da escala constatou, através dos estudos onde esta foi aplicada, valores de alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,85 (Smilkstein, 1978). No caso do nosso estudo, procedeu-se também à verificação da consistência interna da escala de Apgar Familiar e a sua análise demonstrou que para a globalidade dos itens um valor de alfa de Cronbach de 0,874, o que revela uma boa consistência interna. Para cada um dos itens verificou-se o mesmo registo uma vez que os valores oscilaram entre 0,827 no item 1 e 0,860 no item 3.

Secção IV - Escala de Medida da Satisfação com a Vida

A Escala de Medida da Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale - SWLS) foi elaborada por Diener, Emmons, Larson e Griffin (1985). Foi elaborada a partir de um conjunto de 48 itens. Posteriormente foi reduzida, evidenciando no entanto, índices de fidelidade e validade bastante aceitáveis (Diener et al., 1985). Para além, das boas qualidades, psicométricas que revela, a SWLS é um instrumento breve, de fácil compreensão, aplicação e cotação, e é susceptível de ser usado com adultos de todos os níveis etários e de diversos níveis culturais.

A SWLS foi validada pela primeira vez em Portugal por Neto e colaboradores em 1990. Revelou um alfa de Cronbach de 0.78.

Em 1992, Simões procedeu a uma posterior validação, tornando o conteúdo mais compreensível e reduzindo para cinco o número de alternativas de resposta. Segundo Simões (2003) a Escala de Medida da Satisfação com a Vida apresenta bons índices de validade preditiva e validade factorial.

Na nossa amostra e para a globalidade dos itens da escala, o valor de alfa de Cronbach de 0,953 obtido revelou uma consistência interna muito boa. O mesmo também se verificou no que respeita aos valores para cada um dos itens, uma vez que oscilaram entre 0,947 no item 5 e 0,951 no item 7.

A escala utilizada é composta por 12 itens, para os quais são oferecidas cinco alternativas de resposta: “muito pouco satisfeito”, “pouco satisfeito”, “mais ou menos satisfeito”, “muito satisfeito” e “muitíssimo satisfeito”. Cada uma é cotada de 1 a 5, respectivamente. O resultado final é o somatório das cotações de cada resposta e varia entre o mínimo de 12 e o máximo de 60.

Os autores referem que quanto maior for a pontuação total, maior será o nível de satisfação com a vida.

De acordo com a pontuação obtida, e considerando a inexistência de grupos de corte, foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos: **(Média ± 0.25 dp)**.

Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

- **Baixa Satisfação:** ($\leq M - 0.25dp$)
- **Moderada Satisfação:** ($\geq M - 0.25dp \geq M \leq M + 0.25dp$)

- **Alta Satisfação:** ($\geq M + 0.25dp$)

Secção V - Escala de Depressão Geriátrica

A Escala de Depressão Geriátrica foi construída por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose (1983). Foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Teixeira Veríssimo (2006) em 1988 na “Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, apresentando boas medidas de consistência interna (alfa = 0,94) e confiabilidade (0,94).

Dos resultados obtidos com a análise psicométrica efectuada verificamos que o total da escala possui uma boa consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de 0,9, bem como para os itens cujos valores oscilaram entre 0,892 (item 16) e 0,908 (item 11).

Esta escala é constituída por 30 itens, com duas respostas alternativas “Sim” e “ Não” sobre o modo “como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá”. Do total dos itens 20 indicam a presença de depressão quando respondidos afirmativamente e 10 quando respondidos negativamente (cf. Ilustração 8).

Itens	Resposta	Pontos Atribuídos a cada item
2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28	Não	0
	Sim	1
1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30	Não	1
	Sim	0

Ilustração 9 – Distribuição de pontos na Escala de Depressão Geriátrica; Fonte: Andrade e Martins (2011)

O resultado final desta escala obtém-se pela soma da pontuação atribuída a cada resposta e varia entre zero (0) e trinta (30) pontos.

Na aferição desta escala à população portuguesa, Teixeira Veríssimo sugere que para a quantificação dos resultados se proceda à seguinte classificação:

- **De 0 a 10 Pontos** - Situação Normal
- **De 11 a 22 Pontos** - Depressão ligeira

- **≥ 23 Pontos** - Depressão acentuada

7.9. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Na realização de qualquer investigação é fundamental seleccionar a população/amostra, mas também desenvolver um conjunto de acções, no sentido de alcançar os objectivos inicialmente propostos para o estudo.

Além disso, torna-se fundamental que todos os procedimentos a desencadear, se façam segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana.

Sendo a ética a “ciência da moral e a arte de dirigir a conduta [...] o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta [...] as acções e atitudes” (Fortin, 2009).

Nos nossos procedimentos metodológicos foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação e por isso foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos a todos os idosos que participaram (Apêndice B).

Como já referimos os dados foram colhidos nos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2012. Alguns foram preenchidos pelos próprios idosos e outros (analfabetos) foram colhidos por inquérito pelo investigador.

7.10. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados. No nosso estudo este será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinaram-se:

- **Frequências:**
 - Absolutas (N)

- Percentuais (%)
- **Medidas de tendência central:**
 - Médias (\bar{x})
 - Medianas (Md)
- **Medidas de dispersão ou variabilidade:**
 - Desvios padrão (Dp)
 - Coeficientes de variação (CV)

O **coeficiente de variação** permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo (Pestana e Gageiro, 2005):

- $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média;
- $CV > 30\%$ – Dispersão elevada.

Medidas de simetria e achatamento:

Para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana e Gageiro (2005) consideraram os seguintes valores de referência:

Desta forma, para $p = 0,05$ uma distribuição é:

- Simétrica – quando “ $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.
- Assimétrica – quando “ $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- Mesocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$;
- Platicúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < -1,96$;
- Leptocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$;

A estatística analítica ou inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde foi tirada.

O estudo da simetria e do achatamento permitem ver se a distribuição é, respectivamente, simétrica e mesocúrtica, que são condições necessárias, mas não suficientes para a distribuição ser considerada normal.

O **teste Kolmogorov-Smirnov (K-S)** serve para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável. Não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância deste teste é superior a 0,05 (Pestana e Gageiro, 2005).

Os mesmos autores referem ainda que, a distribuição normal é uma distribuição importante, visto ser um pressuposto de utilização de muitos testes estatísticos. Quando esta distribuição normal não se verifica temos que utilizar testes não paramétricos.

Em relação à estatística inferencial, fizemos uso de testes não paramétricos, uma vez que a variável dependente não tem uma distribuição normal. Como forma de complementar e enriquecer o nosso estudo fizemos também uso de testes paramétricos.

Neste sentido e em relação à estatística analítica utilizámos:

Testes Não-Paramétricos

- **Teste U-Mann Withney** – Este teste compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes, ou seja, compara os valores das medianas. Este teste é utilizado quando há violação da normalidade, ou quando a amostra é pequena, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (Pestana e Gageiro, 2003, p. 433).
- **Teste de Kruskal-Wallis (KRUSKAL-WALLIS)** - Este teste é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que se lembram de ser a normalidade, e a igualdade das variâncias (Pestana e Gageiro, 2003, p. 482).

- **Teste de Qui Quadrado (X^2)** - Este teste permite verificar qual o efeito de uma variável endógena, testando as médias da variável endógena de forma a saber se em cada categoria do factor, estas são ou não iguais entre si (Pestana e Gageiro, 2003, p. 386)

Nas análises estatísticas utilizaram-se os seguintes valores de significância (Pestana e Gageiro, 2005, p. 241):

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p > 0.05$ n.s. - Não significativas

Na apresentação e explicação do instrumento de colheita de dados apresentámos as características psicométricas das escalas utilizadas no trabalho. Para verificar a consistência interna dos factores utilizámos como medidas o **Alpha de Cronbach**. De acordo com o proposto de Pestana e Gageiro (2005) os valores de **alpha** variam entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna:

- Muito boa \Leftrightarrow alpha superior a 0,9
- Boa \Leftrightarrow alpha entre 0,8 e 0,9
- Razoável \Leftrightarrow alpha entre 0,7 e 0,8
- Fraca \Leftrightarrow alpha entre 0,6 e 0,7
- Inadmissível \Leftrightarrow alpha $<$ 0.6

O tratamento estatístico foi efectuado informaticamente através do programa (Statistical Package for the Social Science) SPSS versão 19.0 para o Windows.

A apresentação dos resultados é feita através de quadros, onde serão apresentados os mais relevantes. Omitiu-se nos mesmos, o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do protocolo aplicado aos idosos. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pelo qual foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente capítulo tem por objectivo a análise e divulgação dos resultados. A apresentação dos dados faz-se recorrendo a tabelas e quadros e a ordem de apresentação procurará respeitar a sequência seguida na elaboração do questionário.

Uma vez que um dos nossos objectivos é comparar os dados em função do local de residência passaremos a designar o grupo que reside no domicílio por *Grupo Dom* e o institucionalizado por *Grupo Inst* nas variáveis comuns.

A análise dos resultados, será feita em duas fases. A primeira engloba uma abordagem do tipo descritivo e a segunda parte, diz respeito á verificação das associações entre variáveis ou seja ao teste das hipóteses anteriormente formuladas.

8.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva efectua-se num contexto exploratório, em que ainda não se conhecem as relações que possam existir entre as variáveis. Deste modo, a estatística descritiva utiliza-se para descrever os dados através de indicadores estatísticos, com o objectivo final de oferecer um retrato global da amostra (Fortin, 2009).

I – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Os resultados que seguidamente apresentamos visam responder ao primeiro objectivo ou seja, proceder a uma caracterização sociodemográfica dos Idosos em estudo.

Idade e sexo

Pela análise da tabela 1, podemos constatar que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 126 Idosos, residindo 65 no próprio domicilio e/ou de familiares e 61 em Instituições vocacionadas para a 3ª idade.

Constatamos que a **idade** da amostra total oscila entre um valor mínimo de 59 e um máximo de 92 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 75,29 anos, um desvio padrão de 7,98 e um coeficiente de variação de 10,59%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do **gênero** e por grupos verificamos que a média de idades para o sexo feminino dos Idosos Dom ($\bar{x}=75,14$) é ligeiramente superior à do sexo masculino ($\bar{x}= 74,96$), apresentando ambos os grupos também uma baixa dispersão.

No grupo Inst a média de idades para o sexo feminino ($\bar{x}=76,47$) é igualmente superior à do sexo masculino ($\bar{x}= 74,12$), apresentando ambos os grupos também uma baixa dispersão.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos e grupos, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 1 – Estatísticas Descritivas da Idade e Residência dos Idosos

<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>	<i>CV (%)</i>
Domicilio								
Masculino	23	61	91	74,96	8,87	0,65	-1,14	11,83
Feminino	42	59	92	75,14	9,06	0,42	-1,78	12,05
Institucionalizados								
Masculino	25	63	88	74,12	6,36	1,65	0,14	8,58
Feminino	36	61	91	76,47	7,18	-0,14	-0,51	9,38
Total	126	59	92	75,29	7,98	0,92	-2,14	10,59

Grupos etários

A distribuição dos idosos por grupos etários mostra homogeneidade de grupos, contudo as percentagens mais elevadas (35,7%) encontram-se no último escalão (80-92), seguindo-se o primeiro com 34,1% e 30,2% encontra-se entre os 71-79 anos. Entre Grupos verificamos que os idosos Institucionalizados são ligeiramente mais velhos que os que vivem no domicílio.

Estado civil

Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que, o estado de viuvez é o mais marcante da nossa amostra com 49,2%, seguindo-se os solteiros com 23,8%, e em terceiro lugar estão os casados com 15,9% de representatividade.

Analisando o estado civil por grupos, encontramos algumas diferenças: assim a maioria dos idosos do grupo DOM são viúvos seguindo-se os solteiros e casados (com igual valor percentual) enquanto no grupo INST a maioria (28,6%) são viúvos e 11,6 % solteiros.

Apesar de constituir uma pequena percentagem, é de notar a existência de 11,1% de divorciados na nossa amostra, o que reforça a ideia divulgada que “nos anos 90, as taxas de divórcio dos idosos tiveram uma evolução positiva, tanto para os homens como para as mulheres em Portugal”, (INE, 1999).

Escolaridade

Apesar das melhorias que se tem sentido na escolaridade dos idosos os baixos níveis continuam presentes nos elementos da nossa amostra. Assim o item com maior destaque (35,7%) corresponde ao item “saber ler e escrever”, com 25,4% temos os que possuem a instrução primária, e com um valor próximo deste (18,3%) temos os analfabetos. Os níveis de escolaridade superior foram sendo também encontrados, contudo com pequenos valores percentuais, como se pode ver na tabela 2.

Em termos de habilitações académicas existem diferenças entre os dois grupos uma vez que o grupo institucionalizado apresenta níveis mais baixos de escolaridade que o grupo Dom.

Tabela 2 – Dados Sociodemográficos da Amostra

SITUAÇÃO VARIÁVEIS	DOMICILIO		INSTITUIÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
GRUPOS ETÁRIOS						
59-70	28	22,2	15	11,9	43	34,1
71-79	11	8,7	27	21,4	38	30,2
80-92	26	20,6	19	15,1	45	35,7
ESTADO CIVIL						
Solteiro	15	11,9	15	11,9	30	23,8
Casado/União	15	11,9	5	4,0	20	15,9
Divorciado/ separado	9	7,1	5	4,0	14	11,1
Viúvo	26	20,6	36	28,6	62	49,2
ESCOLARIDADE						
Analfabeto	11	8,7	12	9,5	23	18,3
Sabe ler e escrever	16	12,7	29	23,0	45	35,7
Instrução primária	18	14,3	14	11,1	32	25,4
Ensino secundário	10	7,9	2	1,6	12	7,1
Curso médio	6	4,8	3	2,4	9	7,1
Curso superior	4	3,2	1	0,8	5	4,0
TOTAL	65	51,6	61	48,4	126	100

Situação económica

Os dados sobre a situação económica mostram-nos, que 50,8% dos idosos da nossa amostra auferem de um rendimento mensal que se situa entre os 250 e os 500 euros, seguindo-se 30,2% com valores inferiores a 250 €, distribuindo-se os restantes por valores superiores 500€.

Analisando os rendimentos por grupos, embora as diferenças não sejam muito acentuadas, verificamos que, aos valores mais baixos correspondem maiores percentagens no grupo Inst e o inverso para o grupo Dom.

Tipo de reforma

Considerando que para a maioria de idosos os rendimentos provêm de pensões de reforma, quisemos conhecer o tipo de pensão auferida.

Assim constatamos, que em todos os grupos o maior valor percentual (85,7%) dos idosos corresponde a uma reforma por limite de idade (41,3% no grupo DOM e 44,4% no grupo INST).

A “pensão por invalidez” é o segundo (10,3%) regime para esta amostra, havendo ainda pequenos grupos (2,4% e 1,6%) que se distribuem pela “pensão social” e pela “pensão por cônjuge” respectivamente.

Analisando esta variável em função dos grupos não se verificam grandes diferenças entre eles.

Satisfação com o valor da reforma

No seguimento da questão anterior quisemos conhecer o grau de satisfação dos idosos com os valores das pensões: não ficámos surpreendidos com as respostas obtidas quando 71,2% dos idosos inquiridos se mostram insatisfeitos e apenas 14,3% refere o contrário.

Este sentimento está presente de igual modo entre o grupo Inst e o Grupo Dom uma vez que as diferenças não são significativas.

Tabela 3 – Dados Sociodemográficos da Amostra (cont...)

VARIÁVEIS \ SITUAÇÃO	DOMICILIO		INSTITUIÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SITUAÇÃO ÉCONOMICA						
Até 250€	13	10,3	25	19,8	38	30,2
250€ até 500€	34	27,0	30	23,8	64	50,8
500€ até 1000€	10	7,9	3	2,4	13	10,3
1000€ até 2000€	6	4,8	2	1,6	8	6,3
2000€ até 3000€	2	1,6	1	0,8	3	2,4
TIPO DE REFORMA						
Limite de Idade	52	41,3	56	44,4	108	85,7
Pensão social	2	1,6	1	0,8	3	2,4
Pensão do Cônjuge	2	1,6	-	-	2	1,6
Invalidez	9	7,1	4	3,2	13	10,3
SATISFAÇÃO COM PENSÃO						
Sim	18	14,3	18	14,3	36	14,3
Não	46	36,5	44	34,9	90	71,2
TOTAL	65	51,6	61	48,4	126	100

II – Caracterização Situacional dos idosos

Os resultados seguintes dizem respeito a um conjunto de informações que caracterizam o meio (psicossocial) envolvente dos idosos em estudo.

Religião

Um dos estereótipos frequentemente atribuído aos idosos, é o de que estes são genericamente muito religiosos. Neste sentido, quisemos saber se praticavam alguma religião. Os dados expressos na tabela 4 demonstram que 80,2% responde afirmativamente e apenas 19,8% se coloca no item não. Relativamente ao tipo de religião verificámos, surpreendentemente que a totalidade dos que afirmaram praticar se identifica com a religião Católica.

De notar que aqueles que dizem não praticar, são maioritariamente os que estão institucionalizados.

Residência

Em termos de proveniência constatamos que a maioria dos idosos da nossa amostra provém do meio rural (90,5%) e apenas 9,5% do meio urbano. A análise por grupos não revela diferenças que mereçam referência.

Tabela 4 – Dados de Caracterização Situacional dos Idosos (Religião e Residência)

VARIÁVEIS \ GRUPOS	DOMICILIO		INSTITUIÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PRATICA ALGUMA RELIGIÃO						
Sim	56	44,4	45	35,7	101	80,2
Não	9	7,1	16	12,7	25	19,8
RESIDENCIA						
Meio Rural	56	44,4	58	46,0	114	90,5
Meio Urbano	9	7,1	3	2,4	12	9,5
TOTAL	65	51,6	61	48,4	126	100

Número de filhos

Quanto ao nº de filhos constatamos que a maioria (50,8%) dos idosos tem entre 1 a 3 filhos, seguindo-se os que referem não ter nenhum (29,8%) e os que têm entre 4 a 6 filhos (16,1%). De notar que apenas 3,2% (todos do grupo Dom) tem um nº que oscila entre 7 e 9 filhos.

A análise por grupo mostra que os idosos institucionalizados em média têm menos filhos do que os que residem no domicílio.

Residência dos filhos

Considerando que o apoio que os filhos podem dar aos progenitores depende mais da proximidade da residência, do que do seu número, quisemos saber ainda o local de residência dos mesmos.

Esta questão possibilitava respostas múltiplas em função do nº de filhos anteriormente analisado. Assim constatamos que 69,4% dos questionados tem filhos a residir na mesma localidade, 46,9% no mesmo distrito e 63,3% no mesmo país.

Como prevíamos e em consequência dos fortes fluxos migratórios verificados em décadas anteriores 78,9 % dos idosos têm filhos a residir no estrangeiro.

A análise por grupo mostra que os idosos que residem no domicílio tem maior proximidade da residência dos filhos do que os institucionalizados.

Com quem vive Habitualmente

Relativamente a esta questão verificamos que as respostas são igualmente múltiplas e muito variáveis como era de esperar, tendo em conta os grupos em análise: deste modo podemos verificar que o maior grupo percentual (52,8%) reside com o cônjuge, (sendo apenas 4 os indivíduos que referem este item no grupo inst); seguem-se os que moram sozinhos (50,8%) todos do grupo Dom, e em terceiro lugar os que moram com os filhos para 37,5%, também do grupo Dom.

A alternativa “outros” como se compreende corresponde na totalidade aos Idosos que estão institucionalizados.

Quem o costuma visitar

Um outro factor que nos pareceu relevante na temática em causa prende-se com as visitas. Relembramos que se trata de uma questão de resposta múltipla. Assim confrontados com a questão “*quem o costuma visitar habitualmente?*” o maior grupo percentual (88,3%) da amostra total refere “amigos e vizinhos”; 74,6% diz ser visitado pelos “filhos”, (como era de esperar) e logo a seguir são os “irmãos/parentes próximos”, os visitantes para 27,8% deles.

De referir 8,8% que diz não ser visitado por ninguém, sendo 4 elementos do grupo Dom e 4 do grupo Inst. a análise por grupos mostra que em termos de visitas não se verificam grandes diferenças entre eles.

Importância atribuída ao contacto com Crianças

No âmbito dos objectivos do Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da solidariedade entre Gerações, (ano 2012) pareceu-nos relevante conhecer a importância que os idosos atribuem ao contacto com crianças:

A tabela 5 revela que 41,5% da amostra total acha muito importante esse contacto, e 27,8% acha mesmo bastante importante. Numa posição neutra temos ainda um grupo de 28,6% de idosos e um pequeno grupo de 2,4% diz mesmo achar “pouco importante”.

Analisando esta variável em função dos grupos não se verificam grandes diferenças entre eles.

Convívio com Crianças

Quisemos ainda saber se eles no seu dia-a-dia conviviam com crianças: os dados mostram que 23,0% dos elementos do grupo DOM e 2,4% do grupo INST, responderam afirmativamente: não obstante 74,6% responde “não” sendo como se esperava, em maior número o grupo dos institucionalizados (46,0%).

Tabela 5 – Dados Situacionais dos Idosos Relativos aos Filhos, Visitas e Crianças

VARIÁVEIS \ GRUPOS	DOMICILIO		INSTITUIÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Nº DE FILHOS						
Nenhum	19	15,3	18	14,5	37	29,8
1-3	25	20,2	38	30,6	63	50,8
4-6	16	12,9	4	3,2	20	16,1
7-9	4	3,2	-	-	4	3,2
RESIDENCIA DOS FILHOS						
Mesma localidade	20	55,6	5	13,9	25	69,4
Mesmo distrito	12	37,5	3	9,4	15	46,9
Mesmo país	16	32,7	15	30,6	31	63,3
Estrangeiro	23	32,4	33	46,5	56	78,9
COM QUEM VIVE						
Cônjuge/companheiro	15	41,7	4	11,1	19	52,8
Filhos	12	37,5	-	-	12	37,5
Irmãos	7	21,9	-	-	7	21,9
Amigos	-	-	-	-	-	-
Sozinho	33	50,8	-	-	33	50,8
Outro	-	-	61	48,4	61	48,4
QUEM O VISITA						
Filhos	31	34,4	27	40,2	58	74,6
Irmãos/parentes próximos	13	14,4	9	13,4	22	27,8
Amigos /vizinhos	42	46,6	28	41,7	70	88,3
Ninguém	4	4,4	4	4,4	8	8,8
IMPORT. CONTACTO CRIANÇAS						
Muita	20	15,9	32	25,4	52	41,3
Bastante	28	22,2	7	5,6	35	27,8
Nem muita nem pouca	15	11,9	21	16,7	36	28,6
Pouca	2	1,6	1	0,8	3	2,4
Muito pouca	-	-	-	-	-	-
CONVIVIO COM CRIANÇAS						
Sim	29	23,0	3	2,4	32	25,4
Não	36	28,6	58	46,0	94	74,6

Ajudas em emergências e doenças

Um outro dado que nos pareceu importante conhecer, prende-se com a percepção que os Idosos têm quem os ajudaria numa emergência ou doença: os resultados expressos na tabela 6 demonstram que globalmente as suas percepções são muito positivas uma vez que 81,0% responde sim e apenas 19,0% recai no item “não”.

Embora não se tratando de diferenças significativas constatamos que estas percepções são mais positivas no grupo Dom que no grupo Inst.

Ajudas em emergências Financeiras

Já nas ajudas financeiras, as percepções são ligeiramente inferiores às anteriores, uma vez que respondem sim 77,8% e 22,2% afirma peremptoriamente “não”.

Mais uma vez, estas percepções são mais positivas no grupo Dom que no grupo Inst.

Tabela 6 – Percepção dos Idosos Sobre Ajuda em Situações de Emergência

VARIÁVEIS \ GRUPOS	DOMICILIO		INSTITUIÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
EMERGENCIA NA DOENÇA						
Sim	53	42,1	49	38,9	102	81,0
Não	12	9,5	12	9,5	24	19,0
EMERGENCIA FINANCEIRA						
Sim	53	42,1	45	35,7	98	77,8
Não	12	9,5	16	12,7	28	22,2
TOTAL	65	51,6	61	48,4	126	100

Práticas de exercício físico

A prática do exercício físico tem sido uma actividade muito recomendada na promoção do envelhecimento saudável e por isso procurámos conhecer este dado.

As respostas dos participantes mostram que não é de facto uma prática muito comum entre eles, uma vez que 78,6% diz não e apenas 21,4% refere praticá-la.

A análise por grupos mostra que os idosos que residem no domicílio praticam mais exercício físico (19,0%) que os institucionalizados (2,4%) o que de certo modo se compreende face a algumas características já referenciadas.

Quisemos ainda saber junto dos que responderam sim, que tipo de modalidades praticavam: os resultados mostram que 9,5% fazem ginástica, e com igual valor percentual (5,6%) os que fazem caminhadas e os que praticam hidroginástica.

Também neste caso as práticas recaem sobretudo nos idosos residentes no domicílio.

Existência de Depressões antes dos 65 anos

Relativamente a esta questão verificamos que as respostas mostram cenários diferenciados: deste modo podemos verificar que o maior grupo percentual (78,6%) não teve depressões antes dos 65 anos; seguem-se os que tiveram e frequentaram consultas médicas (11,9%), em terceiro lugar (6,3%) os que tiveram depressão mas não foram ao médico, e por fim apenas 3,2% afirma ter tido depressão e ter estado internado em consequência.

A análise por grupos apesar de não revelar grandes diferenças mostra que os que não tiveram depressões, estão em maior valor percentual (41,3%) no grupo Dom.

Tabela 7 – Distribuição dos Idosos Segundo Práticas de Exercício Físico e Existência Depressões.

VARIÁVEIS \ GRUPOS	DOMICILIO		INSTITUIÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PRATICA EXERCICIO FISICO						
Sim	24	19,0	3	2,4	27	21,4
Não	41	32,5	58	46,0	99	78,6
SE SIM						
Caminhar	7	5,6	-	-	7	5,6
Ginástica	10	7,9	2	1,6	12	9,5
Hidroginástica	6	4,8	1	0,8	7	5,6
DEPRESSÕES ANTES 65 ANOS						
Não teve	52	41,3	47	37,3	99	78,6
Teve, mas não foi ao médico	3	2,4	5	4,0	8	6,3
Teve e frequentou consultas médicas	7	5,6	8	6,3	15	11,9
Teve e esteve internado	3	2,4	1	0,8	4	3,2
TOTAL	65	51,6	61	48,4	126	100

III – Caracterização da Funcionalidade Familiar dos Idosos

Múltiplos estudos têm revelado que a funcionalidade da família causa um “efeito intenso na satisfação geral da vida”, por isso aplicámos a escala de Apgar familiar, que tem por objectivo avaliar a funcionalidade familiar percebida. Os valores encontrados nos participantes do estudo oscilam entre (Min) de 0 e 10 (Máx), com uma $\bar{x} = 5,48$ e um $Dp = 3,22$.

Parcialmente verificamos que é no grupo Dom que se registam níveis superiores de funcionalidade ($\bar{x} = 6,16$; $Dp = 3,32$) quando comparado com o grupo Inst ($\bar{x} = 4,73$; $Dp = 2,95$) contudo as diferenças estatísticas não são significativas ($p > 0,05$).

Centrando a nossa atenção na distribuição dos idosos pelos três níveis funcionais do Apgar familiar verificamos, (c.f. tabela 8) que as percentagens mais elevadas na amostra total e grupo Dom estão associadas a famílias altamente funcionais, (com

39,2% e 26,4% respectivamente) seguindo-se as moderadamente funcionais para os mesmos grupos, e por fim aquelas que acham ter disfunções acentuadas.

No caso específico do grupo Inst constatamos, que o maior valor percentual (20,0%) recai no item “moderada disfunção”, seguindo-se a disfunção acentuada com 15,2% e apenas 12,8% percepciona a família como altamente funcional.

Tabela 8 – Distribuição dos Idosos Pelos Níveis de Funcionalidade Familiar

GRUPOS FUNCION. FAMILIAR	DOMICILIO		INSTITUIÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Disfunção acentuada	13	10,4	19	15,2	32	25,6
Moderada disfunção	19	15,2	25	20,0	44	35,2
Altamente funcional	33	26,4	16	12,8	49	39,2
TOTAL	65	51,6	61	48,4	126	100

IV – Caracterização da Satisfação com a vida dos Idosos

A Satisfação com a vida (variável dependente neste estudo) foi avaliada através da aplicação da Escala de Satisfação com a Vida elaborada por Diener e Emmons.

As estatísticas relativas à satisfação com a vida revelam que os idosos (amostra total) apresentam um valor mínimo de 12, (correspondente a uma baixa satisfação) e um máximo de 52 que diz respeito a uma alta satisfação, ao que corresponde uma média de 34,96 com um desvio padrão (Dp) de 8,51.

Para o grupo Inst o valor médio obtido é de 34,35 enquanto para o grupo Dom o valor médio é superior 35,52 com desvios padrões de 7,91 e 9,05 respectivamente, sendo que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Analisando os coeficientes de variação (CV), para a amostra total e grupos verificamos que apresentam valores que apontam para a existência de uma dispersão moderada em torno do valor médio.

Em todos os grupos as medidas de achatamento ou curtose revelam curvas mesocúrticas e as medidas de assimetria ou enviesamento revelam curvas assimétricas negativas com enviesamento à direita.

Para a confirmação inerente à não normalidade, dos diferentes grupos e da amostra total, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kolmogorov Smirnov.

Tabela 9 – Estatísticas Relativas à Satisfação com a Vida dos Idosos

Grupos	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)	Sk	K
Domicílio	12	52	35,52	9,05	25,47	-3,72	1,50
Instituição	12	48	34,35	7,91	23,02	-2,03	0,57
Total	12	52	34,96	8,51	24,34	-4,07	1,31

Considerando os valores da escala distribuídos por grupos de coorte como referido em metodologia adoptou-se a seguinte classificação:

- Baixa Satisfação - $\leq 32,84$ pontos
- Moderadamente Satisfeito -entre 32,85 a 37,08 pontos
- Alta satisfação - $\geq 37,09$ pontos

Deste modo e analisando os resultados da tabela 10, constatamos que, 41,6% dos idosos apresenta uma elevada satisfação com a vida, 32,0% apresenta baixa satisfação e 26,4% refere uma satisfação moderada.

A distribuição da satisfação com a vida em função dos grupos revela que esta é superior nos elementos do grupo Dom quando comparada com os do grupo Inst.

Tabela 10 – Resultados da Escala de Satisfação com a Vida dos Participantes

SATSIFAÇÃO COM A VIDA \ GRUPOS	DOMICILIO		INSTITUIÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Baixa satisfação	16	12,8	25	19,2	41	32,0
Moderada satisfação	18	14,4	15	12,0	33	26,4
Elevada satisfação	31	24,8	21	16,8	52	41,6
TOTAL	65	51,6	61	48,4	126	100

V – Avaliação das depressões nos idosos

As situações de depressão nos idosos em estudo, foram avaliadas através da Escala de Depressão Geriátrica aferida para a população portuguesa por Teixeira Veríssimo. O resultado final da escala obtém-se pelo somatório das pontuações atribuídas às questões, podendo esta variar entre zero (0) e trinta (30) pontos. A classificação da escala é feita do seguinte modo:

- Situação Normal - 0 a 10 pontos
- Depressão ligeira - 11 a 22
- Depressão acentuada - ≥ 23

Através da análise dos resultados apresentados na tabela 11 relativos à presença de estado depressivo nos idosos, (amostra global) verificamos que estes apresentam um valor mínimo de 1 e um máximo de 29, ao que corresponde uma média de 10,26 com um desvio padrão (Dp) de 7,91.

Para o grupo Dom a média é de 9,28, enquanto para o grupo Inst, a média é de 11,31 com desvios padrões de 7,30 e 8,45 respectivamente.

Analisando os coeficientes de variação (CV), para os três grupos, verificamos que apresentam valores elevados (78,66%; 74,71%; 77,09%) apontando para a existência de uma dispersão elevada em torno do valor médio.

As medidas de achatamento ou curtose (Kurtosis) para o grupo Dom revelam curvas leptocúrticas e as medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/_{erro}) revelam, curva assimétrica positiva com enviesamento à esquerda. Já para o Grupo Inst e total da amostra as curtoses são mesocúrticas e as medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) são simétrica e assimétrica positiva com enviesamento à esquerda respectivamente.

Tabela 11 – Estatísticas Relativas ao Estado Depressivo dos Idosos

Grupos	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)	Sk	K
Domicilio	1	29	9,28	7,30	78,66	3,09	3,38
Instituição	1	29	11,31	8,45	74,71	1,24	-1,81
Total	1	29	10,26	7,91	77,09	2,96	-1,63

A tabela 12 mostra os três níveis classificativos do estado depressivo dos inquiridos: assim podemos constatar que 57,9% dos idosos apresenta uma situação normal, 29,4% apresenta depressão ligeira e apenas (12,7%) tem depressão acentuada.

Relativamente ao grupo Dom, verificamos que o maior grupo percentual (34,9%) apresenta uma situação normal, 11,9% depressão ligeira e só 4,8% depressão acentuada. Já no grupo Inst, verificamos que apesar de seguir a mesma ordem de distribuição apresenta níveis de depressão superiores sobretudo na ligeira (17,5%) e acentuada (7,9%).

Tabela 12 – Dados Sobre os Estados Depressivos dos Idosos

NIVEIS DE DEPRESSÃO \ GRUPOS	DOMICILIO		INSTITUIÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<i>Situação Normal</i>	44	34,9	29	23,0	73	57,9
<i>Depressão Ligeira</i>	15	11,9	22	17,5	37	29,4
<i>Depressão Acentuada</i>	6	4,8	10	7,9	16	12,7
TOTAL	65	51,6	61	48,4	126	100

8.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Terminada a análise descritiva dos dados, passaremos a apresentar a análise inferencial uma vez que um dos principais objetivos da inferência estatística é a verificação de hipóteses e a generalização das suas relações.

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, pois corroboramos com Pestana e Gageiro (2005) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos.

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: estado civil, escolaridade e situação económica.

H1 – Existe associação entre género e a satisfação com a vida dos participantes

Para se perceber a influência do género na percepção sobre a satisfação com a vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 13, verificamos que não

existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,907$) entre as duas variáveis em estudo.

Não obstante, verificamos pela ordenação das médias que são os elementos do sexo feminino, aqueles que apresentam melhor média, (63,30) o que significa que são também os que percebem níveis de satisfação mais elevados com a vida.

Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que o sexo não influencia a satisfação com a vida destes idosos.

Tabela 13- Teste U de Mann-Whitney entre o Género e a Satisfação com a Vida.

Género	O.M.	U	P
Masculino	62,52	1825,000	0,907
Feminino	63,30		

H2 – Existe associação entre idade e a satisfação com a vida dos participantes.

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que nos indica que são os participantes com idades entre os 80 e os 92 anos os que apresentam médias mais elevadas ($M= 66,17$) na percepção da satisfação. Seguem-se os que tem idades compreendidas entre os 59 e 70 anos com 63,34 e por fim os que apresentam menor satisfação ($M=58,76$) são os que integram o escalão entre 71-79 anos, porém as diferenças estatísticas não são significativas entre os grupos ($X^2=0,859$; $p=0.651$).

Face aos resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que a idade dos idosos não influencia a sua satisfação com a vida.

Tabela 14 – Teste Kruskal-Wallis entre Grupos Etários e a Satisfação com a Vida

Grupos etários	O.M	χ^2	P
59-70	63,34	0,859	0,651
71-79	58,76		
80-92	66,17		

H3 – Existe associação entre estado civil e a satisfação com a vida dos participantes.

Para testar esta hipótese procedemos a recodificação desta variável em acompanhados (casados) e não acompanhados (solteiros viúvos e divorciados) Seguidamente foi aplicado o Teste U de Mann-Whitney que nos indica que são os participantes acompanhados os que apresentam médias mais elevadas (M=66,15) de satisfação com a vida, quando comparados com os não acompanhados, porém as diferenças estatísticas não são significativas entre os grupos (p= 0,671)

Face aos resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que a satisfação com a vida destes Idosos é independente do seu estado civil.

Tabela 15- Teste U de Mann-Whitney entre o Estado Civil e a Satisfação com a Vida

Estado civil	O.M.	U	P
Não acompanhado	62,40	987,000	0,671
Acompanhado	66,15		

H4 – Existe associação entre escolaridade e a satisfação com a vida dos participantes.

A análise da associação entre a escolaridade e a percepção dos idosos sobre a satisfação com a vida, foi efectuada através do teste de Kruskal-Wallis. Também neste caso recodificámos esta variável agrupando os três últimos itens. Ao observar a tabela 16, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,103$) entre as duas variáveis em estudo, apesar do grupo dos Idosos com ensino secundário e outros (curso médio e curso superior) apresentar ordenações médias mais elevadas ($M= 78,60$) que os que possuem habilitações inferiores.

Mais uma vez somos levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que a percepção dos Idosos sobre a satisfação com a vida é independente das suas habilitações literárias.

Tabela16- Teste Kruskal-Wallis entre Escolaridade e a Satisfação com a Vida.

Escolaridade	O.M.	U	P
Analfabetos	60,70		
Sabe ler e escrever	58,02		
Ensino primário	58,83	6,191	0,103
Ensino secundário e outros	78,60		

H5 – A satisfação com a vida dos participantes depende da situação económica.

Para entendermos a influência do rendimento mensal na percepção dos idosos sobre a satisfação com a vida, utilizou-se mais uma vez o Teste *Teste Kruskal0-Wallis*. A tabela 17 revela pelo valor de ($p=0,071$) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis remetendo-nos para a rejeição da hipótese formulada.

No entanto constatamos pelos valores das ordenações médias, que a mais elevada ($M= 77,06$) corresponde aos Idosos que auferem de um rendimento mensal igual ou superior a 500 euros, levando-nos a pensar que são estes que apresentam maior satisfação com a vida.

Inferimos assim que a situação económica dos inquiridos não interfere na sua satisfação com a vida.

Tabela 17-Relação entre Rendimento Mensal e a Satisfação com a Vida

Rendimento Mensal	O.M.	χ^2	p
Até 250 €	55,54		
De 250-500 €	62,14	5,284	0,071
500 € e Mais	77,06		

H6 – A satisfação dos idosos com o valor da reforma interfere na sua satisfação com a vida.

Para testar a hipótese seis recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney. (c.f. tabela 18) que nos indica (pelos valores da média) que são os participantes que estão satisfeitos com os valores das reformas, os que apresentam médias mais elevadas (M= 64,18) de satisfação com a vida, porém as diferenças estatísticas não são estatisticamente significativas entre os respondentes ($p = 0,406$).

Face aos resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que a satisfação dos Idosos com os valores da reforma não, interferem na sua satisfação com a vida.

Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney entre a Satisfação com a Reforma e a Satisfação com a Vida

Satisfação com reforma	O.M.	U	P
Sim	64,18	1408,000	0,406
Não	58,23	-	-

H7 – Existe associação entre local de residência e a satisfação com a vida dos Idosos

Para testar esta hipótese recorreremos mais uma vez ao Teste U de Mann-Whitney. (c.f. tabela 19). Os valores ordenados das médias demonstram que são os idosos que residem no seu domicílio ou de familiares os que apresentam médias mais elevadas (M= 65,06) de satisfação com a vida, porém as diferenças estatísticas não são estatisticamente significativas ($p = 0,191$).

Face aos resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que nesta amostra o local de residência é independente da satisfação com a vida dos Idosos.

Tabela 19- Teste U de Mann-Whitney entre o Local de Residência e a Satisfação com a Vida.

Local de residência	O.M.	U	P
Domicilio	67,06	1686,000	0,191
Instituição	58,60		

H8 – A prática religiosa influencia a satisfação com a vida dos participantes

Alguns estudos têm mostrado que a religiosidade é um factor preponderante na satisfação com a vida das pessoas e até na forma como vivem o sofrimento: assim para perceber a influência das práticas religiosas na percepção dos Idosos sobre a satisfação com a vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 20, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,040$) entre as duas variáveis em estudo.

Verificamos pela ordenação das médias que são os Idosos que praticam aqueles que apresentam melhor média, (66,18) o que significa que são também os que percebem níveis de satisfação mais elevados com a vida.

Somos assim levados a aceitar a hipótese formulada afirmando que as práticas religiosas (que no caso destes idosos é a religião católica) influenciam a sua satisfação com a vida.

Tabela 20- Teste U de Mann-Whitney entre a Prática Religiosa e a Satisfação com a Vida.

Religião	O.M.	U	P
Sim	66,18	923,500	0,040
Não	50,30		

H9 – Existe associação entre a prática de exercício físico e a satisfação com a vida dos participantes.

Para testar esta hipótese recorreremos mais uma vez ao Teste U de Mann-Whitney. (c.f. tabela 21). Os valores ordenados das médias demonstram que são os idosos que praticam exercício físico os que apresentam médias mais elevadas ($M= 79,80$) de satisfação com a vida, sendo as diferenças estatísticas bastante significativas ($p = 0,006$).

Face aos resultados somos levados a aceitar a hipótese formulada, afirmando que nesta amostra a prática de exercício físico está associada ao aumento da satisfação com a vida dos Idosos.

Tabela 21- Teste U de Mann-Whitney entre a Prática Exercício Físico e a Satisfação com a Vida.

Prática Exercício Físico	O.M.	U	P
Sim	79,80	869,500	0,006
Não	58,37		

H10 – Existe associação entre a funcionalidade familiar e a satisfação com a vida dos Idosos

A funcionalidade familiar tem sido confirmada em vários estudos como uma variável fundamental no desenvolvimento da vida vivida com satisfação: com base neste pressuposto quisemos conhecer a influência que as diferentes percepções exerciam na satisfação sentida.

Para o efeito, utilizou-se mais uma vez o Teste *Teste Kruskal-Wallis*. (c.f. tabela 22) que mostra a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p = 0,000$) entre estas variáveis.

Os valores ordenados das médias demonstram que são os idosos que percebem famílias altamente funcionais, os que apresentam médias mais elevadas ($M= 81,31$) de satisfação com a vida, seguindo-se os que tem famílias com moderada disfunção, ($M= 55,12$) e por último aqueles que têm famílias com disfunções acentuadas ($M= 43,63$).

Face aos resultados somos levados a aceitar a hipótese formulada, afirmando que a Funcionalidade familiar percebida pelos Idosos influencia a sua satisfação com a vida.

Tabela 22- Teste de Kruskal-Wallis entre a Funcionalidade Familiar e a Satisfação com a Vida.

Funcionalidade familiar	O.M.	χ^2	p
Disfunção Acentuada	43,63		
Moderada Disfunção	55,12	24,156	0,000
Altamente Funcional	81,31		

H11 – Existe associação entre níveis de depressão no Idoso e a sua satisfação com a vida.

Por fim, para testarmos a última hipótese, utilizou-se mais uma vez o Teste *Kruskal-Wallis*. A tabela 23 revela pelo valor de ($p=0,000$) que existem diferenças estatísticas altamente significativas entre estas variáveis.

Os valores ordenados das médias demonstram que são os idosos sem depressão os que apresentam médias mais elevadas ($M= 73,51$) de satisfação com a vida, seguindo-se os que tem depressão ligeira, ($M= 63,19$) e por último aqueles que tem estados depressivos acentuados ($M= 15,28$).

Face aos resultados somos levados a aceitar a hipótese formulada, afirmando que os estados depressivos apresentados pelos Idosos interferem na sua satisfação com a vida.

Tabela 23- Teste de Kruskal-Wallis entre os Níveis de Depressão e a Satisfação com a Vida.

Estados de Depressão	O.M.	χ^2	p
Normal	73,51		
Ligeiro	63,19	33,953	0,000
Acentuado	15,28		

9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é uma fase pertinente dum estudo científico permitindo-nos reflectir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica.

A estratégia metodológica desenhada para este estudo teve em conta o tipo de estudo realizado e os objectivos traçados. Tais objectivos levaram-nos a definir uma amostra razoavelmente ampla que conseguisse traduzir resultados fiáveis e a eleger como instrumentos de medição questionários de auto-resposta, que como refere Sampieri et al. (2003), são os instrumentos mais adequados para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de sujeitos.

Por outro lado, há ainda a considerar as limitações que encontramos quando trabalhamos com o público em geral e neste particular com os idosos, já que os resultados, dependem da honestidade e sinceridade do questionado, isto é, as suas respostas são habitualmente dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto às que na realidade acontecem.

A finalidade desta pesquisa é estudar o nível de satisfação com a vida dos idosos, e em que medida a sua relação com as variáveis sociodemográficas, de contexto situacional, de contexto familiar e psicossociais influenciam o seu nível de satisfação com a vida.

Como referimos, o estudo empírico realizado, enquadra-se numa análise quantitativa, possuindo as características dos estudos descritivos correlacionais, tendo como objectivos para este estudo: identificar as características sociodemográficas; descrever factores situacionais dos idosos; caracterizar a funcionalidade familiar dos idosos; avaliar o seu nível de satisfação com a vida; caracterizar o estado depressivo dos idosos; analisar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, situação económica), das variáveis de contexto situacional (local de residência, prática religiosa e prática de exercício físico), das variáveis de contexto familiar (funcionalidade familiar) e das variáveis psicossociais (satisfação com a vida e depressão) na satisfação com a vida dos idosos.

Assim, com base nos resultados obtidos procura-se abordar neste capítulo os principais pontos de discussão que este estudo suscita.

A amostra deste estudo é constituída como foi referido anteriormente, por 126 idosos dos quais 65 residem no domicílio e 61 são residentes em lares e a idade média dos participantes é de 75,29 anos uma vez que esta oscila entre o valor mínimo de 59 e máximo de 92 anos.

Os dados sóciodemográficos caracterizadores da amostra, mostram desigualdade na repartição por sexos, já que 61,9% dos idosos são do sexo feminino e apenas 38,0% do sexo masculino. Estes resultados comprovam os dados encontrados no último Recenseamento da População Portuguesa em 2011, onde as mulheres predominavam comparativamente aos homens, facto que em nosso entender se relaciona com a maior esperança de vida feminina, com os efeitos de sobremortalidade masculina e os efeitos dos fluxos migratórios (INE, 2011c).

Quanto ao estado civil, verificamos que a viuvez é o estado que integra um maior número de idosos (49,2%) nesta amostra, o que está de acordo com os dados dos censos 2011. Verifica-se ainda que ao longo dos anos o divórcio na população portuguesa tem alcançado uma maior evidência reflectindo-se também nos nossos participantes, uma vez que uma pequena percentagem (11,1%) integrava este estado.

Os níveis de instrução dos nossos participantes corroboram os dados de Machado, (2003) quando refere que a sociedade portuguesa ainda apresenta elevados níveis de analfabetismo, pois 18,3% dos idosos são analfabetos e a grande maioria (35,7%) dos sujeitos apenas sabe ler e escrever. Verificamos ainda que na nossa amostra o grupo Institucionalizado apresenta níveis mais baixos de escolaridade que o grupo Dom .

A situação económica da maioria (50,8%) dos idosos inquiridos reflecte a ideia que estes se encontram em grande número no limiar da pobreza, porque dispõem mensalmente de rendimentos compreendidos entre os 250€ e os 500 €, o que indica não terem disponibilidade económica para satisfazerem as suas necessidades básicas e viver condignamente. Estas são agravadas em muitos casos devido aos gastos adicionais relativos à saúde. Segundo Martins (2008) uma das explicações para os valores das pensões serem tão baixas deve-se por um lado os salários de referência serem baixos e, por outro, ao curto período das carreiras contributivas.

As pensões constituem o elemento mais importante dos rendimentos dos idosos, por isso cerca de 85,7% dos inquiridos tem uma pensão de reforma que deriva do limite de idade, ou seja, do regime contributivo. Há ainda grupos significativos dos rendimentos

derivados de pensões de invalidez (10,3%), nas pensões sociais (2,4%) e também na pensão do cônjuge (1,6%). Não há dúvida que as respostas sociais organizadas são já diversificadas, porém, a população idosa tem crescido bastante ao longo dos últimos anos, o que leva a crer que estas respostas sociais poderão não conseguir acompanhar e satisfazer os idosos (Martins, 2006).

A insatisfação com os valores da reforma foi o sentimento expresso por 71,2% dos idosos inquiridos, o que era previsível tendo em conta os baixos rendimentos auferidos.

No que diz respeito as crenças e práticas religiosas, a maioria dos inquiridos (80,2%) assume ser praticante, sendo que os que dizem não praticar são maioritariamente institucionalizados. A religião com que a amostra mais se identificou foi como era previsível na cultura portuguesa, a católica.

Em termos de residência verificamos que a amostra é maioritariamente proveniente do meio rural tanto no grupo Dom como no grupo Inst. Verificámos também que o apoio dado aos idosos pelos filhos, depende mais da proximidade entre residências do que do seu número. Assim verificamos que 69,4% dos questionados tem filhos que residem na mesma localidade, 63,3% têm filhos a viver no mesmo país e 78,9% dos idosos tem filhos a residir no estrangeiro. A análise por grupo mostra ainda, que os idosos que residem no domicílio têm maior proximidade da residência dos filhos que os que estão institucionalizados.

A maioria (52,8%) dos nossos inquiridos do grupo Dom vive com o cônjuge (apenas 4 idosos referem este item no grupo Inst), seguindo-se os que moram sozinhos (50,8%) e em terceiro lugar os que moram com os filhos (37,5%). Os 48,4% que referem viver com outras pessoas, integram os idosos institucionalizados.

A análise da variável “*visitas*” demonstra não existir grande diferença entre grupos (Dom e Inst), uma vez que 88,3% dos inquiridos diz que é visitado maioritariamente por amigos e vizinhos, seguindo-se os filhos (74,6%) e por fim (27,8%) os irmãos/parentes próximos. Quanto ao contacto com crianças, 41,5% da nossa amostra acha que é muito importante o contacto com estas, mas apenas 25,4% contactam diariamente com elas, e dos 74,6% que não têm contacto com crianças, 46% corresponde ao grupo dos Inst como era de esperar.

A percepção que os idosos têm relativamente a quem os ajudaria em caso de necessidade financeira ou em doença, parece ser muito positiva uma vez que 81,5% acha que em caso de doença teria quem o ajudasse e apenas 19,0% percebe a o contrário. Já quanto à ajuda financeira as percepções diminuem pois apenas 77,8% revela sentir quem os ajudasse contra 22,2% que responde claramente que não teria. Estas respostas não nos surpreendem se tivermos em conta a conjuntura social de crise em que vivemos, em que muitos progenitores continuam a ser o principal suporte social dos filhos e netos, sobretudo quando estes se encontram em situação de desemprego.

Um dos indicadores da vida social, da população idosa, que tem sido objecto de análise em estudos diversos, são as práticas de actividades de lazer. Na opinião de Martins (2010) tanto os homens como as mulheres costumam praticar actividades que exigem pouco esforço físico, como por exemplo, ler ou ver televisão; este facto está bem patente no nosso estudo pois em relação à prática de exercício físico 78,6 % dos idosos responde que não pratica nenhum tipo de exercício físico, e dos que praticam (21,4%), 9,5% faz ginástica e com igual valor percentual (5,6%) estão os que fazem caminhada e hidroginástica. Estas práticas recaem sobretudo nos idosos residentes no domicílio.

A aplicação da escala de Apgar familiar indicou-nos que o grupo Dom percebe níveis de funcionalidade familiar superiores aos do grupo Inst, apesar das diferenças estatísticas não se mostrarem significativa ($p > 0,05$). Quando confrontados os resultados com os três níveis funcionais do Apgar familiar constatamos que as famílias pertencentes ao grupo Dom são altamente funcionais, seguindo-se as moderadamente funcionais e por fim as de disfunção acentuada. Já no grupo Inst verificamos que a maior percentagem (20,0%) se refere as famílias com moderada disfunção, seguindo-se as de disfunção acentuada e com menos peso (apenas 12,8%) as famílias altamente funcionais. São múltiplos os estudos que mostram que a institucionalização dos idosos está muitas vezes ligada a alguma disfuncionalidade familiar; contudo ficamos a dúvida se no caso dos nossos idosos, esta se deve a disfuncionalidade familiar ou se pelo contrário esta disfuncionalidade percebida se deve a institucionalização.

De facto existe uma função protectora da família, a qual é requerida sempre que necessário, podendo ir desde o nascimento dos filhos ao cuidar dos mais velhos

sobretudo quando menos aptos (Martins, 2004) que é o caso da maioria dos nossos idosos.

Contudo como refere Andrade e Martins (2011), o modo como os elementos da família interagem entre si e com os outros é que determina e prediz a funcionalidade ou a disfuncionalidade familiar. As famílias disfuncionais, no entendimento de Martini, Sousa, Gonçalves, e Lopes (2007), não executam as suas funções de acordo com a etapa do ciclo vital em que se encontram e qualquer alteração no papel de algum dos membros pode levar à desestruturação do próprio sistema familiar. Similarmente Santos e Pavarini (2011), dizem que nas famílias disfuncionais os elementos enfatizam os seus interesses particulares em detrimento do grupo e não assumem os seus papéis dentro do sistema familiar.

Com o aumento geral da sobrevivência da população, destaca-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal. A satisfação com a vida é um desejo em qualquer sociedade e em qualquer momento do ciclo de vida, incluindo a velhice, sendo influenciado por diversas variáveis de cariz pessoal, social e psicológica (Neri 2001).

Nesta perspectiva aplicamos aos nossos participantes, uma escala de satisfação com a vida que mostrou que 41,6% dos questionados se encontram muito satisfeitos com a vida, seguidos de 32,0% pouco satisfeitos e 26,4% moderadamente satisfeitos. Na verdade, a maioria dos participantes mostrou-se satisfeito com a vida, contudo não podemos esquecer que 32,0% não o estão. A análise por grupo demonstrou que a satisfação no grupo Dom é superior á do grupo Inst. Estes dados reforçam o paradigma de que a satisfação depende de múltiplos factores e que as questões do envelhecimento são na realidade de carácter bastante individualizado. A satisfação com a vida assume-se assim, como uma avaliação subjectiva global que o sujeito efectua sobre a sua vida, em que compara circunstâncias da sua vida real com aquelas incluídas num modelo de vida padrão que ele próprio criou ou imaginou e que considera a mais apropriada para si. (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

Quisemos ainda conhecer o estado depressivo dos nossos participantes: os dados permitem-nos perceber que na amostra total, 57,9% dos idosos apresentavam uma situação normal, 29,4% apresentavam uma depressão do tipo ligeiro e apenas 12,7% exibiam sinais de depressão acentuada. A análise por grupo revela alguma uniformidade

entre os Dom e Inst, contudo os níveis de depressão no que respeita à depressão ligeira e acentuada são superiores no grupo Institucionalizado (11,9% e 4,8%) respectivamente.

São dados que corroboram Martins (2008) quando afirma que o envelhecimento acarreta aos indivíduos que vivenciam esta etapa do ciclo de vida, várias perdas sucessivas. No decurso destas alterações, os estados depressivos vão sendo frequentes e muitas vezes relacionados com sentimentos de início da última fase da sua vida, com conseqüente diminuição do suporte familiar, (agravado na institucionalização) com perdas do status ocupacional e económico, com declínio físico permanente, com maior frequência de doenças físicas e incapacidade crescente.

Mónica Frank e Nezilour Rodrigues (2006) dizem, que em idosos na comunidade, a depressão pode atingir valores que variam entre 4,8 e 14,6% e quando se trata de idosos institucionalizados, estes números chegam a ultrapassar os 22%.

Sabendo nós, que a satisfação com a vida é um construto multidimensional, quisemos identificar os factores que contribuem, em maior ou menor grau, para uma maior satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados

Os resultados mostraram associações distintas entre as diferentes variáveis que passamos a analisar.

Assim o género ($p=0,907$), a idade ($p=0,651$), o estado civil ($p=0,671$), a escolaridade ($p=0,103$), a situação económica ($p=0,071$), o valor da reforma ($p=0,406$) e o local de residência ($p= 0,191$) não apresentaram associações com relevância estatística significativa com a satisfação com a vida dos idosos, levando-nos a rejeitar as hipóteses formuladas.

Contrariamente aos nossos resultados, Martins (2004) concluiu que o facto, dos idosos terem menos idade, serem sujeitos divorciados e/ou casados, serem do sexo feminino, possuírem níveis médios/superiores de instrução, e melhores condições económicas eram factores que influenciavam positivamente a qualidade de vida dos idosos e conseqüentemente contribuía para a existência de indivíduos satisfeitos com a vida.

No que diz respeito à relação de práticas religiosas com a satisfação com a vida, verificamos que existem diferenças estatísticas significativas ($p=0,04$), o que nos leva a aceitar a hipótese formulada, pois os idosos que praticam são aqueles que

apresentam melhor média (66,18) significando assim que são também os que apresentam níveis de satisfação mais elevados com a vida. Fica assim corroborado pelo nosso estudo a opinião de Thorensen (1999, *in* Ribeiro & Pombeiro, 2004) que diz que numa investigação que efectuou, relacionando a saúde com a espiritualidade, verificou que quanto maiores os níveis de espiritualidade, maiores os níveis de bem-estar global e de satisfação com a vida. Similarmente Morley e Journalistic (2006), nos estudos realizados acerca da religiosidade e da satisfação com a vida em idosos chegam à mesma conclusão: os indivíduos que vão à igreja e mais praticantes experienciam uma maior satisfação com a vida e estão melhor ajustados do que aqueles que o não fazem.

Outra das hipóteses que apresenta, uma correlação positiva e significativa nesta amostra, é a da prática de exercício físico na satisfação com a vida dos participantes, uma vez que os idosos que praticam exercício físico, são aqueles que apresentam médias mais elevadas ($M= 79,80$) de satisfação com a vida. São dados que robustecem os de Martins (2010), quando demonstra que o desenvolvimento intenso das actividades de lazer por parte dos idosos se tem correlacionado positivamente com a satisfação com vida. Segundo Martins (2010) a prática e o desenvolvimento de actividade física e de lazer tem-se revelado na vida do ser humano como um factor de grande importância, contribuindo por um lado, para um melhor estado de espírito dos indivíduos e, por outro lado, como um factor que pode amenizar os efeitos inerentes ao processo de envelhecimento.

Também Fontaine (2000) defende que a velhice bem-sucedida está associada à reunião de três categorias de condições. A primeira é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia e imobilidade. A segunda consiste na conservação de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, o que por vezes se denomina de velhice óptima. A terceira é a conservação de empenhamento social e de bem-estar-subjetivo no desempenho de várias actividades.

A funcionalidade familiar tem sido confirmada em vários estudos como uma variável fundamental no desenvolvimento da vida com satisfação, e no nosso estudo também ficou bem patente, que são os idosos que percebem famílias altamente funcionais aqueles que apresentam médias mais elevadas ($M=81,31$) de satisfação com a vida, seguindo-se os que apresentam famílias com moderada disfunção ($M=55,12$) e por último aqueles que têm famílias com disfunções acentuadas ($M=43,63$). Face a estes

resultados somos levados a aceitar a hipótese formulada e a comprovar o que Campos (2004), cita relativamente à percepção da pessoa que recebe apoio da família. O autor diz que o suporte familiar quando sendo considerado disponível e satisfatório, evidencia-se como um agente decisivo no suporte, dado que o facto de sentir amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido, cuidado e compartilhando de uma rede de recursos e informações, torna o indivíduo mais resistente para lidar com as adversidades do ambiente, o que acarreta consequências positivas para o seu bem-estar, reduzindo o stress, aumentando a auto-estima e bem-estar psicológico e a conseqüente satisfação com a vida.

Por último, encontrámos uma associação negativa e altamente significativa ($p=0,000$) entre os níveis de depressão apresentados pelos idosos e a sua satisfação com a vida, ou seja os idosos menos deprimidos são os que se apresentam mais satisfeitos com a vida. Joia (2007) chegou a conclusões semelhantes num estudo que mostrou que os sintomas de ansiedade foram associados à menor satisfação com a vida e ao pior padrão de qualidade de vida. Igualmente Martins (2008) inferiu que existe uma forte correlação entre qualidade de vida e a intensidade de sintomas depressivos, uma vez que quando estes aumentavam diminuía a QDV.

Na verdade os dados encontrados enfatizam a grande preocupação e alerta lançada pela OMS, no início deste século, quando se refere às consequências nefastas da depressão e ansiedade, particularmente nas populações mais frágeis como os idosos, pois sabemos que quando a depressão atinge um estágio mais profundo, em que o idoso começa a analisar o passado como sendo horrível, o presente como deprimente, somando o medo do que pode vir a acontecer, (insatisfação com a vida percebida) surgem em muitos casos impulsos mais graves como os suicidas (Teixeira 2006 cit. McKenzie, 2001).

10. CONCLUSÃO

O envelhecimento da população é um processo demográfico, em curso na sociedade portuguesa, que está a adquirir progressiva visibilidade. Em grande medida pela força dos números da demografia: por exemplo, nunca, em Portugal, existiram tantas pessoas com 65 e mais anos, ou com 80 e mais anos, como na actualidade; nunca existiram tão poucos nascimentos e jovens como agora; nunca a população em idade activa apresentou sinais tão visíveis de envelhecimento. A demografia portuguesa está assim a bater recordes populacionais históricos, quer no que diz respeito ao seu perfil etário, quer quando se pensa nos comportamentos demográficos que estão na base dessas alterações de perfil, como a mortalidade ou a fecundidade.

Mas, apesar de o envelhecimento populacional poder, à partida, ser entendido como uma história de sucesso, o facto é que, nas sociedades em que ele se manifesta com maior intensidade (nomeadamente a nossa), as apreensões sobre este processo são enormes.

O envelhecimento demográfico é, por muitos entendido como uma verdadeira ameaça ao futuro da sociedade uma vez que com ele, podem estar em causa, por exemplo, a “nossa” sobrevivência cultural, devido à imigração, a perpetuação futura da população, devido ao reduzido número de nascimentos, a produtividade económica, porque os mais velhos são menos produtivos, ou o pacto geracional de financiamento das pensões de reforma.

Mas nos últimos anos, temos assistido a projectos destinados a idosos, a leis de protecção para estes, a oportunidades e melhorias a nível de equipamentos, e a respostas sociais e melhor qualidade de vida para eles. Contudo, ao realizarmos esta investigação, pudemos aperceber-nos que por vezes os idosos não são escutados como gostavam, nem atendidos de forma adequada à sua realidade.

Enriquecer a última etapa da vida, introduzindo nela um sentimento de bem-estar e de sentido para a vida dos idosos, é um grande desafio para a sociedade perante o envelhecimento populacional que se está a desenvolver. Segundo Martins (2004), a procura de sentido para a vida é uma variável conitivo-afectivo-emocional muito importante para a qualidade de vida e conseqüente satisfação coma vida, mas o aumento da idade pode originar também um aumento do grau de dependência nos idosos e, como conseqüência, o isolamento dos idosos, isto pode originar a solidão, o

medo de estar só, o medo de cair e a perda de autonomia física. O idoso permanece muitas vezes até ao limite em sua casa e quando chega ao lar já se encontra numa situação de dependência, pois ainda não conheci ninguém que diga “*eu quero ir para o lar*”, por vontade própria.

Em termos de políticas sociais, o objectivo tem como base retardar a institucionalização dos idosos, pois eles deverão permanecer no seu ambiente próprio, refugiados nos laços familiares o maior tempo possível.

Assim, tendo em conta os objectivos inicialmente definidos nesta investigação e considerando-os eixos orientadores desta pesquisa foram tiradas as seguintes conclusões:

- ✓ A população estudada é maioritariamente feminina, com idades compreendidas entre os 59 e os 92 anos, com uma média de 75,29 anos, com estado civil de viúvos e solteiros. São ainda pessoas, com poucas habilitações literárias, encontrando-se maioritariamente reformados por limite de idade, possuindo recursos económicos baixos que colocam alguns deles no limiar da pobreza (situados entre os 250€ e 500 € por mês), e por isso a maioria mostra-se insatisfeito com os valores da reforma.
- ✓ O contexto social que os caracteriza mostra que são maioritariamente praticantes da religião católica, vivem em meio rural e acompanhados pelo cônjuge, ou em instituições, e apenas uma pequena percentagem mora com os filhos. O número de filhos que têm varia entre 1 e 9, (M=3) habitam sobretudo na mesma localidade e/ou estrangeiro e a proximidade é maior no grupo Dom. São visitados principalmente por amigos e vizinhos e embora valorizem o contacto com crianças, apenas uma pequena percentagem convive com elas diariamente.
- ✓ A percepção que têm relativamente às ajudas, do tipo financeiro e acompanhamento nas doenças é muito positiva, contudo é um sentimento com maior robustez no grupo Dom. Embora a prática de exercício físico constitua uma actividade muito recomendada nos últimos tempos, a maioria dos idosos da amostra revela não ser entre eles uma prática muito comum (tanto no grupo Dom como no Inst). As

atividades realizadas são essencialmente caminhadas e alguma ginástica.

- ✓ A maioria dos idosos avaliam as famílias como altamente funcionais, ou moderadamente funcionais, contudo é no grupo Dom que se registam níveis superiores de funcionalidade, quando comparado com o grupo Inst onde as disfuncionais prevalecem.
- ✓ A satisfação com a vida encontrada nestes idosos é bastante positiva uma vez que um grande número (41,6%) apresenta uma elevada satisfação com a vida, 32,0% apresenta baixa satisfação e 26,4% refere uma satisfação moderada. Não obstante, estes sentimentos são mais uma vez mais positivos nos elementos do grupo Dom do que nos do grupo Inst.
- ✓ A maioria dos idosos revela nunca ter tido depressão antes dos 65 anos e talvez por isso apresente estado depressivo considerado normal. Apenas (12,7%) revela depressão acentuada, estando ligada esta situação sobretudo ao grupo Inst.
- ✓ Este estudo mostrou ainda que as variáveis com maior influencia na satisfação com a vida dos idosos inquiridos, foram as práticas religiosa ligadas ao catolicismo, a prática regular desportiva, percepções mais positivas sobre a funcionalidade familiar e a ausência de quadros depressivos.
- ✓ Já o género, a idade, o estado civil, a escolaridade, a situação económica, o valor da reforma e o local de residência, mostraram-se independentes da satisfação com a vida destes idosos.

De acordo com os resultados obtidos, julgamos ter dado resposta às questões de investigação previamente formuladas e que serviram de sustentação para a realização deste estudo.

Concluída esta investigação, pensamos que os resultados do nosso estudo poderão ter implicações práticas na satisfação de vida dos idosos, e nesse sentido, apresentamos como sugestões:

- Integração dos idosos em programas de actividades físicas e lazer, que proporcionem aos idosos bem-estar físico e emocional.
- Vigilância da saúde dos idosos e estados depressivos atempados e adequados.
- Potencializar funcionalidade familiar e sobretudo solidariedade entre gerações.
- Criação de ambientes propícios e favoráveis à autonomia e independência das pessoas idosas, passando pelo reforço de actividade desportiva.
- Reflectir na posição do poder local e das suas competências em matéria da saúde que passarão necessariamente pela comunicação e cooperação entre os vários sectores da comunidade.
- Constituir-se grupos de pessoas para visitar e acompanhar os idosos com vista a atenuar a solidão e o isolamento.
- Repensar os ambientes institucionais criando mais autonomia individualidade e privacidade.
- Apoiar e incentivar pesquisas voltadas para as questões do envelhecimento e da satisfação com a vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados, é uma medida a adoptar.
- Interligar as investigações no âmbito da satisfação com a vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados, com outras realizadas em diversos domínios permitirá um contributo eficaz na “globalização” para os idosos.
- Divulgar resultados das pesquisas (junto dos actores, cuidadores e gestores) partilhando conhecimentos, reunindo poderes para construir “novos saberes e novos fazeres”.

As propostas que achamos pertinentes, têm como objectivo gerar acções que garantam e defendam o direito que as pessoas idosas têm em envelhecer com segurança, protegidos da discriminação e isolamento. Procuramos ainda contribuir

para o reconhecimento da importância do papel da pessoa idosa no seio da família e da comunidade.

Parece poder concluir-se que embora reconhecendo algumas limitações os objectivos do nosso estudo foram atingidos.

Finalmente é importante acentuar a necessidade de que futuras investigações analisem outras variáveis que, eventualmente, contribuam para a complexificação do modelo aqui apresentado para que seja possível intervir mais consistentemente na percepção da satisfação com a vida dos idosos.

Como consideração final ousamos dizer mais uma vez que o aumento do número de pessoas idosas é uma realidade e os estudos levados a cabo sobre este grupo são sempre pertinentes e actuais.

REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, M.A. e LEITÃO, M. (2008) – Um outro olhar sobre o mundo. Lisboa : Edições ASA.

AGOSTINHO, Paula (2004) – Perspectiva psicossomática do envelhecimento. Revista Portuguesa Psicossomática, vol.6, nº1, Janeiro/Junho

ALARCÃO, M. (2002) – (Des)Equilíbrios Familiares. (2ª ed). Coimbra: Quarteto.

ALBUQUERQUE, A.S. e TRÓCCOLI B.T. (2004) – Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. Psicologia e Teoria Pessoal, 20, 153-64.

ALMEIDA, L.S. e FREIRE, T. (2008) – Metodologia em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilíbrios.

ALVES, G.A.S. [et al.] (2008) – Evidências de validade entre a escala de depressão (EDEP) e o inventário de percepção de suporte familiar (IPSF). “Revista Psico USF”. Itatiba. ISSN 1413-8271. Vol.13, nº2 (Julho – Dezembro)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002) – DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª edição). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

ANDRADE, A. e MARTINS, R. (2011) – Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. In: Millenium, n.º 40. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, p.185-199. Disponível em WWW : <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf> [Consultado em 22 de Janeiro de 2013].

ANNAN, K. (2002) – Uma Sociedade para Todos. Conferência de Abertura da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid, Espanha, 8-12 de Abril 2002., pelo Secretário-Geral da ONU Kofi Annan. In: Organização das Nações Unidas – ONU. Disponível em WWW : <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/sg.htm>

AQUINO, R.R. (2007) – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e escala de vulnerabilidade ao estresse no trabalho (EVENT): evidência de validade. Itatiba: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psicologia apresentada à Universidade de São Francisco.

ARAÚJO, F., [et al.] (2008) – Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde (pp.217-220). Lisboa: ISPA.

ASSUNÇÃO, T. (s.d) – A família. In: Enciclopédia Luso-Brasileira. Editorial Verbo. Lisboa

AZEREDO, Z. ; MATOS, E. (1998) – Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar: Geriatria. 2:20 (1998) 28-30.

BALLESTEROS, J.A.C. (2002) – Transtornos Depressivos. Em L. A. Ortiz, M. M. Carrasco & J. C. Ballesteros, Psiquiatria Geriátrica (2ª Ed., Cap. 3.3, pp. 333-360). Barcelona: Masson.

BARRETO, J. (2005) – Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. Revista faculdade de letras: Sociologia, Porto, I Serie, vol. 15

BARRETO, J.M.M.T. (1984) – Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos. Universidade do Porto. Faculdade de Medicina (Dissertação do Doutoramento)

BARROS-OLIVEIRA, J. (2006) – Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. Psychologica, 42, 133-145.

BATISTA, N. (2007) – O Papel do Prestador de Cuidados Formal ao Idoso. Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto. Dissertação de Mestrado em gerontologia. Coimbra.

BATTISTI, I. et al. (2008) – Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. Revista Texto e Contexto. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol. 17, nº 2 (Abril-Junho), p.250-257

BERGER, L. e POIRIER, D. (1995) Pessoas Idosas – Uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta

BISHOP, A., MARTIN P. e POON, L. (2006) – Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. Aging & Mental Health, 10 (5), p: 445 - 453.

BOTELHO, M.A. (2007) – Idade Avançada – características biológicas e multimorbilidade. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23.

BOURDIEU, P. (1983) – Gostos de classe e estilos de vida. In: Ortiz, R. Colecção Grandes Cientistas Sociais. Nº 39, Ática, São Paulo.

BOYAR, S.L. , e MOSLEY, D.C. (2007) – The relationship between core self valuations and work and family satisfaction: the mediating role of work-family conflict and facilitation. Journal of Vocational Behavior, 71, 265-281.

BRETÂS, A. , SOUZA, R. (2007) – Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasil. Vol. 60, nº 3, p. 37-45;

CALDAS, C. (2003) – Envelhecimento e dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, 19:773-781.

CALDAS, C.P., (2006) – Introdução à Gerontologia, In: Veras, R.; Lourenço, R. (Ed.). Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar, Rio de Janeiro: UNATI UERJ

CAMPOS, E.P. (2004) – Suporte social e família. In: Filho, J.M. – Doença e família. São Paulo : Casa do Psicólogo. p. 141-161.

CARVALHO, J. (2002) – Metodologia do Trabalho Científico. Lisboa : Escola Editora

CARVALHO, V.F.C. e FERNANDEZ, M.E.D. (1999) – Depressão no Idoso. Em M. P. Netto, Gerontologia, A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada (3ª Ed., Cap. 16, pp. 160-173). São Paulo : Edição Atheneu.

COMMERTFORD, M.C., e REZNIKOFF, M. (1996) – Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home residents. The Journal of Psychology. 130, 35-50.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Disponível em WWW: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoorepublicaPortuguesa.aspx#art67>

CORREIA, J. M. (2005) – Introdução á Gerontologia. Lisboa : Universidade Aberta

COUTINHO, C.P. (2011) – Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática. Lisboa : Edições Almedina.

CUNHA, M.J.S. (2009) – Investigação Científica. Os passos da Investigação Científica no Âmbito das Ciências Sociais e Humanas. Vila Real: Ousadias.

DEL PORTO, José Alberto (2000) – Crises de pânico na prática médica. Psiquiatria na Prática Médica. São Paulo, v.33, n.4, p.121.

DIENER, E., OISHI, S. & LUCAS, R. (2003) – Personality, Culture, And Subjective Well-Being: Emotional And Cognitive Evaluations Of Life. Annual Reviews Psychology, 54, p.403–25.

DINIS, R.P.A.B. (2007) – A família do idoso internado: o parceiro esquecido?! In: Gomes, I. (coordenação) – Parceria e cuidado de Enfermagem – uma questão de cidadania. Coimbra : Formasau. Cap. III. ISBN 978-972-8485-86-3;

DIOGO M.J.D. (2003) – Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. Revista Panam Salud Publica. 13:395-9.

DIOGO, M.J.D.E. (2003) – Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. Revista Latino-Americana Enfermagem, 11: 59-65.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006) – Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Autor – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

EINSENSTEIN, E., LIDCHI, V. (2004) – Adolescentes e famílias no contexto médico. In: Filho, J.M. – Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo

ELIOPOULOS, C. (2005) – Enfermagem Gerontológica. Porto Alegre, Artmed Editora

FERNANDES, P. (2000) – A depressão no idoso. Lisboa : Quarteto Editora

FERREIRA, A.L. (2009) – A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).

FERRY, M. e ALIX, E. (2004) – A nutrição da pessoa idosa. Loures : Lusociência.

FIGUEIREDO, D. (2007) – Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa : Climepsi Editores.

FILHO, E. e NETTO, M. (2006) – Geriatria – Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo : Atheneu

FLECK, M.P.A., et al. (1999) – Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Revista de Saude Pública, vol.33 (2), 198-205.

FONSECA, A.M. (2005) – Envelhecimento bem-sucedido. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados (pp.285-311). Lisboa : Climepsi.

FONSECA, A.M., PAÚL, C., MARTIN, I. e AMADO, J. (2005) – Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados (pp. 97-108). Lisboa : Climepsi.

FONTAINE, R. (2000) – Psicologia do Envelhecimento. Lisboa : Climepsi Editores.

FORTIN, M. (2009) – Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures : Lusodidacta

FORTIN, M.F. (1999) – O Processo de investigação: da concepção à realização. Loures : Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

FRANK, M.H., e RODRIGUES, N.L. (2006) – Depressão, Ansiedade, outros Distúrbios Afetivos e Suicídio. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, Tratado de Geriatria e Gerontologia (2ª Ed., Cap. 35, pp. 376-387). Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, SA.

FREIRE, S.A. (2000) – Envelhecimento bem sucedido e bem-estar psicológico. Em: Néri, A.L. e Freire, S.A. (Orgs.), E por falar em boa velhice (pp. 21-31). Campinas : Editora Papirus.

GÉNESIS, 6,3 in Bíblia Sagrada. Lisboa : Edições Paulistas

GIACOMONI Giacomoni, C.H. (2004) – Bem-estar subjectivo: em busca da qualidade de vida. Temas em Psicologia da SBP, 12. Disponível em WWW: http://www.sbponline.org.br/revista2/index_arquivos/Page1401.htm consultado em: 28/3/2013

GOMES, M. M. F. *et al.* (2002) – Concepções de um grupo de enfermeiras sobre família. Revista Fam. Saúde Desev, 4 (1) Curitiba. Pp.60-67.

GOUVEIA, J.A.V.P. (1990) – Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão. Estudo da sua interacção com os acontecimentos de vida. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica). Coimbra.

GREGORIO, P. G., e CARRASCO, M. E. (2004) – Prefacio. En P. G. Gregorio & M. M. Carrasco (Coords.), Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y Ansiedad (pp. 11-12). Madrid: Sociedad Española de Geriatria e Gerontologia y Scientific Communication Management.

HANSON, M.J. e LYNCH, E.W. (2007) – Understanding Families. Approaches to Diversity, Disability, and Risk. Department of Special Education. San Francisco State University e Department of Special Education San Diego

HARRISON, P., GUEDES, J. e SHARPE, M. (2006) – Guia práctico de psiquiatria. Lisboa : CLIMEPSI.

HELMAN, G. (2003) – Cultura, saúde e doença. Porto Alegre : Artmed

HERNÁNDEZ, M. et al. (2000) – Enfermagem geriátrica. Barcelona : Masson.

HOFFMANN, M. E. (2002) – Bases biológicas do envelhecimento. Disponível em: www.comciencia.br consultado em: 15 de Novembro de 2012

HURSTEL, F. (1999) – As novas fronteiras da paternidade. São Paulo: Papyrus

IMAGINÁRIO, C. (2004) – O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra : Formassau.

INE (1999) – As gerações mais idosas. Série de Estudos n.º 81. Lisboa.

INE (2002) – Censos 2001- Resultados definitivos, Informação à comunicação social. Disponível em: <http://www.ine.pt> Consultado 20 Nov. 2012.

INE (2004) – A situação demográfica recente em Portugal. Artigo 6º _ p. 147. Lisboa

INE (2009) – Estatísticas Demográficas. Destaque: Informação à Comunicação Social de 23 de Novembro de 2010. Lisboa

INE (2010) – Rendimento e Condições de Vida (dados provisórios). Disponível em: <http://www.ine.pt>. Consultado 20 Nov. 2012.

INE (2011,a) – Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. Destaque: Informação à Comunicação Social de 3 de Fevereiro de 2012. Lisboa

INE (2011,b) – Censos 2011- Resultados Provisórios. Lisboa

INE (2011,c) – Censos 2011- Resultados Definitivos. Lisboa

INE (2011,d) – Censos 2011. Destaque: Informação à Comunicação Social de 20 de Novembro de 2012. Lisboa

JENIKE, M.A., e CREMENS, M.C. (1994) – Geriatric Emergencies. Em S. E. Hyman & G. E. Tesar, Manual of Psychiatric Emergencies (3rd Ed., Cap. 9, pp. 60-72). Boston: Little, Brown and Company.

JÓIA, L.C. (2007) – Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Revista Saúde Pública. 41 (1): 131-8

KANE, R.L., OUSLANDER, G.J e ABRASS, B.I. (2005) – Geriatría Clínica. Rio de Janeiro : Mc Graw Hill.

LAGE, I. (2005) – Cuidados familiares a idosos. In: Fonseca, A.M., Paúl, C.(coord.) – Envelhecer em Portugal. Lisboa : Climepsi Editores. p. 203-229.

LAGE, M. (2007) – Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 424p

LANG, G., LÖGER, B. e AMANN, A. (2007) – Well-being in the nursing home – a methodological approach towards the quality of life. Journal of Public Health, 15, p: 109–120.

LE MOS, D. ; PALHARES, F. et al. (s.d) – Velhice. Disponível em: www.ufrgs.br/e_psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html, Consultado em 9 de Novembro de 2012

LOVACO, B.F. (2007) – A Depressão no idoso. Dificuldades na detecção. Em J.D.M. Martín, & C.A. Rosa. A Psicogeriatría nos cuidados primários (Cap. 6, pp. 21-24). Miraflores: Ed. Revisfarma - Ed. Médicas, Lda.

MAGINA, E. (2011) – Qualidade de vida e funcionamento das famílias de crianças dos 0 aos 6 anos. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho

MARCOEN, A. (2005) – Religion, Spirituality and Older People. In M.L. Jonhson (Ed.), The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge: Cambridge University Press.

MARCONI, M. A. e LAKATOS, E. M. (1995) – Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Editora Atlas.

MARQUES, L., e FIRMINO, H. (2003) – Depressão e comportamentos suicidários no idoso. Em A. Vaz Serra (Coord.), Medicina, Temas Actuais, Depressão (pp. 133-162). Castanheira do Ribatejo : Atral Cipan Vida.

MARTIN, J. et al. (2008) – Psicologia para Todos – Guia Completo para o Crescimento Pessoal. Rio de Mouro : Circulo de Leitores

MARTINI A. et al. (2007) – Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. Revista Electrónica Enfermagem. Acesso em: 13 de Agosto de 2012; 9(2): 329-43. Disponível em WWW: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7163/5073>

MARTINS, M.M.F.P. (2004) – O adulto doente e a família uma parceria de cuidados. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MARTINS, R. (2008) – A depressão no idoso. Millenium - Revista do ISPV, 34. Consultado em 16 de Março 2013 em WWW: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>

MARTINS, R.M. (2006) – Envelhecimento e políticas sociais. In: Revista Millenium, pp. 126-138.

MARTINS, R.M.L. (2004) – Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. Dissertação de Doutoramento. Universidade da Extremadura

MARTINS, Rosa Maria (2010) – Os idosos e as actividades de lazer. In: Revista Millenium, nº38, Junho. IPV : Viseu

MARTINS, T. (2006) – Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra : Formassau.

MAZZA, M.M.P.R. & LEFEVRE, F. (2005) – Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, vol. 15, nº1.

MCFADDEN, S. (1996) – Religion and spirituality. In: J. E. Birren (Ed.), Encyclopedia of Gerontology. San Diego : Academic Press.

MEIRELES, A. C. (2008) – Envelhecimento Activo da Pessoa Idosa. Disponível em WWW: [WWW: WWW.saudepublica.web.pt](http://WWW.saudepublica.web.pt) consultado em: 18 de Setembro 2012

MELO, L. e NETO, F. (2003) – Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. Psicologia, Educação e Cultura. III, 1, 107-121.

MILSTEIN, G., BRUCE, M., GARGON, N., et al. (2004) – Religious practice and depression among geriatric home care patients. International Journal of Psychiatry in Medicine. 33, 71-83.

MONIZ, J. M. (2003) – A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência.

MONTEIRO, H. e NETO, F. (2008) – Universidades da terceira idade da solidão aos motivos para sua frequência. Porto: Livpsic.

MORLEY, C., & JOURNALISTICI, R. (2006) – Religion and Aging. In H. G. Cox (Ed), Later life: The Realities of Aging. New Jersey: Prentice Hall.

MOTTA, A.B. (2006) – Visão Antropológica do Envelhecimento. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, Tratado de Geriatria e Gerontologia. (2ª Ed, Cap. 8, pp. 78-82). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA.

NAVE, F., e JESUS, S.N. (2005) – Ameaças à funcionalidade familiar. Uma perspectiva sistémica da cultura organizacional da(s) família(s). Educação, 30 (1), 11-26.

NERI, A.L. (2001) – Desenvolvimento e Envelhecimento – Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas : Papyrus editora

NERI, A.L. (2001) – Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. Em 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Santos : SBGG- São Paulo

NERI, A.L. (2001) – Palavras-chave em Gerontologia. Campinas : Alinea.

NERI, A.L. (2004) – O que a Psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. Em: Néri, A.L. e Sanchez, M.Y. (Orgs.), Velhice bem sucedida. Campinas : Editora Papyrus.

NERI, A.L. (2006) – Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias actuais. In: Freitas, E. V. e al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª Edição, Rio de Janeiro : Guanabara Koogan

NETTO M.P. (2006) – O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. Em E.V. Freitas, L. Py, F.A.X. Cançado, J. Doll, e M.L. Gorzoni, Tratado de Geriatria e Gerontologia. (2ª Ed., Cap. 1, pp. 3-12). Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, SA.

NINA, E. e PAIVA, C. (2001) – Idosos rurais e urbanos: estudo comparativo. Geriatria: Revista portuguesa de Medicina Geriátrica, 14 (138), 9-32.

NOVAES, A.M.F. (2003) – Psicologia e espiritualidade. Salvador: Fundação Lar Harmonia.

NUNES, I.M.L.M. (2008) – Participação da Família nos cuidados ao utente internado num Serviço de Ortopedia: Contributos Para Melhorar a Comunicação e a Qualidade dos Cuidados ao Utente. Lisboa: Universidade Aberta.

OLIVEIRA, B. (2010) – Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. Oliveira de Azeméis : Livpsic.

OLIVEIRA, J.B. (2008) – Psicologia do idoso, temas complementares. Porto : Livpsic.

OLIVEIRA, J.B. de (2008) – Psicologia do envelhecimento e do idoso. Porto : LivPsic.

OMS – Organização Mundial de Saúde (1993) – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (reimpressão de 2008). Porto Alegre: Artmed e Associação Brasileira de Psiquiatria.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2002) – Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.

OMS (2002) – The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Organization : Geneva

ONU – Organização Das Nações Unidas (1982) – A Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento. Viena, Áustria : ONU.

ONU (2002) – Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Disponível em: WWW.un.org consultado em: 16 de Setembro de 2012

ONU (2002) – Estratégia internacional de acção sobre o envelhecimento. Disponível em: WWW.madrid2002-envejecimiento.org Consultado em: 16 de Setembro de 2012

OSÓRIO, L. (1996) – Família Hoje. Porto Alegre : Artes Médicas.

PALMEIRÃO, C.M. (2002) – Derrubar para Mudar. In D. d. Educação, Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social (pp. 35-46). Porto: Universidade Portucalense.

PAÚL, C. e Fonseca, A. (2005) – Envelhecer em Portugal. Lisboa : Climepsi Editores.

PAÚL, C. e RIBEIRO, O. (2010) – Manual de Gerontologia. Lisboa : Lidel

PAÚL, C., FONSECA, A.M., MARTIN, I. e AMADO, J. (2005) – Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados (77-95). Lisboa : Climepsi Editores.

PAVARINI, S.C.I. ; TONON, F.L.; SILVA, J.M.C.; et al. (2006) – Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. Revista electrónica de Enfermagem, v. 8, n. 3, p. 326- 335.

PAVOT, W., DIENER, E., COLVIN, R. e SANDVIK, E. (1991) – Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. Journal of Personality Assessment, 57(1), p. 149 - 161.

PEDINIELLI, J., e BERNOUSSI, A. (2006) – Os Estados Depressivos. Lisboa : Climepsi Editores.

PESTANA, M. H., e GAGEIRO, J. N. (2005) – Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS (3ª ed.). Lisboa : Sílabo.

PESTANA, M., e GAGEIRO, J. (2003) – Análise de dados para ciências sociais. A Complementaridade do SPSS. Lisboa : Edições Sílabo.

PIMENTEL, L.(2001) – O Lugar do idoso na família: contextos e trajectórias. Coimbra : Quarteto.

PORDATA – Base de Dados de Portugal. Disponível em: www.pordata.pt/Portugal consultado em: 10.12.2012.

PORTUGAL , DGS (2004) – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Direcção - Geral de Saúde, Circular Normativa n.º13, DGCG.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998) – Os Mais Velhos: Relatório de Actividades. Lisboa: Ministério da Saúde. Revista Millenium nº27. Disponível em: www.ipv.pt/millenium/Millenium27/14.html consultado em 18.12.2012

POWLES, J.W.; ZATONSKI W.; VANDER HOORN, S.; EZZATI, M. (2005) – The Contribution of Leading Diseases and Risk Factors to Excess Losses of Healthy Life in Eastern Europe: Burden of Disease Study. BMC Public Health,5: pp.116

PREDEBON, Juliana Carmona; et al. (2007) – Como envelhecer de forma saudável? Considerações sobre as tarefas desenvolvimentais da velhice. Disponível em: WWW.URL:guaiba.ulbra.tche.br/pesquisas/2007/artigos/psicologia/198.pdf Consultado em: 07 Dezembro 2012

PRULL, M., GABRIELI, J. e BUNGE, S. (2000). – Age-related changes in Memory: A cognitive neuroscience perspective. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds). The Handbook of Aging and Cognition (p: 91-154). Lawrence Erlbaum Associates (2ª Ed.).

RAMOS, António, CAMILO, João, et al. (2011) – Estado depressivo dos idosos. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu: [s.n.]. Monografia apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Viseu como requisito parcial para obtenção de título académico.

RAMOS, M.P. (2002) – Apoio social e saúde entre idosos. Sociologias, Porto Alegre, 7, 156-175.

RANZI, R. e LUSZCZ, M. (1999) – Acceptance: A key to wellbeing in older adults?. Australian Psychologist, 34(2), 94-98.

RESENDE, M.C., BONES, V.M., SOUZA, I.S., & GUIMARÃES, N.K. (2006) – Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. Psicologia para América Latina, 5, 2006, Retrieved in November 12, 2006, from <http://scielo.bvs-psi.org.br>

RIBEIRO, J., e POMBEIRO, T.(2004) – Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.

RIBEIRO, M. et al. (1995) – Programa de apoio a idosos. Lisboa : Fórum-Formação de Recursos Humanos;

RIPER, V. (2001) – Factors influencing family function and the health of family members. In: HANSON, S.M. – Family health care nursing: theory, practice and research. Philadelphia : F.A. Davies. p-122-145;

ROBICHAUD, L., DURAND, P.J., BEDARD, R. e OUELLET, J. (2006) – Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. In Canadian Journal of Occupational Therapy, 73 (4), p: 245-251.

RODGERS, A.; EZZATI, M.; VANDER HOORN, S.; et al. (2004) – Distribution of Major Health Risks: Findings from the Global Burden of Disease Study. PLoS Med; 1: pp. 27.

RODRIGUES, C. & LEAL, I. (2004) – Livro de actas: Limitações da qualidade de vida e depressão em pessoas idosas. A Psicologia da Saúde num mundo em mudança. José Pais Ribeiro e Isabel Leal Editores. Lisboa : ISPA.

ROSA, Maria João (2012) – O Envelhecimento da sociedade portuguesa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

SALDANHA, A. e CALDAS, C. (2004) – Saúde do idoso – A arte de cuidar. Rio de Janeiro : Editora Interciência.

SANTOS, A.A. E PAVARINI, S.C. (2011) – Funcionalidade familiar de idosos pobres com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Revista de Enfermagem, Vol.13, nº 2.

SANTOS, D. I. F. A. (2008) – As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente - Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde Universidade Aberta. Lisboa.

SANTOS, F. [et al] (2003) – Estudo da prevalência da depressão numa população idoso institucionalizada. Geriatrics. Nº 154 (Maio/Junho, 2003)

SAUVY, Alfred, (2001) – La vieillesse des nations. Edicion: Gallimard

SCHAIE, K. W. (1996) – Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study. Nova York: Cambridge University Press.

SCHAIE, K. W. (2005) – Developmental Influences on Adult Intelligence: The Seattle Longitudinal Study. Nova York: Oxford University Press.

SEGANTIN, Benedita, MAIA, Eliana (2007) – Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde. Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, do Instituto de Ensino Superior – INESUL, como requisito parcial à obtenção do título de especialista. Londrina

SEQUEIRA, A., & SILVA, M. N. (2003) – O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. Análise Psicológica, 3, 505-516.

SEQUEIRA, C. (2007) – Cuidar de idosos dependentes. Lisboa : Quarteto

SEQUEIRA, C. (2010) – Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa : Lidel Edições Técnicas Lda.

SERNA DE PEDRO, I. (2000) – Manual de Psicogeriatrics Clínica. Barcelona: Masson, S.A.

SERRANO, A. (2007) – Redes Sociais de Apoio e sua relevância para a Intervenção Precoce. Porto : Porto Editora.

SILC (2009) – Investing in The Future of Jobs and Skills. Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs, Sector Report Health and Social Services, European Commission, DG Employment, Social Affairs and equal opportunities.

SILVA, L., (2008) – Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. Hist. Cienc. Saúde-Manquinhos, Vol. 15, nº1. Disponível em: www.scielo.br Consultado em 6 de Agosto de 2012

SILVA, P. (2009) – Adaptação à reforma e satisfação com a vida: a importância da actividade e dos papéis sociais na realidade europeia. Lisboa: [s.n.]. Trabalho de Projecto para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e das Organizações do Instituto Universitário de Lisboa

SIMÕES, A. (1992) – Ulterior validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XXVI, 3 , 503-515.

SIMÕES, A. (2003) – Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. Psychologica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 41.

SIMÕES, A. (2006) – A Nova Velhice: um novo público a educar. Porto : Âmbar.

SIMÕES, A., LIMA, M., VIEIRA, C., FERREIRA J., e al. (2006) – Promover o bem-estar dos idosos. Psychologica, 42, 115-131.

SOARES, M. C. e FIALHO, J. A. de Sousa (2011) – Novos empregos e competências nos domínios da saúde e serviços sociais no contexto do envelhecimento demográfico - Relatório final. União Europeia

SORESI, S., NOTA, L., FERRARI, L. & SOLBERG, V. S. (2008) – Career guidance for persons with disabilities. In J. A. Athanasou, & R, Van Esbroeck (eds). International Handbook of Career Guidance. Springer.

SOUSA, L. & FIGUEIREDO, D. (2003) – (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. Psychologica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 33, 109-122.

SOUSA, L. & PATRÃO, M. (2007) – Projecto de investigação para mestrado de gerontologia. Não publicado. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Universidade de Aveiro

SOUSA, L., FIGUEIREDO, D. e CERQUEIRA, M. (2006) – Envelhecer em Família. Porto: Âmbar.

SOUSA, L., GALANTE, H., e FIGUEIREDO, D. (2003) – Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Revista Saúde Pública, 37 (3), 364-371

STEINHAGEN-THIESSEN, E. e BORCHELT, M. (2001) – Morbidity, Medication and Functional Limitations in Very Old Age. In P. B. Baltes, K. U. Mayer e J. Delius. The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100 (p: 131-166). Cambridge University Press.

TEIXEIRA, P. (2006) – Envelhecendo passo a passo. Consultado em 15 de Março de 2013: www.psicologia.com.pt

TIBO, Miriam Gondim Meira (2007) – Alterações anatómicas e fisiológicas do idoso. Revista Médica Ana Costa. N.º 2 (Abril/Junho 2007), p. 32

TRIVETTE, C.M., DUNST, C.J., DEAL, A.G., HAMER, A.M. & PROPST, S. (1990) – Assessing family strengths and functioning style. Topics in Early Childhood Special Education, 10 (1).

VALLERO-NAGERA, J.A. (2002) – A depressão – Como lidar com a doença do nosso tempo. S. João do Estoril : Principia.

VERÍSSIMO TEIXEIRA, M. (2006) – Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino (Ed.). Psicogeriatría. Lisboa : Editora Psiquiatria Clínica.

WHO - World Health Organization (2002) – Active aging: a policy framework. Geneva : Author

WILKINSON, G., MOORE, B. & MOORE, P. (2005) – Guia prático do tratamento da depressão. Lisboa : CLIMEPSI.

ZIMERMAN, G. I. (2000) – Velhice, aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artemed Editora.

BIBLIOGRAFIA

BATALHA, V.I (s.d.) – Breve manual do spss / pasw 18.0. Acedido: 4, Março, 2013 em http://dv.fosic.unesp.br/ivan/downloads/Aulas%20em%20PDF*SPSS_Manual_SPSS_v4.pdf

BELL, J. (2008) – Como realizar um projecto de Investigação – Trajectos. Lisboa: Gradiva.

BOGDAN, R. , BIKLEN, S.K. (1994) – Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos. Porto: Porto Editora.

CALIXTO, E. , MARTINS, H. (s.d.) – Os factores bio-psico-sociais na satisfação com a vida de idosos institucionalizados. Acedido em 1, Novembro, 2011 em: WWW : www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront_9.pdf

Chizzotti, A. (2006) – Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis: Vozes.

QUIVY, R e CAMPENHOUDT, L (2008) – Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa : Gradiva

ROLO, L. (2009) – Sobrecarga e satisfação com a vida: a percepção dos cuidadores informais de idosos. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.

VAZ-FREIXO, M. João (2011) – Metodologia científica: fundamentos métodos e técnicas. Lisboa : Instituto Piaget.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Instrumento de Colheita de Dados.
- Apêndice B** - Consentimento Informado
- Apêndice C** - Ofício enviado para autorização de colheita de dados nas instituições

APÊNDICE A

Instrumento de Colheita de Dados (questionário aplicado)

Exmo. Senhor (a)

Chamo-me Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas, sou aluna do Mestrado de Gerontologia Social pela Universidade Lusíada, Instituto de Serviço Social de Lisboa e encontro-me a desenvolver a minha Dissertação de Mestrado sob orientação da Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins com a temática – “A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados.”

O estudo pretende avaliar a satisfação com a vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, bem como os factores influentes nessa satisfação.

Assim sendo, venho por este meio pedir a sua colaboração no preenchimento deste questionário que foi construído para o efeito.

Todas as respostas que lhe solicitamos serão **rigorosamente anónimas**, por isso, não serão admitidos questionários assinalados ou com quaisquer marcas pessoais.

Não existem respostas certas ou erradas. É importante responder a todas as questões.

Atenciosamente,
Eunice Nogueira de Seixas

Grupo I – Caracterização Sociodemográficas

1. **Idade:** _____ Anos

2. **Género** (Assinale com um **X**):

Masculino

Feminino

3. **Estado Civil** (Assinale com um **X**):

Solteiro

Casado/ União de facto

Divorciado/ Separado

Viúvo

4. **Escolaridade** (Assinale com um **X**):

Analfabeto

Sabe ler e escrever

Instrução primária

Ensino secundário

Curso médio

Curso superior

5. **Situação económica (Mês)** (Assinale com um **X**):

Até 250 euros mensais líquidos

De 250 a 500 euros mensais líquidos

De 500 a 1000 euros mensais líquidos

De 1000 a 2000 euros mensais líquidos

De 2000 a 3000 euros mensais líquidos

Mais de 3000 euros mensais líquidos

6. **Tipo de reforma** (pode assinalar com um **X**):

Limite de idade

Pensão social

Pensão do cônjuge

Invalidez

7. **Sente-se satisfeito com o valor da sua reforma?** (Assinale com um **X**):

Sim

Não

Grupo II – Caracterização Situacional

8. **É praticante de alguma Religião** (Assinale com um **X**):

Sim. Qual: _____

Não.

9. **Residência** (Assinale com um **X**):

Meio Rural

Meio Urbano

10. Número de Filhos: _____

11. Onde residem os filhos (Assinale com um **X**):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Na mesma localidade | <input type="checkbox"/> No mesmo país |
| <input type="checkbox"/> No mesmo distrito | <input type="checkbox"/> No estrangeiro |

12. Com quem vive habitualmente: (pode assinalar com um **X** mais que uma opção)

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro/a | |
| <input type="checkbox"/> Filho/a | <input type="checkbox"/> Amigo/a |
| <input type="checkbox"/> Irmão/ã | <input type="checkbox"/> Sozinho/a |
| <input type="checkbox"/> Outro. Quem: _____ | |

13. Se vive só, quem o costuma visitar: (pode assinalar com um **X** mais que uma opção)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Filho/a | <input type="checkbox"/> Amigo/a |
| <input type="checkbox"/> Irmão/ã | <input type="checkbox"/> Vizinhos |
| <input type="checkbox"/> Parente Próximo | <input type="checkbox"/> Ninguém |

14. Que importância atribui ao contacto com crianças (Assinale com um **X**):

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muita | <input type="checkbox"/> Pouca |
| <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito Pouca |
| <input type="checkbox"/> Nem muita, nem pouca | |

15. Convive com crianças regularmente? (Assinale com um **X**):

- Sim
 Não

16. Numa situação de emergência ou doença acha que alguém o/a ajudaria? (Assinale com um **X**):

- Sim
 Não

17. Se necessitar de ajuda financeira tem alguém a quem possa recorrer? (Assinale com um **X**):

- Sim
 Não

18. Pratica Exercício Físico (Assinale com um **X**):

- Sim. Qual: _____
 Não

Grupo IV – Escala de Satisfação com a Vida

As próximas questões avaliam a sua satisfação em relação a aspectos específicos da sua vida.

(Assinale com um **X** a resposta que melhor **representa o seu grau de satisfação**, em cada um dos aspectos

	Muito pouco Satisfeito	Pouco Satisfeito	Mais ou menos Satisfeito	Muito Satisfeito	Muitíssimo Satisfeito
1. A minha saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A minha capacidade física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A minha saúde hoje, comparada com a de cinco anos atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A minha capacidade física hoje, comparada com a de cinco atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A minha saúde comparada com a de outras pessoa de minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A minha capacidade física comparada com a de outras pessoas de minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A minha capacidade mental hoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A minha capacidade mental actual comparada com a de cinco anos atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A minha capacidade mental actual comparada com a de outras pessoas da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. O meu envolvimento social hoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O meu envolvimento social actual em comparação com o de cinco anos atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O meu envolvimento social em comparação com o de outras pessoas da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupo V – Escala de Depressão Geriátrica

Responda **SIM** ou **NÃO**, assinalando com um X

COMO SE TEM SENTIDO ultimamente, em especial DE HÁ UMA SEMANA PARA CÁ	SIM	NÃO
1. Está satisfeito com a sua vida actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pôs de lado muitas actividades e coisas que lhe interessavam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sente que a sua vida está vazia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anda muitas vezes aborrecido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Encara o futuro com esperança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tem pensamentos que o (a) incomodam e não consegue afastar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sente-se animado(a) e com boa disposição a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a) e desprotegido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Acha que é bom estar vivo (a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Anda muitas vezes preocupado(a) com o futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sente-se muito contente por estar vivo(a) nesta altura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sente que agora está um tanto inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Preocupa-se muito com o passado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sente-se cheio(a) de interesse pela vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Custa-lhe muito meter-se em novas actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sente-se cheio(a) de alegria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sente que para a sua situação não há qualquer esperança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o(a) senhor(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sente dificuldade em se concentrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Gosta de se pôr de pé de manhã?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Prefere evitar festas e reuniões de pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Tem facilidade em resolver as coisas ou tomar decisões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Acha que a sua cabeça funciona tão bem como dantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

APÊNDICE B

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

Chamo-me Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas, sou aluna do Mestrado de Gerontologia Social pela Universidade Lusíada, Instituto de Serviço Social de Lisboa e encontro-me a desenvolver a minha Dissertação de Mestrado sob orientação da Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins com a temática – “A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados.”

O estudo pretende avaliar a satisfação com a vida dos idosos, bem como os factores influentes nessa satisfação.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), ___/___/____

Assinatura do participante:

APÊNDICE C

Ofício enviado para autorização de colheita de dados nas instituições

Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas
Bairro do Prado, Lote 13
3630-229 Penedono

Penedono, de Junho de 2012

Exmo. Senhor(a)
Director(a) do Lar

Como aluna do Mestrado de Gerontologia Social pela Universidade Lusíada, Instituto de Serviço Social de Lisboa e encontrando-me a desenvolver a minha Dissertação de Mestrado sob orientação da Professora Doutora Rosa Martins com a temática – “A satisfação com a vida nos idosos Portugueses”, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência se digne autorizar-me ao preenchimento de um questionário que foi construído para o efeito.

O questionário é rigorosamente anónimo e todos os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade.

Sem outro assunto e com os meus melhores cumprimentos.

(Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas)

