



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE DO IDOSO E GERIATRIA**

Qualidade de Vida e Suporte Social em Idosos

Vanessa Alexandra Teixeira Massa

Coimbra, julho de 2013



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE DO IDOSO E GERIATRIA**

Qualidade de Vida e Suporte Social em Idosos:

estudo realizado num Centro de Convívio em Coimbra

Vanessa Alexandra Teixeira Massa

Orientadora: Professora Doutora Maria Paula Assis de Almeida Cordeira, Professora
Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria

Coimbra, julho de 2013

AGRADECIMENTOS

É com enorme satisfação que encaro a oportunidade de agradecer a todas as pessoas que, das mais diversas formas, me ajudaram a concretizar este trabalho.

Começo por agradecer à Professora Doutora Paula Cordeiro pelo acompanhamento e apoio incansáveis, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

Agradeço à Direção do Centro Norton de Matos que me permitiu a recolha dos dados, oferecendo todas as condições necessárias para levar este projeto adiante.

A todos os idosos que voluntariamente participaram no estudo e que muito me ensinaram, o meu muito obrigada!

Às colegas e amigas Alexandra Rodrigues e Amélia Esteves por todo o apoio e incentivo, bem como a toda a equipa da Ginecologia C.

À minha família, em especial aos meus pais, agradeço tudo o que me transmitiram e proporcionaram ao longo da vida, tornando-se os verdadeiros Mestres da minha existência.

LISTA DE SIGLAS

ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social

MEEM- Mini Exame do Estado Mental

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

SF-36- Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

RESUMO

Perante uma população cada vez mais envelhecida, ganham relevância as preocupações relacionadas com a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social deste grupo etário. Revela-se cada vez mais importante oferecer, a par com uma maior sobrevivência, uma vida com qualidade para que a população idosa preserve a sua saúde e bem-estar e envelheça com dignidade. Um suporte social adequado às necessidades específicas dos idosos pode contribuir para a qualidade de vida dos mesmos, uma vez que este se tem revelado um importante mediador de diversas situações de vida com impacto no bem-estar físico e emocional dos indivíduos.

Os Centros de Convívio de Idosos representam uma resposta social de apoio com vista à inclusão dos idosos na vida social da comunidade. Neste contexto, o estudo foi realizado no Centro Norton de Matos e teve como objetivos caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico; caracterizar a qualidade de vida e o suporte social dos idosos; identificar relações significativas entre a qualidade de vida e o suporte social dos idosos e entre estes construtos e algumas variáveis sociodemográficas. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo analítico, orientado por uma metodologia quantitativa, com uma amostra de 78 indivíduos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos. Foram aplicados um questionário de caracterização sociodemográfica, o Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

Este estudo permitiu concluir que os idosos da amostra apresentam boa qualidade de vida e uma satisfação razoável com o suporte social oferecido. A qualidade de vida dos idosos encontra-se relacionada com o grau de satisfação com o suporte social, a idade, o sexo, o estado civil e a escolaridade.

Palavras-chave: qualidade de vida, suporte social, envelhecimento, idosos

ABSTRACT

Faced with an increasingly ageing population, concerns with quality of life and satisfaction with the social support available to this age group are becoming particularly relevant. It is more and more important to offer quality of life alongside enhanced longevity so that the elderly can maintain their health and well-being, and age with dignity. Appropriate social support according to the specific needs of the elderly can contribute to their quality of life since this has been found to be an important mediator in a range of life situations, with an impact on the physical and emotional well-being of individuals.

Drop-in centres for the elderly represent a social support response to prevent loneliness and provide inclusion for the elderly within the community, thus postponing their institutionalization. This is the context for the study carried out in the Norton de Matos Centre. Its goals were: to characterize the sample from the sociodemographic point of view; to characterize the quality of life of and social support for the elderly, and to identify meaningful relationships between the quality of life of the elderly and the social support provided, and between these constructs and certain sociodemographic variables. This is an exploratory and analytical descriptive study, based on a quantitative methodology. The sample comprised 78 elderly individuals. The instruments applied were a sociodemographic characterization questionnaire, the MOS Short Form Health Survey (SF-36), and the Scale of Satisfaction with Social Support (ESSS).

This study showed that the elderly individuals in the sample enjoy a good quality of life and are reasonably satisfied with the social support provided. The quality of life of the elderly was found to be related to the level of satisfaction with the social support, age, gender, civil status and level of education.

Key words: quality of life, social support, ageing, elderly

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Informação para o sistema de pontuação	72
Quadro 2 - Consistência Interna do SF-36 e da ESSS.....	75
Quadro 3 - Caraterização sociodemográfica da amostra	80
Quadro 4 - Caraterização da amostra em termos de qualidade de vida (SF-36).....	81
Quadro 5 - Caraterização da amostra em termos de satisfação com o suporte social (ESSS).....	84
Quadro 6 - Resultados da correlação da qualidade de vida do idoso com a sua satisfação com o suporte social	86
Quadro 7 - Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função do sexo.....	87
Quadro 8 - Resultados da correlação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social com a idade	89
Quadro 9 - Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função do estado civil	90
Quadro 10 - Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função da escolaridade.....	92

SUMÁRIO

Pág.

INTRODUÇÃO.....	15
------------------------	-----------

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1-ENVELHECIMENTO	23
1.1-ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO.....	25
1.2- ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO E COGNITIVO.....	29
1.3 - ENVELHECIMENTO SOCIAL	32
2-QUALIDADE DE VIDA	37
2.1- QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....	44
3-SUPORTE SOCIAL	49
3.1. REDES SOCIAIS	54
3.2 - SUPORTE SOCIAL E SAÚDE.....	57

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

4- METODOLOGIA.....	65
4.1 - OBJETIVOS DO ESTUDO.....	65
4.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	66
4.3. TIPO DE ESTUDO.....	67
4.4. VARIÁVEIS.....	67
4.5- POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	68
4.6 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	69
4.6.1. Consistência interna das escalas	74
4.7. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	75
4.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	76
5- ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	79

5.1. ANÁLISE DESCRITIVA	79
5.2. RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	85
6- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
6.1- LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	108
CONCLUSÃO.....	111

BIBLIOGRAFIA

APÊNDICES

APÊNDICE I- Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II- Informação aos participantes

APÊNDICE III Pedido de autorização para a colheita de dados

ANEXOS

ANEXO I- Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

ANEXO II- Autorização concedida para a colheita de dados

INTRODUÇÃO

A sociedade atual depara-se com um envelhecimento demográfico sem precedentes, fruto do progresso da medicina preventiva e curativa e das condições de vida, que têm contribuído para a redução da mortalidade e consequente aumento da esperança de vida. A estes fatores há que juntar o declínio da fecundidade, cuja forte regressão fez acentuar o progressivo envelhecimento da população (Figueiredo, 2007).

O envelhecimento demográfico populacional é um fenómeno inevitável e uma transformação social muito importante (Osório, 2007), tendo-se tornado numa característica indissociável das sociedades desenvolvidas (Instituto Nacional de Estatística, 2002; Ramos, 2002; Blanco, 2006; Vos, Ocampo e Cortez, 2008).

O ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. Em Portugal os indicadores demográficos revelam um abrandamento do crescimento populacional e um consequente envelhecimento da população (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

De acordo com os Censos de 2011, o fosso entre jovens e idosos agravou-se na última década. Se em 2001 a percentagem de jovens era de 16 %, em 2011 decresceu para os 15%. Já a percentagem de idosos apresentou um movimento inverso, encontrando-se agora nos 19%, contra os 16 % de 2001. Em Portugal existem 128 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2011). As estimativas também não são animadoras, prevendo-se que em 2050 existirão apenas 100 jovens por cada 243 indivíduos com 65 ou mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

O envelhecimento pode ser descrito como um processo de degradação progressiva, diferencial e inevitável com o qual todos os seres vivos se deparam. A velocidade e gravidade com que se processa são variáveis, uma vez que os indivíduos envelhecem de diversas formas (Fontaine, 2000). Este complexo processo de evolução biológica, psicológica e social exige uma procura constante de novos equilíbrios, transformando-se num desafio, não só para os indivíduos que o experienciam, mas também para a sociedade em geral (Figueiredo, 2007).

Desta forma, as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) adaptaram-se a uma nova realidade. Se inicialmente se preconizava aumentar a esperança de vida, atualmente o grande objetivo é a manutenção da qualidade de vida dos mais idosos, procurando mantê-los ativos e com sentido de vida (Oliveira, 2010).

A preocupação com a forma como se envelhece tem contribuído para um aumento significativo de estudos, em Portugal e no mundo, sobre a qualidade de vida dos idosos, o que estes valorizam e os diversos fatores que a influenciam.

Cada vez se revela mais importante estudar as condições que interferem no bem-estar na senescência, bem como os fatores indissociáveis da qualidade de vida dos idosos, com vista a desenvolver novas intervenções, ações e políticas que acompanhem a procura da população que envelhece (Fleck, Chachamovich e Trentini, 2003). Só avaliando as condições de vida e de saúde dos idosos se conseguem implementar propostas de intervenção em políticas sociais e programas geriátricos com vista à promoção do bem-estar dos mesmos (Santos, Santos e Fernandes; Veras *apud* Pereira *et al.*, 2006)

A qualidade de vida é o resultado de uma avaliação subjetiva que os indivíduos fazem relativamente ao grau em que necessidades de diversos domínios da sua vida se encontram satisfeitas (Churchman *apud* Ribeiro, 1994). Esta avaliação pode estar relacionada com experiências pessoais, reações afetivas ou construtos psicológicos tais como felicidade, saúde mental, sensação de controlo, competência social, stress e saúde percebida. Contudo, a qualidade de vida é determinada também por fatores objetivos tais como condições de saúde, relações sociais, grau de escolaridade, ocupação de tempos livres e capacidade económica (Diogo, 2003).

No idoso, a qualidade de vida depende de 3 elementos: i) da interação de elementos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais; ii) da interação estabelecida entre os indivíduos e a sociedade e da forma como esta se desenvolve; iii) da comparação de critérios objetivos e subjetivos, condicionados por normas e valores tanto individuais como sociais, suscetíveis de alteração com o decorrer do tempo (Neri *apud* Silva, 2009).

A qualidade de vida pode ser abordada como qualidade de vida geral ou qualidade de vida relacionada com a saúde. O primeiro é um termo mais amplo que inclui a sensação de bem-estar e felicidade, independentemente da existência de doença ou disfunções. O segundo, por outro lado, emprega uma abordagem multidimensional que tem em conta

aspectos físicos, sociais e mentais que se encontram mais relacionados com sintomas, deficiências e limitações causadas por doenças (Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Seidl e Zannon, 2004).

Os instrumentos utilizados para avaliar o estado de saúde e a qualidade de vida fornecem um conjunto importante de indicadores relativos a indivíduos e populações, revelando-se importantes preditores de mortalidade, em especial nos mais idosos (Lima *et al.*, 2009).

Cada vez mais indissociável da qualidade de vida, o suporte social revela-se, nos idosos, de extrema importância, facultando a sua integração na comunidade e promovendo a sua independência (Paúl, s.d.).

O suporte social encontra-se relacionado com as funções desempenhadas por determinados grupos ou pessoas significativas para o indivíduo em determinadas situações de vida (Martins, 2005). Visa a satisfação de necessidades, que é veiculada pela interação com os outros (Tojal, Ramos e Gomes, 2005). Uma rede social ativa, estável, integrada e acessível tem efeitos positivos na saúde dos indivíduos (Figueiredo, 2007) e um suporte social de qualidade reduz os efeitos do stress, protegendo a saúde e o bem-estar dos mesmos (Vaz-Serra, 1999). Pessoas com baixos níveis de suporte social são mais propensas a sofrer de várias patologias físicas e psicológicas, apresentando também um maior risco de morbilidade e mortalidade (House, Landis e Umberson, 1988).

Com o avançar da idade, a participação social dos indivíduos vai sofrendo alterações relacionadas com as transições do ciclo de vida, tais como reforma ou ninho vazio, sendo expectável que sofra novas alterações com o declínio das capacidades individuais, físicas e mentais (Bukov, Maas e Lampert, 2002). Desta forma, o Suporte Social revela-se muito importante para o bem-estar físico e emocional dos idosos (Schwarzer e Rieckmann, 2002), sendo visto como um importante critério para uma vida com qualidade (Bukov, Maas e Lampert, 2002).

Todos estes factos não deixam de ser um importante alerta para os profissionais da área da saúde uma vez que a capacitação para a autonomia a par com intervenções que visem a qualidade de vida são princípios éticos de suma importância na prestação de cuidados e na ação social aos idosos (McCormack *apud* Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Neste sentido propusemo-nos realizar um estudo intitulado “Qualidade de Vida e Suporte Social em Idosos: estudo realizado num Centro de Convívio em Coimbra”.

A pertinência deste estudo relaciona-se com a realidade com que nos deparamos. Face ao aumento da esperança de vida, o nosso país apresenta uma pirâmide etária invertida, em que os idosos assumem uma faixa etária cada vez mais exigente. Este prolongamento da vida levanta questões a diversos níveis e enfatiza a necessidade de que seja vivido com qualidade. E, sem dúvida que o suporte social se assume como um importante e influente fator no que diz respeito às necessidades da população idosa, uma vez que nos deparamos cada vez mais com carência de respostas de suporte social efetivo.

Para a consecução deste estudo entendemos delinear os seguintes objetivos:

- caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico;
- caracterizar a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos idosos;
- identificar relações significativas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos idosos;
- conhecer a relação entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos idosos e algumas variáveis sociodemográficas.

Para a realização desta pesquisa optámos por um desenho de investigação exploratório e descritivo analítico, orientado por uma metodologia quantitativa, com o intuito de dar resposta aos objetivos e questões de investigação formulados.

Este estudo foi realizado no Centro Norton de Matos por se tratar de um Centro de Convívio de Idosos que pretende ser “uma resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade”, cujos objetivos principais são a prevenção do isolamento e solidão, incentivo à inclusão dos idosos na vida social da comunidade, interação intergeracional e interpessoal e contribuição para protelar ao máximo a institucionalização (Segurança Social, 2012).

A amostra do estudo foi constituída por 78 idosos, selecionados por uma técnica de amostragem por conveniência, que frequentam o Centro Norton de Matos, utilizando como instrumento de colheita de dados um questionário constituído por três partes. A primeira parte é constituída pelos dados de caracterização sociodemográfica, a segunda

pelo Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36) e a terceira pela Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira faz-se um enquadramento teórico do tema, organizando-se a sua apresentação em três pontos, nos quais se abordam aspetos relacionados com o envelhecimento, a qualidade de vida e o suporte social. Na segunda parte é descrita a investigação empírica, incluindo no primeiro ponto a descrição da metodologia implementada para a sua consecução, o tipo de estudo e os objetivos, as questões de investigação, a operacionalização das variáveis, a definição da população e amostra, a apresentação do instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos de colheita de dados. Segue-se a apresentação e análise dos dados com a análise estatística descritiva, resposta às questões de investigação, discussão dos resultados obtidos e abordagem de limitações do estudo. Finalizamos com a conclusão deste estudo onde realizamos o balanço do percurso e sugerimos algumas linhas de possível desenvolvimento futuro da investigação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1-ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo progressivo e universal de mudança das estruturas biológica, psicológica e social dos indivíduos. Durante este processo ocorrem diversas mudanças nas células e nos tecidos, bem como no funcionamento de vários órgãos. Estas mudanças surgem de inúmeras formas, tornando o processo de envelhecimento individual para cada ser humano (Rodrigues e Diogo, 2004).

O envelhecimento pode ser descrito como um processo complexo mas gradual, normal, universal e irreversível, existindo interação de fatores internos (património genético) com fatores externos (educação, estilos de vida e ambiente) (Figueiredo, 2007). Não é um estado que possamos qualificar, mas sim um processo que inclui a degradação progressiva e diferencial dos seres vivos, tornando impossível determinar o seu início. A velocidade e gravidade com que este ocorre são muito variáveis (Fontaine, 2000).

Esta ideia é corroborada por Figueiredo (2007), para quem o processo de envelhecimento revela diversas desigualdades entre os indivíduos, pelo que, a verdadeira idade de um indivíduo é muito mais que idade cronológica, apesar de este ser um dos critérios mais usados para a determinar (Spar e La Rue, 2005). O envelhecimento é um processo bastante complexo, consequente da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, que variam e não ocorrem ao mesmo tempo nem estão obrigatoriamente relacionados com a idade cronológica de cada indivíduo. Estes fatores não se manifestam isoladamente e diferentes fatores podem combinar-se de forma a ter repercussões na saúde de uma pessoa idosa, considerando-se vários tipos de envelhecimento (Squire, 2005; Sequeira, 2010).

O envelhecimento biológico refere-se às mudanças que ocorrem nos indivíduos dos pontos de vista físico e orgânico. Os órgãos sofrem diversas modificações que interferem com o seu funcionamento e autorregulação, reduzindo a sua eficácia (Birrem e Cuningham *apud*. Fontaine, 2000). Este tipo de envelhecimento também se encontra associado a alterações da aparência, precisão, visão, agilidade e força física (Straub, 2005).

O envelhecimento psicológico está relacionado com a capacidade de ajustamento da pessoa às mudanças ambientais e inclui as capacidades mnésicas, intelectuais e motivacionais. Uma boa manutenção destas capacidades faculta uma melhor autoestima e um elevado nível de autonomia e controlo (*Idem*).

Os aspetos sociais do envelhecimento encontram-se relacionados com os papéis desempenhados pelos indivíduos, os estatutos e hábitos pessoais, enquanto membros de uma sociedade (Birrem e Cuningham *apud* Fontaine, 2000). Estes aspetos são muito influenciados pelos valores sociais vigentes e pelas crenças culturais das sociedades onde vivemos (Straub, 2005).

Outros conceitos bastante frequentes, relativos ao envelhecimento, são os de envelhecimento primário e secundário. O primeiro refere-se ao processo normal de envelhecimento, com mudanças físicas irreversíveis e universais que todos vivenciam com a passagem do tempo. Neste, verifica-se uma diminuição orgânica e funcional inevitáveis e em nada relacionadas com qualquer acidente ou doença. O segundo é relativo às mudanças físicas que advêm de diversos fatores tais como stress, traumatismos ou doenças, que vão interpor-se no processo normal de envelhecimento e acelerá-lo (Fernández-Ballesteros, 2004; Straub, 2005; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

O envelhecimento acarreta inúmeras transformações. No entanto, torna-se evidente que as transformações físicas, por si só, não são a derradeira preocupação que acompanha os indivíduos à medida que estes envelhecem. O maior medo é, sem dúvida, tornarem-se dependentes de terceiros devido ao declínio intelectual e físico, enfrentando isolamento e solidão, o que contraria a necessidade premente do ser humano de se manter intelectualmente estimulado e socialmente inserido (Straub, 2005).

Um envelhecimento bem-sucedido implica saúde, um elevado nível funcional físico e cognitivo e manutenção da participação social, com claros benefícios para o bem-estar subjetivo dos indivíduos. Estes elementos adquirem proporções variáveis e são influenciadas pelo desenvolvimento individual dos seres humanos ao longo do seu ciclo de vida (Fontaine, 2000).

O derradeiro desafio do envelhecimento é, sem dúvida, alcançar uma sobrevida cada vez maior, com melhor qualidade de vida para que a vivência desta fase da vida seja repleta de dignidade e significado (Fontaine, 2000; Paschoal, 2002).

Após este breve abordagem sobre o envelhecimento, vamos de seguida explicitar os diversos tipos de envelhecimento, nomeadamente envelhecimento biológico, envelhecimento psicológico e cognitivo e envelhecimento social.

1.1-ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

O envelhecimento biológico acarreta alterações estruturais e funcionais do corpo humano, bem como declínio das funções orgânicas (Figueiredo, 2007). No decorrer deste processo, ocorrem diversas transformações físicas que diminuem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo. Verifica-se uma redução progressiva na capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, quando atinge determinados níveis, torna os idosos mais vulneráveis a doenças crónicas (Netto e Ponte *apud* Figueiredo, 2007). Paralelamente verifica-se uma redução da taxa metabólica em consequência da diminuição das trocas energéticas do organismo; a capacidade de regeneração da célula também decresce, o que promove o envelhecimento dos tecidos (McArdle, Katch e Katch *apud* Sequeira, 2007).

O envelhecimento biológico predispõe a diversas modificações que ocorrem também a nível sensorial. O declínio das funções sensoriais traz dificuldades acrescidas, quando condiciona as ações quotidianas e a interação com o meio envolvente (Sequeira, 2007). A deterioração visual torna-se muito comum. A pupila torna-se menor e o cristalino mais nebuloso, o que reduz em quase dois terços a quantidade de luz que chega à retina de uma pessoa com 65 anos de idade, comparando-a com um jovem de 20 anos. Tornam-se também frequentes as cataratas, em que ocorre uma redução da transparência do cristalino; a retinopatia diabética; a degeneração macular e a presbiopia (Kline e Shieber *apud*. Straub, 2005).

Nos idosos verifica-se uma perda gradual de audição, uma vez que o tímpano e os ossos do ouvido médio se tornam mais rígidos com a idade (Thornton *apud*. Straub, 2005).

Paralelamente aparecem diversas mudanças morfológicas nos órgãos vestibulares, o que influencia a capacidade de orientação no espaço, diminuindo-a (Vandervoort, 2002).

Os idosos também perdem diversas habilidades olfativas como percepção, discriminação e reconhecimento de odores, a par com a memória olfativa. Torna-se provável que com a idade se altere a capacidade senso perceptiva do gosto, ao mesmo tempo que se deteriora a sensibilidade dos recetores gustativos (Straub, 2005). Estas alterações olfativas e gustativas têm como consequência, muitas vezes, a diminuição do apetite, o que conduz a uma nutrição inadequada (Vandervoort, 2002; Rodrigues e Diogo, 2004).

Apesar de existirem grandes diferenças interindividuais nas alterações sofridas pelo sistema nervoso com o envelhecimento, existe um consenso relativo a muitas delas. Assim, verificam-se alterações que conduzem à atrofia cerebral, com perda de peso e diminuição do volume. Também se encontra descrito o aparecimento de placas senis em algumas regiões cerebrais e a degenerescência neurofibrilar com diminuição da neuroplasticidade (Fontaine, 2000), redução progressiva do número de neurónios cerebrais e lentificação da velocidade de condução nervosa (Moraes, 2009). Todas estas alterações conduzem a uma perda de eficácia dos proprioceptores, dificuldade no controlo da postura e equilíbrio e perda da motricidade fina.

São diversas as alterações com que os indivíduos se deparam com o avançar da idade. O tempo de reação e a percepção à distância encontram-se diminuídos, motivos pelos quais os idosos possuem um tempo de reação maior face aos perigos com que se deparam quando conduzem. Esta redução do tempo de reação é consequência direta da perda de neurónios que se encontram implicados na coordenação das reações musculares com sinais e sons (Stock *apud*. Straub, 2005).

Contudo, são também diversas as alterações estruturais, inevitáveis, que influenciam as capacidades funcional e motora dos indivíduos com o envelhecimento. Ocorre uma diminuição da massa muscular, consequência da perda de células musculares. Assistimos a uma substituição desta por tecido adiposo e conjuntivo, que tem como consequência a diminuição da força muscular e a necessidade de maior esforço para realizar movimentos musculares (Silva, 2009). A este facto, Vandervoort (2002) acrescenta que se verificam dificuldades graduais perante tarefas que impliquem motricidade fina, existindo mesmo, face a uma crescente lentidão dos movimentos, baixa tolerância a esforços físicos prolongados.

Intrinsecamente ligados às alterações musculares, ossos e articulações também sofrem alterações significativas. A diminuição da mobilidade das diversas articulações torna-se inevitável o que influencia o funcionamento locomotor e acarreta problemas de equilíbrio. Os discos vertebrais adelgaçam, provocando uma redução da altura dos indivíduos que pode variar entre 1,2 e 5 centímetros (Berger e Mailloux-Poirer *apud* Figueiredo, 2007). As alterações a nível ósseo, como a perda de massa óssea facultam também alterações posturais, nomeadamente cifose e protusão dos ombros e do pescoço que, muitas vezes, influenciam a capacidade de realização de determinadas atividades e até a própria marcha (Olney e Culham, 2002). É contudo nas mulheres, especialmente após os 50 anos (menopausa), que a perda de massa óssea se torna mais preocupante, com o aparecimento da osteoporose e consequentes fraturas (Silva, 2009).

A perda de massa e de força musculares provocam uma dificuldade acrescida na manutenção do equilíbrio por parte do idoso, levando a que este apresente um andar mais lentificado e até mesmo arrastado, a par com uma diminuição da agilidade (Rodrigues e Diogo, 2004).

Com o envelhecimento biológico deparamo-nos com uma diminuição das reservas funcionais do organismo, cujo efeito pode ser observado em diversos sistemas. O sistema cardiovascular sofre alterações, tornando-se menos eficaz e mais suscetível a sobrecargas, sobretudo devido ao estreitamento e endurecimento arteriais (Moraes, 2009). Muito comum é também o aumento da tensão arterial em repouso e a redistribuição do fluxo sanguíneo, com cérebro, artérias coronárias e músculos a receberem maior fluxo residual do que fígado e rins (Berger e Mailloux-Poirier *apud*, Figueiredo, 2007).

No sistema respiratório verifica-se uma redução da força da musculatura respiratória e de endurance, endurecimento da parede torácica, perda de elasticidade e diminuição da capacidade ventilatória (Moraes, 2009). Também existe um aumento do espaço morto e redução das trocas gasosas. As células mucociliares veem reduzido o seu número e atividade, o que tem como consequência uma maior dificuldade para a limpeza das vias aéreas, existindo consequentemente uma maior tendência para infeções. Todas estas alterações vão contribuir para a redução da capacidade do idoso em praticar exercício físico (Silva, 2009).

O sistema renal apresenta uma capacidade reduzida para responder a situações adversas e eliminar fármacos e toxinas. Verifica-se diminuição da elasticidade da bexiga e perda de capacidade de esvaziamento da mesma (Moraes, 2009). O valor de retenção urinária na bexiga diminui de 600 ml nos jovens para 250 ml nos idosos, enquanto o volume residual de urina aumenta, existindo uma retenção de cerca de 100 ml após cada micção. A atrofia dos músculos pélvicos e o relaxamento do esfíncter externo da uretra predis põem à incontinência urinária de esforço (Silva, 2009).

Reportando-nos agora ao sistema gastrointestinal, é evidente uma menor absorção de nutrientes e diminuição da eficiência da eliminação (Moraes, 2009). A nível oral, verifica-se a modificação dos tecidos dentários, a atrofia das glândulas salivares e diminuição do sentido do paladar (Rodrigues e Diogo, 2004).

As alterações do sistema endócrino encontram-se relacionadas com a diminuição da produção de hormonas, ocorrendo paralelamente alterações na capacidade de adaptação do organismo às mais diversas situações. Deste modo, os idosos, quando se encontram sob pressão ou situações mais stressantes, vão apresentar uma dificuldade maior em voltar ao seu estado normal (*Idem*).

Todas as modificações associadas ao processo de senescência vão promover uma progressiva perda da capacidade de adaptação do organismo, com diminuição da sua capacidade funcional, tornando-se o indivíduo mais vulnerável à doença e a problemas crónicos de saúde que podem ser significativos na sua vida diária (Figueiredo, 2007).

As transformações físicas são um desafio para quem envelhece, exigindo-lhe a aceitação de um novo *self*, que agora é menos forte e apto, bem diferente a imagem da sua juventude (Silva, 2005).

Com o intuito de entendermos melhor o processo de envelhecimento, vamos de seguida abordar o envelhecimento psicológico e cognitivo.

1.2- ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO E COGNITIVO

O envelhecimento é um processo dinâmico e intrincado e, muitas vezes, as alterações físicas com os idosos se deparam têm consequências psicológicas, que se traduzem em mudanças de atitudes e comportamentos (Sequeira, 2007)

A Psicologia do Envelhecimento tem centrado a sua atenção em duas áreas fulcrais: a personalidade e o funcionamento cognitivo, sendo que neste último se tem atribuído enfoque ao estudo da inteligência, memória e aprendizagem (Figueiredo, 2007).

Os traços de personalidade dos idosos podem ser descritos como disposições endógenas e estáveis que mostram uma influência pequena e permanente das práticas educativas da infância ou de processos de aculturação. As mudanças nos padrões de personalidade são fruto maioritariamente de maturação interna e a ocorrência de mudanças dramáticas nesses padrões deve ser interpretada como consequência de uma doença cerebral e não como uma resposta a uma experiência de vida (Paúl, 2005).

Nesta linha de pensamento, Figueiredo (2007) faz referência a diversas discussões acerca de eventuais mudanças na personalidade dos indivíduos à medida que estes envelhecem. De acordo com esta autora, apesar de inicialmente alguns estudos sugerirem que os idosos apresentavam uma maior preocupação com a vida e menor conexão emocional com o mundo que os rodeia, estudos posteriores vieram contrariar muitos dos estereótipos associados à velhice, nomeadamente relativos à imagem dos idosos como indivíduos isolados e renitentes a novas experiências. Contudo, diversas situações de vida parecem afetar os traços de personalidade dos idosos, nomeadamente no que diz respeito a estratégias de *coping* para enfrentar o stress, que, neste grupo etário, se encontram mais centradas nas emoções em detrimento da ação instrumental direta.

Focando-nos agora no envelhecimento cognitivo, este é uma realidade no processo de senescência, tendo no entanto sido durante muito tempo caracterizado de modo negativo pela sua associação ao declínio intelectual (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Encontram-se descritas inúmeras variáveis suscetíveis de influenciar o desenvolvimento cognitivo num envelhecimento normal, nomeadamente, fatores genéticos (que explicam cerca de 50% da variabilidade cognitiva), a saúde, o nível de escolaridade (responsável

por cerca de 30% da variabilidade cognitiva), a atividade mental (o desempenho cognitivo melhora quando se desempenham atividades mentalmente estimulantes) e atividade física, tipo de personalidade e humor e o meio sociocultural (Spar e La Rue, 2005). Depende também da forma como os indivíduos vivenciam e organizam a sua vida, uma vez que a manutenção de atividades significativas representa um fator de equilíbrio psicológico importante (Sequeira, 2007).

O envelhecimento normal apresenta diversas alterações cognitivas que não têm implicações nas atividades diárias, já que existem alguns fatores que dão o seu contributo para a manutenção do funcionamento face a um declínio cognitivo ligeiro. As alterações que se verificam são graduais, permitindo um processo de readaptação e preservação dos conhecimentos gerais do idoso, o que faculta a resolução de problemas, a automatização de tarefas e a manutenção da rotina familiar (Park *apud* Sequeira, 2007).

Contudo, quando as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento não são compensadas com outros mecanismos, facilitam alterações em determinadas funções do idoso, das quais se destacam o processamento de informação e a memória (*Idem*). García (2004) refere que, com a idade, a perceção e a atenção apresentam certos défices que afetam os indivíduos a dois níveis: o tempo requerido para o processamento de estímulos e o grau de vigilância que são capazes de manter quando necessitam de realizar uma tarefa.

Com o envelhecimento, ocorre a hipotrofia dos centros reguladores cerebrais, juntamente com a diminuição do número de células nervosas e da massa cerebral. Todos estes fatores contribuem para um declínio gradual das funções cognitivas, exigindo-se mais tempo para registar e processar a informação (Brandão, 2009). As áreas do cérebro onde são armazenadas as memórias atrofiam (Schacter *apud* Straub, 2005), o que, juntamente com uma diminuição progressiva das células cerebrais pode facultar algumas perdas de memória. Contudo, estas mesmas perdas podem ser colmatadas com novas conexões neuronais em idosos que mantêm atividades físicas, mentais e sociais regulares (Coleman e Flood *apud* Straub, 2005).

A crença de que o envelhecimento acarreta uma inevitável perda da capacidade de recordar encontra-se amplamente difundida na nossa sociedade. Atualmente é aceite pela comunidade científica que a memória se modifica com a idade. No entanto, nem

todas as capacidades mnésicas se alteram da mesma forma. Enquanto a memória episódica ou de trabalho revela grandes diferenças com a idade, outras como a memória procedimental ou semântica não sofrem alterações significativas (Figueiredo, 2007). De facto, os problemas mnésicos nos idosos verificam-se habitualmente em situações em que intervêm a percepção e a atenção já que implicam um processamento mais complexo ou requerem novas aprendizagens (García, 2004).

Existe uma ideia amplamente difundida que associa o envelhecimento à dificuldade em recordar factos mais recentes, mantendo-se a capacidade de recordar factos longínquos (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Esse facto pode ser explicado por se tratar da altura em que acontecimentos mais marcantes da vida desses indivíduos tiveram lugar, ou seja, acontecimentos emocionalmente significativos tendem a permanecer intactos na nossa memória (Figueiredo, 2007).

No que diz respeito à inteligência, regra geral, esta parece não diminuir significativamente com a idade. Em idosos saudáveis não se pode falar de um declive significativo, exceto a partir dos 80 anos. No entanto, em nenhum caso este declive, em idosos saudáveis, chega a ser generalizado, afetando algumas habilidades enquanto outras permanecem intactas (García, 2004). Nesta linha de pensamento, Figueiredo (2007) afirma que mudanças consideráveis na inteligência só se verificam tardiamente na vida dos indivíduos e para aptidões que foram menos centrais na sua vida, logo objeto de menos prática.

De facto, a inteligência fluída, ou seja, a capacidade de processar informação, de raciocinar de forma rápida e abstrata e adaptar-se às mudanças apresenta algum declínio nos testes efetuados em idosos (Sequeira, 2007). Não obstante, devemos ter em conta que a velocidade de processamento da informação e o tempo de reação diminuem com o avançar da idade, o que não significa em pensamento menos inteligente (Baltes *apud* Straub, 2005). Focando agora a inteligência cristalizada, que se encontra relacionada com a aquisição de conhecimentos resultantes da educação, experiência e aculturação, esta tende a manter-se ou até mesmo aperfeiçoar-se com a idade, estando, no entanto, dependente da educação e das experiências pessoais dos indivíduos (Restak *apud* Sequeira, 2007).

São diversas as mudanças com que os indivíduos se deparam no processo de envelhecimento e, muitas delas, vão influenciar a forma como se percebem e como se relacionam com o meio em que estão inseridos.

As atividades realizadas no passado têm consequências no presente e são deveras importantes para um envelhecimento bem-sucedido no futuro. O desempenho dessas mesmas atividades influi de forma positiva nas funções intelectuais e contribui para uma eficiência mental significativa (Morris *apud* Sequeira, 2007).

Com o intuito de explicitarmos melhor o processo de envelhecimento, vamos de seguida abordar o envelhecimento social.

1.3 - ENVELHECIMENTO SOCIAL

O homem é um ser gregário que necessita de relações sociais significativas, uma vez que estas são consideradas protetoras da sua saúde mental, atuando como facilitadoras da cura em situações de descompensação. Por este motivo, revela-se de especial importância que se tenham em linha de conta os fatores sociais ao longo da vida dos indivíduos, principalmente nas fases em que estes apresentam maior vulnerabilidade, como o envelhecimento (Paúl, 2005). A participação social abrange dois aspetos: as relações sociais e a prática de atividades produtivas que vão influenciar muito a qualidade de vida, o bem-estar subjetivo e satisfação com a vida (Fontaine, 2000).

O envelhecimento social acarreta uma modificação da pessoa e da sua posição na sociedade, bem como do seu relacionamento com os outros. Isto verifica-se através de: crise de identidade; mudança de papéis; reforma; perdas diversas, que abrangem inúmeras áreas das quais se destacam a condição económica, perda de familiares e amigos, independência e autonomia; diminuição dos contactos sociais (Zimmerman, 2000).

Debruçamo-nos agora sobre algumas destas transformações que o envelhecimento social acarreta e que são exaustivamente referenciados por diversos autores.

A crise de identidade é provocada no idoso por uma falta de papel social (Zimmerman, 2000), muitas vezes aliada a falta de reconhecimento por parte da sociedade das suas reais capacidades. Quando isto acontece, o idoso depara-se com falta de autoestima e isola-se (Caldas *apud* Silva, 2009).

Muito relacionada com esta crise de identidade está também a crise de pertença. Com o envelhecimento, os papéis sociais, familiares e profissionais alteram-se e surge a necessidade de os substituir por outros que se adequem mais à condição de vida atual. Esta transformação de papéis assume ainda mais relevância se tivermos em conta que a não adaptação ao novo estado de vida pode facultar frustração e indiferença no idoso. Assim, torna-se muito importante que se criem estratégias de socialização dos idosos, para que estes se sintam reconhecidos e valorizados (*Idem*).

Relativamente às transformações a nível dos papéis promovidas pelo envelhecimento, alguns autores ressaltam as que se verificam a nível familiar, laboral, ocupacional e até mesmo na sociedade e que demandam capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida (Zimmerman, 2000; Sequeira, 2010).

Nesta linha de pensamento, Figueiredo (2007) afirma que a velhice é então caracterizada por uma mudança de papéis e perda de alguns deles, sendo talvez mais visível a perda do papel profissional com a chegada da reforma. Hoje em dia, ainda restam muitos anos de vida depois da reforma e os indivíduos devem estar preparados para os enfrentar sem se isolarem ou perderem o rumo (Zimmerman, 2000).

A reforma pode ser classificada em cinco tipos de práticas (Guillemard *apud* Fontaine, 2000):

- *Reforma retirada*: em que o indivíduo se fecha no seu ser biológico, com consequentes limitações a nível social e espacial; a sua participação social e manutenção de atividades produtivas são nulas, verificando-se mesmo uma “morte social”;
- *Reforma terceira idade*: o indivíduo mantém atividades produtivas que ocupam um importante espaço na sua organização temporal, verificando-se assim uma velhice bem-sucedida;
- *Reforma de lazer ou família*: neste tipo de reforma o indivíduo apresenta uma forte ligação com os seus familiares e integra-se socialmente através de

atividades desempenhadas num quadro familiar ou de lazer, realizando sobretudo atividades culturais e/ou desportivas, passeios e viagens;

- *Reforma-reivindicação*: nesta, o idoso contesta o estatuto de velho na nossa sociedade, reivindicando mesmo uma união por parte dos idosos com o intuito de se constituir um grupo de pressão. Ele é de opinião que os idosos devem permanecer ativos;
- *Reforma-participação*: neste tipo de reforma o indivíduo possui um sentimento de velhice bem-sucedida muito fraco, existe sedentarismo com consequências nefastas para a saúde. A maior parte do tempo é passada pelo idoso a ver televisão.

A reforma é um marco de entrada na velhice, muitas vezes associada à perda de importância social e de poder (Figueiredo, 2007). Acarreta aspetos positivos, tais como viver com outro ritmo, possibilidade de estabelecimento de novas metas, investimento no lazer ou formação pessoal (Fonseca, 2006) ou até mesmo a existência de benefícios fiscais (Figueiredo, 2007). Paralelamente traz também aspetos negativos, nomeadamente, diminuição dos rendimentos económicos, perda de contactos sociais e perda de poder. A forma como os aspetos positivos e negativos são encarados depende da condição social e psíquica do idoso e de outros membros da família (Oliveira, 2008). Um facto incontestável é que, perante a reforma se exige aos indivíduos que reformulem as suas rotinas, objetivos e energias (Figueiredo, 2007). Consequentemente, talvez o maior desafio com que os idosos se deparam será a reorganização do seu quotidiano com vista a descobrir um papel que lhes garanta a manutenção do sentido de utilidade (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Num estudo relativo a esta temática Fonseca, citado por Oliveira (2008), concluiu que a satisfação dos indivíduos se mantém nos primeiros anos após a reforma, para o que muito contribui o facto de estes se manterem ativos e com boas relações sociais. À medida que a idade avança, deparamo-nos com uma maior vulnerabilidade, atribuída essencialmente ao envelhecimento, com detrimento da condição de reformado.

Muitas vezes, a reforma com a consequente desvinculação do mundo laboral conduz a uma diminuição da importância do idoso que passa a ser considerado inútil, o que contribui para o seu isolamento (Sequeira, 2010). Nesta linha orientadora, Veras, citado por Sequeira (2010) refere que se revela necessário facultar respostas para este novo

contexto social do idoso, já que, seria lamentável não se criar condições para que os idosos possam gozar de qualidade de vida e bem-estar quando se investe tanto no prolongamento da vida humana.

Outro aspeto relevante do envelhecimento social tem a ver com as diversas perdas sofridas neste período. Muitas reformas são baixas (com exceção de uma classe privilegiada), logo a condição económica do idoso é frágil (Salles, 2009). Paralelamente verifica-se uma alteração das redes sociais ao longo do ciclo vital em função do contexto familiar, de trabalho, vizinhança, entre outros. Os familiares, amigos ou companheiros vão desaparecendo e surge a necessidade de reorganizar as redes de apoio informal, com vista à manutenção da autonomia e participação sociais (Paúl, s.d.).

O envelhecimento traz também uma crise de autonomia, uma vez que o idoso fica mais dependente, numa sociedade que privilegia um certo culto unilateral pela independência. Os mais velhos são obrigados a aprender a receber sem poder dar, numa troca muito pouco equitativa e muito associada a uma mentalidade que glorifica os mais jovens e ativos em detrimento dos idosos, mais passivos e pacientes (Caldas *apud* Silva, 2009).

O envelhecimento social também é fértil em modificações a nível familiar e das relações afetivas. Os idosos, por diversos motivos tais como doença, pobreza ou fragilidade emocional, perdem gradualmente a autoridade, abrindo espaço para que filhos e netos se assumam como decisores dos aspetos importantes da sua vida. Todos estes fatores geram tanto comportamentos de autoafirmação, obstinação ou agressividade, como de excessiva dependência, que interferem nas boas relações familiares. Os problemas familiares ganham maior relevância quando se verifica a perda do cônjuge. Este facto, fragiliza emocionalmente o idoso, tornando complicada a reedificação da sua vida afetiva, diminuindo ainda mais os contactos sociais ou agravando mesmo debilidades físicas e emocionais já existentes (*Idem*).

Todos os fatores expostos anteriormente têm consequências significativas no processo de envelhecimento, dificultando-o e diminuindo, não raras vezes, a satisfação dos idosos com a sua vida.

Contudo, é consensual que a satisfação com a vida e um envelhecimento ótimo se revelam indispensáveis para a saúde mental (Paúl, s.d).

Um estudo efetuado por Antonucci, Avron e colegas, citado por Fontaine (2000), resume três importantes conclusões relativas ao estabelecimento de relações sociais em idosos. Os investigadores concluíram que o isolamento é um fator de risco para a saúde e que, apesar de não existir um apoio genérico eficaz para todos os indivíduos, já que um importante fator se encontra relacionado com a forma como o indivíduo apropria esse apoio, os apoios emocionais e instrumentais revelam efeitos muito positivos na saúde.

A participação ativa dos idosos tem sofrido alterações significativas no entanto, Spar e la Rue (2005) enfatizam a necessidade de participação e envolvimento sociais como algo determinante para um envelhecimento bem-sucedido.

O envelhecimento bem-sucedido está intimamente ligado à qualidade de vida, tema que vamos abordar no próximo capítulo.

2-QUALIDADE DE VIDA

Desde o início da sua existência que o ser humano se tem preocupado com a qualidade de vida, assumindo esta, na atualidade, uma busca pessoal e contínua para uma vida saudável e com bem-estar (Santos *et al.*, 2002).

A expressão qualidade de vida foi inicialmente usada em 1920, como referência a condições de trabalho e suas consequências no bem-estar dos trabalhadores, tendo posteriormente desaparecido até à década de 60 (Wood-Dauphine e Kuchler *apud* Ribeiro, 2005). Começou por ser associada a melhorias no nível de vida, muito ligada a bens materiais adquiridos. Posteriormente passou a incorporar o bem-estar, a realização pessoal, qualidade de relacionamentos, educação, estilos de vida, saúde e lazer (Seidl e Zannon, 2004). Tornou-se um conceito popular sobre o qual todos discutem, concordando ou não. Contudo, esta popularidade converteu-se num obstáculo ao seu estudo, dificultando-o (Ribeiro, 2005). Não existe um consenso quanto ao que realmente significa qualidade de vida, apesar de estar claramente na moda (Ogden, 2004).

Para alguns autores, qualidade de vida encontra-se relacionada com o bem-estar pessoal associado a satisfação ou insatisfação com determinadas áreas de vida de suma importância para o indivíduo em causa (Ferrans e Powers *apud* Ribeiro, 2001). Corroborando esta ideia Michalos, citado por Bowling (2001), ressalva que nos países desenvolvidos a percepção de qualidade de vida se encontra pouco relacionada com necessidades básicas para o ser humano, uma vez que estas se encontram plenamente satisfeitas, indo sim ao encontro das expectativas de vida individuais e comparações sociais com conquistas passadas e com os outros. É também a diferença, num determinado período de tempo, entre as expectativas e esperanças dos indivíduos e sua experiência presente. A qualidade de vida é então influenciada pela experiência passada, pelas circunstâncias presentes e pelas aspirações futuras (Calman *apud* Bowling, 2001).

Pode também ser vista como um reflexo da forma como os indivíduos percebem e reagem à sua saúde e a outras partes não médicas da sua vida, não se tratando

propriamente de uma descrição do estado de saúde (Gill e Feinstein *apud* Sullivan *et al.*, 2000).

Trata-se de um construto que engloba diversos fatores tais como ambientais, nível de rendimentos, saúde, modo de vida, satisfação, autoestima, entre outros. Desta forma, depreende-se que alguém tem boa qualidade de vida quando possui um sentimento de bem-estar, emotividade equilibrada, integração social e bom estado físico. Para que esta possa ser avaliada há que ter em conta o bem-estar físico, mental e social, tal como são percebidos por cada indivíduo, existindo assim diversas avaliações da qualidade de vida (Cassou, 2001; Heininen, Aro e Aalto *apud* Torres *et al.*, 2009).

A noção de qualidade de vida é relativa e pode ser descrita de acordo com três referências: histórica, cultural e padrões de bem-estar. A referência histórica tem a ver com o facto de, num determinado tempo de uma sociedade existir um parâmetro de Qualidade de Vida, que pode diferir de acordo com a época, na mesma sociedade. A cultural baseia-se na noção de que valores e necessidades são diferentes nos diversos povos. Por fim a referência ao padrão de bem-estar, estratificado entre as classes sociais, onde existem inúmeras desigualdades e onde a ideia de qualidade de vida se encontra relacionada com o bem-estar das camadas superiores (Minayo, Hartz e Buss *apud* Kluthcovsky e Takaanagui, 2007).

Não existe uma definição consensual sobre qualidade de vida, apesar de existir concordância relativamente a determinadas características. Esta é muitas vezes referida como um conceito complexo, com uma grande diversidade de significados e inúmeras abordagens teóricas, bem como diversos métodos para ser medido (World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), 1995; Kimura e Silva, 2009).

Apesar da inexistência de consenso, a qualidade de vida pode ser definida como:

“uma percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito que incorpora de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de independência, as suas relações sociais, as suas crenças pessoais e as suas relações com os acontecimentos do seu meio ambiente” (WHOQOL, 1995, p. 1405).

Desta forma, a qualidade de vida é um reflexo da percepção que os indivíduos possuem de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas ou que, pelo contrário, lhes estão a ser negadas oportunidades de autorrealização e felicidade, independentemente do seu estado de saúde físico, da sua realidade social ou económica (OMS *apud* Pereira *et al.*, 2006).

Assim, a OMS propõe um conceito de qualidade de vida subjetivo, multidimensional e bipolar.

A subjetividade do conceito tem a ver com o facto de se considerar como um determinado indivíduo avalia a sua situação pessoal, não só relativa ao seu estado de saúde, mas também a diversas variáveis não médicas da sua vida (WHOQOL, 1995).

Também para Vecchia *et al.* (2005) e Bond e Corner (2006) o conceito de qualidade de vida é subjetivo e depende do nível sociocultural, faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Bond e Corner (2006) salientam que, de acordo com uma perspetiva construtivista, o conceito de qualidade de vida encontra-se na mente de cada indivíduo e só procurando o seu relato subjetivo se pode ter acesso ao mesmo.

Contudo, a subjetividade do construto qualidade de vida não é total já que existe um componente objetivo indissociável do meio e da vida dos indivíduos, que influencia a sua percepção ou subjetividade (Meeberg; Paschoal *apud* Kluthcovsky e Takayanagui, 2007). Assim, alguns autores, apesar de considerarem o aspeto subjetivo da qualidade de vida muito importante e essencial para a sensação de satisfação pessoal intrínseca ao construto, referem-se também à importância de um componente objetivo. Este pode ser explicado com um exemplo bastante simples e elucidativo. Um indivíduo pobre e que nunca conheceu outra forma de vida pode sentir-se feliz com a sua condição e a sua vida, contudo, na perspetiva de outro indivíduo que não partilhe as mesmas condições de pobreza e que tenha percepção dos riscos de saúde predominantes, a avaliação da qualidade de vida do primeiro indivíduo não seria a melhor (Meeberg *apud* Silva, 2009).

As condições objetivas são suscetíveis de ser observadas por agentes externos, uma vez que se usam parâmetros conhecidos e replicáveis, tais como competências comportamentais dos indivíduos ou condições físicas do ambiente, entre muitas outras. Por outro lado, as condições subjetivas implicam a observação: i) indireta baseada nas

opiniões e relatos individuais, sob condições objetivas de que um grupo dispõe; ii) sobre o que este considera satisfatório, iii) sobre os seus efeitos no bem-estar tanto individual como coletivo (Neri *apud* Silva, 2009).

Reportando-nos agora à multidimensionalidade, esta refere-se à aceitação geral de que este conceito abrange diversas dimensões ou domínios. Procurando identificar os domínios decisivos para a qualidade de vida, Cramer, citado por Ribeiro (2001), dedicou-se ao estudo dos mesmos, baseando-se no grupo WHOQOL. O referido estudo inclui seis domínios:

- *Saúde física*: referente à saúde geral (medo da doença e incapacidade), dor e desconforto, energia e fadiga, atividade sexual, sono e repouso;
- *Saúde psicológica*: Inclui o afeto positivo, funções sensoriais, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem pessoal e aparência, afeto negativo;
- *Nível de independência*: referente a mobilidade, atividades de vida diária, dependência de substâncias (médicas e não médicas), capacidade de comunicação, capacidade de trabalho;
- *Relações sociais*: inclui a intimidade (relações amorosas), suporte social prático, atividades de cuidar e fornecer apoio;
- *Ambiente*: referente a segurança física, ambiente do lar, satisfação com o trabalho, recursos económicos, acesso e qualidade da segurança social e cuidados de saúde, oportunidades para adquirir informação e perícias novas, participação e oportunidades de recreação e lazer, poluição, ruído, ambiente automóvel, transporte;
- *Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais*: refere-se aos aspetos filosóficos, que estão além do substantivo.

Outra característica da qualidade de vida tem a ver com facto de ter um aspeto bipolar: inclui dimensões positivas (como o funcionamento no desempenho de papéis, contentamento e mobilidade) e negativas (como sentimentos negativos, dependência de medicação, fadiga e dor). Assim, revela-se importante em qualquer avaliação sobre a qualidade de vida a inclusão das perceções individuais de ambas as dimensões descritas anteriormente (WHOQOL, 1995).

Outro aspeto interessante ressaltado por Paschoal, citado por Kluthcovsky e Takayanagui (2007), é a mutabilidade do construto, partindo do pressuposto que, em função do tempo, local, pessoa ou mesmo contexto cultural, a avaliação da qualidade de vida pode sofrer alterações.

Recentemente, as diversas perspetivas de qualidade de vida podem ser classificadas em quatro grupos que resultam do cruzamento de dois eixos. Nestes encontram-se representadas (Ribeiro, 2001):

- *Perspetiva funcional genérica*, talvez uma das mais utilizadas e que foca o que é comum a todos os indivíduos, com ou sem doença;
- *Perspetiva funcional específica*, utilizada em avaliações a doenças específicas;
- *Perspetiva de Bem-estar Genérico*, que indaga o indivíduo relativamente ao modo como se sente em determinado momento;
- *Perspetiva de Bem-estar Específico*, relativa a escalas com itens específicos de bem-estar para uma determinada doença.

Desta foram, podemos concluir que existe um número variável de domínios e componentes considerados na qualidade de vida que, no entanto, dependem dos objetivos e do nível de aprofundamento com que se pretende realizar determinado estudo (Ribeiro, 1994).

Assim, devemos estar cientes que o conceito de qualidade de vida possui algumas características operacionais que devem ser tidas em linha de conta na sua avaliação (Schipper, Clinch e Power *apud* Ribeiro, 2005):

- *multifatorialidade*, que significa que os parâmetros da qualidade de vida abrangem mais do que um aspeto ou domínio, representando um vasto conjunto de experiências pessoais que têm em conta diversas dimensões;
- *auto-administração*, que significa que a qualidade de vida da pessoa que está a ser avaliada só pode ser interpretada por ela;
- *variação temporal*, que significa que a qualidade de vida varia com o tempo;
- *subjetividade*, que se refere à perceção pessoal da pessoa avaliada em que se baseia a qualidade de vida.

Contudo, na avaliação da qualidade de vida em idosos, é importante ter presente que esta é determinada por diversos fatores, muitos dos quais nem sempre fáceis de avaliar cientificamente. Podemos fazer uma distinção entre fatores objetivos e subjetivos. Nos fatores objetivos incluem-se as condições de saúde, as relações sociais, o grau de escolaridade, a realização de atividades lúdicas e a capacidade económica (Lawton; Lawton *apud* Diogo, 2003). Os fatores subjetivos referem-se ao bem-estar psicológico, isto é, às experiências pessoais, aos estados internos que podem ser manifestados através de sentimentos, às reações afetivas e a construtos psicológicos tais como felicidade, satisfação, saúde mental, sensação de controlo, competência social, stress e saúde percebida (Diener e Suh *apud* Diogo, 2003).

Os idosos não possuem uma satisfação com a vida inferior à dos grupos etários mais jovens, isto porque, sentimentos como felicidade, tristeza e bem-estar subjetivo não se degradam com a idade (Cameron *apud* Fontaine, 2000). Apesar da diminuição das competências cognitivas, do comprometimento das competências motoras e da autonomia, os idosos perspetivam-se com boa qualidade de vida, alcançando, muitos deles, um envelhecimento bem-sucedido (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Deste modo, nos idosos a qualidade de vida ganha ênfase em aspetos como sentimentos de eficácia cognitiva, competência social e produtividade, controlo pessoal e motivação (Baltes e Baltes; Day *apud* Bowling, 2001).

Num estudo efetuado no Brasil, foi perguntado a 365 idosos o que era qualidade de vida. De acordo com as respostas recebidas, foram identificados 3 perfis de idosos. O primeiro valoriza os relacionamentos interpessoais, a saúde e o equilíbrio emocional, ou seja, valoriza os afetos e a família. O segundo enfatiza os hábitos de vida saudáveis, os bens materiais e a ocupação dos tempos livres, dando valor ao prazer e ao conforto. O terceiro e último considera que a qualidade de vida tem sobretudo a ver com espiritualidade, o trabalho realizado com prazer, a retidão e a caridade, o acesso à educação e viver em ambientes favoráveis (Vechia *et al.*, 2005).

Num outro estudo, efetuado no Reino Unido a 999 idosos que vivem ainda na sua própria casa, Gabriel e Bowling (2004) procuraram perceber o que era a qualidade de vida em idosos com base na opinião dos mesmos. Os resultados demonstraram que os diversos domínios da qualidade de vida se encontram interligados e interagem entre eles. Os autores do estudo consideram que nos estudos sobre qualidade de vida se deve

reconhecer que os domínios e variáveis que a influenciam não são apenas as características e circunstâncias individuais mas também a interação entre os indivíduos e as estruturas sociais que os rodeiam. Para os idosos entrevistados a qualidade de vida está relacionada com:

- boas relações sociais;
- viver na sua própria casa e num bairro seguro;
- viver num local com acessos fáceis a diversos serviços essenciais e com boa rede de transportes;
- ter atividades de lazer e atividades sociais que permitam manter um papel ativo na sociedade;
- ter boa resiliência psicológica e ser capaz de aceitar as circunstâncias da vida que não podem ser alteradas;
- ter boa saúde e mobilidade;
- ter dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades básicas;
- ser capaz de entusiasmar as pessoas a participar ativamente na sociedade e a usufruir da vida;
- manter a independência individual e o controlo sobre a sua vida.

Em qualquer momento do ciclo de vida a qualidade de vida assume-se como um construto multifacetado e a sua avaliação inclui diversos critérios nomeadamente biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que têm em conta as relações passadas, presentes e prospetivas, a nível individual ou coletivo, com o ambiente físico e social. Fazem também parte desta avaliação os valores pessoais e sociais, o respeito pela norma, pelo que é tido como desejável ou ideal relativamente ao bem-estar subjetivo e objetivo (Neri *apud* Silva, 2009).

Desta forma, revela-se deveras importante considerar os aspetos valorizados pelos idosos na qualidade de vida que, para além da saúde, também devem incluir a satisfação destes com a vida, meio físico e social envolvente e bem-estar psicológico (Paúl, 2005).

A forma como cada indivíduo vivencia a velhice pode influenciar a sua perceção da qualidade de vida. Esta pode ser vista como muito boa ou péssima, tornando-se claro que depende da interpretação emocional que cada idoso faz de tudo o que ocorreu na sua vida (Xavier *et al. apud* Pereira *et al.*, 2006).

Assim, a avaliação da qualidade de vida em idosos acarreta grande interesse social e científico, já que os resultados da mesma facultam diversas intervenções em políticas sociais e programas gerontogeriátricos que visam o bem-estar dos mesmos (Veras *apud* Santos *et al.*, 2002).

Após termos abordado a qualidade de vida é relevante focarmo-nos agora na qualidade de vida relacionada com a saúde.

2.1- QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Nos últimos anos, muitos são os que procuraram investigar e desenvolver trabalhos relacionados com a qualidade de vida, sendo inevitável a sua associação com o bem-estar individual. Da generalização do conceito de qualidade de vida a ambientes clínicos emergiu um outro conceito, o de qualidade de vida relacionada com a saúde (Ribeiro, 1994).

Nos cuidados de saúde, o conceito de qualidade de vida assume uma importância que tem vindo a aumentar. Inicialmente examinado fora do campo da saúde em estudos a populações que não possuíam doenças generalizou-se em ambientes clínicos com o desenvolvimento de estudos sobre saúde, passando a ser referido com qualidade de vida relacionada com a saúde (*Idem*).

Atualmente encontramos-nos perante uma mudança clara e universal da morbilidade e da mortalidade das populações, face a um aumento significativo das doenças crónicas e degenerativas. Os progressos tanto a nível do tratamento como do controlo dessas doenças, com um conseqüente aumento da sobrevivência, têm influenciado o crescente interesse pela qualidade de vida relacionada com a saúde (Seidl e Zannon, 2004).

Este interesse também se deve ao envelhecimento global da população mundial, uma vez que, uma vida mais longa se encontra muitas vezes associada a uma prevalência mais elevada de doenças crónicas e deficiências funcionais (Teymoori, Dadkhah e Shirazikhah, 2006).

Faz sentido então a transição de uma visão muito abrangente de qualidade de vida (que engloba não só a saúde como também o padrão de vida, o estatuto económico, entre outros aspetos), para uma visão focada nos aspetos da qualidade de vida mais diretamente afetados pela saúde e que são suscetíveis de ser alterados (Bosworth *et al.*,2000).

O domínio “Saúde” é um dos 12 domínios avaliados por Campbel, Converse e Rodgers e, uma vez que foi o que apresentou maior correlação com o resultado total da qualidade de vida é considerado o que melhor explica a mesma, ou seja, a “saúde” é um dos domínios fundamentais para a qualidade de vida (Campbel, Converse e Rodgers *apud* Ribeiro,1994).

Desta forma, qualidade de vida, estado de saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde são equivalentes, quando aplicadas em contextos clínicos. Assim, o estado de saúde pode ser encarado como uma medida da qualidade de vida, num momento específico (Fries e Spitz *apud* Ribeiro, 1994).

Qualidade de vida relacionada com a saúde é um “conceito específico do sistema de cuidados de saúde, que pode ter dois sentidos diferentes: *geral* para o sistema de cuidados de saúde e *específico* para cada uma das doenças” (Ribeiro,1994, p. 181). Explicitando melhor esta ideia, o autor refere que a qualidade de vida relacionada com a saúde adquire um sentido geral quando se reporta à qualidade de vida dependente das doenças que as pessoas possuem e analisa a contribuição das mesmas e do seu tratamento para a qualidade de vida dos indivíduos. No sentido específico, a qualidade de vida relacionada com a saúde está relacionada com as limitações ou com o modo como uma determinada doença afeta a qualidade de vida de um indivíduo.

Se a definição genérica de qualidade de vida é bastante ampla e influenciada por estudos sociológicos, não existindo qualquer referência a disfunções, por outro lado, a da qualidade de vida relacionada com a saúde parece implicar aspetos mais diretamente relacionados com doenças ou intervenções no âmbito da saúde (Seidl e Zannon, 2004). Geralmente, estas definições referem-se ao impacto que a doença teve na qualidade de vida dos indivíduos.

Podemos definir qualidade de vida em saúde como uma valorização subjetiva de diferentes aspetos da vida relacionados com o estado de saúde que os indivíduos

apresentam (Guiteras e Bayés *apud* Seidl e Zannon, 2004) ou aspetos da vida quotidiana dos indivíduos que, apesar de significativos para a sua qualidade de vida, são afetados por alterações no seu estado de saúde (Cleary *et al.* *apud* Seidl e Zannon, 2004).

Sendo uma subdivisão da qualidade de vida, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se habitualmente à experiência global de saúde dos indivíduos ou ao bem-estar subjetivo relacionado com a saúde, estado funcional ou saúde percebida (Bond e Corner; O'Connor *apud* Tajvar, Arab e Montazeri, 2008). É um conceito que representa as respostas dos indivíduos aos efeitos físicos, mentais e sociais que a doença produz sobre a sua vida diária, que vai ter claras influências sobre a forma como se pode conseguir satisfação pessoal com as circunstâncias da vida (Bowling, 2001).

Na população idosa, qualidade de vida relacionada com a saúde adquire contornos específicos, podendo ser descrita em termos de estado funcional, independência e capacidade para se envolver em atividades de vida (Imberly e Dana, 2006). Assim, um importante objetivo das pesquisas sobre qualidade de vida relacionada com a saúde, neste grupo etário, é permitir que os idosos mantenham a sua mobilidade, independência, contribuição ativa para a sociedade, podendo responder de forma eficaz aos desafios da velhice e usufruir de um envelhecimento ativo (Bowling *apud* Tajvar, Arab e Montazeri, 2008).

Encontramo-nos assim perante um novo paradigma em saúde em que um idoso, apesar de ter uma ou mais doenças crónicas, é considerado saudável, quando comparado com outro com as mesmas doenças, mas que não possui qualquer controlo sobre elas. Este último, frequentemente tem sequelas e incapacidades resultantes dessas mesmas doenças, podendo apresentar reclusão social, sedentarismo, défice cognitivo, pouca autoestima ou até mesmo abandonar os autocuidados. Um envelhecimento saudável está intimamente ligado à autonomia e à capacidade de gestão da sua própria vida (atividades de lazer e convívio social) e é o resultado de uma interação multidimensional entre saúde física, mental, independência, integração social, suporte familiar e independência económica (Ramos, 2003).

O desenvolvimento de estudos sobre qualidade de vida relacionada com a saúde revela-se bastante importante, uma vez que, conseqüentemente poderemos assistir a mudanças nas práticas assistenciais do processo de saúde e doença, tais como a suplantação do tradicional modelo biomédico. Neste modelo são muitas vezes negligenciadas

dimensões importantes, nomeadamente a socioeconómica, psicológica e cultural, muito importantes na prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde e cuja contribuição se revela muito importante quando falamos de qualidade de vida (Seidl e Zannon, 2004).

Face a tudo o que foi referido torna-se evidente a crescente importância da qualidade de vida relacionada com a saúde, muito valorizada em contextos de saúde e, em especial, por aqueles que, apesar de possuírem uma doença crónica, conseguem lidar com ela da melhor forma. Neste contexto, assumem especial relevância os idosos com um conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde muito próprio e de acordo com as suas expectativas em relação à sua saúde em geral ao longo do processo de senescência.

Após nos termos focado na qualidade de vida, vamos abordar no próximo capítulo o suporte social.

3-SUPORTE SOCIAL

O envelhecimento tem gerado um interesse crescente nas sociedades ocidentais, criando a necessidade de respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos. São visíveis as diversas iniciativas que têm como preocupação principal as questões ligadas ao envelhecimento e apoio social (Martins, 2005).

A história do apoio social é relativamente recente. Fenómenos como a urbanização e a industrialização despertaram o interesse dos sociólogos devido às suas consequências sociais. Estes concluíram que as sociedades urbanas diminuem os laços sociais facultando fenómenos de solidão, alheamento e desenraizamento (Nunes, 2005).

Foi na década de 70 que se verificou um aumento das investigações relacionadas com o suporte social (Matsukura, Marturano e Oishi, 2002; Nunes, 2005). Trabalhos pioneiros como os de Cassel, Caplan e Cobb abriram o caminho para a concetualização e desenvolvimento do suporte social ao pressuporem a influência das interações sociais no bem-estar e saúde das pessoas (Seidl e Tróccoli, 2006).

A aceitação generalizada de uma definição de suporte social não tem sido fácil devido à diversidade de conceitos e tipologias (Ornelas, 1994). Uma das primeiras definições deve-se a Cobb em 1976. Este definiu suporte social como: i) informação que leva o sujeito a acreditar que é amado e que os outros se preocupam com ele; ii) informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e tem valor; iii) e informação que conduz o indivíduo a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas (Cobb, 1976).

No entanto, talvez a definição mais utilizada de suporte social seja a de Sarason *et al.* que o descrevem como “a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason *et al.*, 1983, p127).

O suporte social revela-se um construto interativo, podendo ser descrito como o suporte acessível a qualquer indivíduo, sendo fornecido pelas relações estabelecidas pelo

mesmo com outros indivíduos da comunidade (Ornelas, 1994). Esta ideia é corroborada por Nunes (1999) que se reporta ao suporte social como um conjunto de transações interpessoais que poderão ser constituídas com diversas pessoas significativas, tais como família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, patrão, prestadores de cuidados e outros profissionais. Acrescenta ainda que estas transações incluem preocupações a nível emocional (simpatizar, gostar ou amar), apoio instrumental (bens e serviços), informação e reconhecimento por parte do indivíduo. Nesta perspetiva, o apoio é veiculado como um promotor de assistência, que faculta a sobrevivência dos seres humanos.

Quando nos reportamos ao suporte social, falamos sobretudo de um processo de influência mútua, dinâmico e transacional entre um indivíduo e a sua rede de apoio, representando duas partes: o “apoio”, relativo a atividades instrumentais e expressivas e o “social” que espelha o vínculo do indivíduo ao meio social em três vertentes: comunitária, rede social e de relacionamento íntimo (Loreto *apud* Martins, 2005).

O conceito de suporte social inclui a integração social e as redes sociais, representando estas últimas a base para a integração e suporte social. A integração social encontra-se relacionada com a estrutura e quantidade de relações sociais, nomeadamente o tamanho e a densidade das redes, a frequência da interação, podendo também incluir a perceção subjetiva do envolvimento. Por outro lado, o suporte social refere-se à qualidade e função das relações sociais estabelecidas, à perceção de disponibilidade de apoio ou até mesmo ao suporte atualmente recebido (Schwarzer e Rieckmann, 2002).

Desta forma, o suporte social reporta-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas para o indivíduo em determinadas situações da vida. No entanto, a perceção pessoal de cada indivíduo é responsável pela subjetividade e individualidade do mesmo (Martins, 2005).

A verdade é que todas as definições de suporte social focam a importância de relacionamentos e partilhas interpessoais, independentemente do processo inerente ao suporte social.

Quando falamos em suporte social é inevitável não falar em participação social dos indivíduos. Para Fontaine (2000), esta última apresenta duas componentes, a saber: i)

manutenção das relações sociais;ii) e realização de atividades produtivas com vista à manutenção da qualidade de vida, do bem-estar subjetivo e da satisfação na reforma.

A participação social ocorre quando, num conjunto de ações levadas a cabo pelos indivíduos, existe partilha dos seus recursos com outros (Bukov, Maas e Lampert, 2002).

O suporte social revela-se muito importante em situações de stress. Diversos estudos têm evidenciado que indivíduos que pertencem a uma rede social forte, capaz de fornecer apoio em acontecimentos de vida menos positivos, sentem menos intensamente situações potencialmente stressantes (Vaz Serra, 1999).

Sem dúvida que se verifica um papel protetor das forças sociais sobre os indivíduos. Algumas das razões veiculadas para tal são: o estabelecimento de elos afetivos mais firmes que aumentam a segurança; a contribuição para a integração social dos indivíduos, favorecendo o reconhecimento, valor e competências dos mesmos; facultarem trocas, conselhos e informações; proporcionarem a prestação de cuidados a outras pessoas facultando, deste modo, sentimentos de utilidade (*Idem*).

Tem-se verificado um esforço por parte de diversos autores para sistematizar o conceito de Suporte Social, definindo-o através de tipo, fontes e funções, entre outros.

Explicitando melhor esta ideia, Barrón (1996) sistematizou os diversos tipos de apoio social num modelo simples que distingue: apoio emocional, apoio material e instrumental e apoio de informação.

O *apoio emocional* refere-se à existência de alguém com quem se pode dialogar, o que vai facultar um sentimento de bem-estar afetivo. Neste tipo de apoio, o indivíduo sente-se amado, querido e respeitado, existindo demonstrações de amor, afeto, carinho, simpatia, empatia e estima.

O *apoio material e instrumental* diz respeito às ações ou materiais facultados por outras pessoas com o intuito de ajudar a resolver problemas ou facilitar a realização de tarefas quotidianas. Com este tipo de apoio procura-se aumentar o tempo disponível para atividades de lazer através da diminuição da sobrecarga de algumas tarefas. Este apoio só é efetivo se o recetor do mesmo o entender como apropriado.

Relativamente ao *apoio informação*, este refere-se ao processo que proporciona às pessoas informação ou orientação com o propósito de as auxiliar a compreender o seu mundo e/ou a adaptar-se às alterações que nele existam.

Outro tipo de suporte social é o referido por Cohen e McKay que fazem a distinção entre suporte social psicológico, referente ao fornecimento de informação e suporte social não-psicológico correspondente ao suporte tangível (Ribeiro, 2011).

Outros autores fazem a distinção entre suporte social percebido e recebido. O primeiro refere-se ao suporte que o indivíduo percebe como disponível em caso de necessidade e, o segundo, ao suporte social que foi recebido por alguém (Henderson e Scott *apud* Ribeiro, 2011).

A perceção que o indivíduo possui relativamente aos outros como recursos disponíveis vem enfatizar o papel do apoio social percebido. Deste modo, a perceção individual do Suporte Social e da sua consequente disponibilidade vão subordinar-se a diversas variáveis situacionais a par com características individuais da própria personalidade, índole cognitiva e transações sociais. Encontram-se assim realçados os aspetos cognitivos e interpessoais dos indivíduos (Matos e Ferreira, 2000).

Existem duas importantes fontes de suporte social distinguidas por Dunst e Trivette e citadas por Ribeiro (2011): suporte social informal e formal. No primeiro encontram-se incluídos indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc) e grupos sociais (clubes, igreja, etc) que fornecem auxílio em atividades do dia-a-dia como resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos. Do segundo fazem parte tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.), que se encontram organizadas com o intuito de fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Tendo em conta estas fontes de suporte social, foram desenvolvidos diversos estudos. Olsen *et al.* citados por Ribeiro (2011) verificaram que a faixa etária é determinante para o fornecimento de suporte social. Assim, no grupo etário dos 30-49 anos o cônjuge exerce maior influência, enquanto no caso de jovens e idosos é a família mais determinante. Também Ribeiro citado por Ribeiro (2011) realizou um estudo com jovens na população portuguesa onde se debruçou sobre diferentes dimensões do suporte social, fornecidas por diversos agentes. Este verificou que a fonte mais

importante de suporte social é a família. Esta ideia é corroborada por Matsukura *et al.* (2007). Estes autores referem que o suporte social provém de várias fontes e que a família (próxima e extensa) é responsável pela maior promoção de suporte emocional. Os mesmos autores acrescentam que aos serviços de assistência cabe a responsabilidade pelo apoio informacional.

Independentemente do tipo ou fonte de suporte social oferecidos, este envolve pessoas significativas para o indivíduo recetor e tem diversas funções. Ornelas (2008) identifica como funções do suporte social a autoestima, o *status*, a informação, a assistência, as relações de amizade e a satisfação.

Relativamente à primeira, a *autoestima*, refere que ao longo da vida os indivíduos se deparam com situações que ameaçam a mesma. Isto vai suscitar dúvidas relativas a capacidades pessoais, atratividade social ou mesmo a capacidades profissionais. Neste contexto, o suporte social vai assumir-se como um recurso interpessoal na confrontação de dificuldades.

O *status* pode advir por exemplo do casamento, considerado um processo capaz de demonstrar a capacidade do indivíduo de manter relações próximas e criar filhos, ou de participação em atividades sociais que envolvam algum tipo de seleção ou aprovação formal, demonstrando a valorização comunitária de um determinado indivíduo.

É também através do suporte social que se pode proporcionar *informação*, aconselhamento ou orientação.

Já relativamente à *assistência instrumental*, o suporte social tem uma função muito importante. Ao facultar ajuda, suporte tangível ou suporte material, proporciona bem-estar, reduz a quantidade de tarefas a desempenhar aumentando o tempo disponível para lazer e proporciona suporte financeiro ou material.

A *amizade* é uma outra função do suporte social uma vez que, proporciona relações sociais importantes de suporte (que podem incluir visitas, jantares, festas ou excursões) que proporcionam satisfação.

A última função do suporte social referida por Ornelas (2008) é a *satisfação*. Para este autor, as redes sociais podem representar um importante papel, aumentando a satisfação dos indivíduos.

Em resumo, o suporte social revela-se um processo dinâmico e complexo e não uma simples construção teórica. Envolve transações entre os indivíduos e as suas redes sociais que facultam a promoção dos seus recursos pessoais com o intuito de enfrentarem novas exigências e atingirem novos objetivos (Martins, 2005).

Intimamente ligadas ao suporte social encontram-se as redes sociais, que abordaremos em seguida.

3.1. REDES SOCIAIS

Ao longo do ciclo de vida, os indivíduos estabelecem interações com os outros de diversa ordem que lhes proporcionam um sentimento de identificação e pertença muito importantes.

Em muitas situações difíceis, a maioria dos indivíduos tem alguém a quem pode solicitar ajuda, independentemente do tipo de relação existente. São estes amigos, familiares, colegas de trabalho ou conhecidos que frequentam as mesmas associações que constituem a rede social de apoio. Nesta, existe uma interdependência mútua. A sua importância é de tal ordem que a rede passa a fazer parte da identidade do indivíduo, apesar da possibilidade de alteração dos membros que a constituem ao longo do tempo (Vaux, 1988).

A rede social pode ser definida como o campo relacional total do indivíduo, incluindo todas as pessoas que este considera significativas, no meio social em que se encontra inserido. Fornece, a par com os inusitados apoios funcional e emocional, um importante elemento de construção da identidade pessoal (Alarcão e Sousa, 2007).

As redes sociais podem ser descritas em função de diversas características, tais como: *tamanho*, que inclui o número de membros da rede; *densidade*, ou seja, até que ponto os membros da rede estão ligados entre si; *contorno limitado*, referindo-se ao grau no qual eles são medidos com base em grupos estruturais tradicionais, como trabalho, vizinhos e família; *homogeneidade*, ou seja, congruência dos membros da rede no que concerne a determinados aspetos (Berkman *et al.*, 2000).

As redes sociais podem sofrer alterações na sua constituição ao longo do tempo, uma vez que possuem tamanhos e fronteiras pouco delimitadas (Ornelas, 2008). Desempenham um importante papel: proporcionam suporte e influência sociais, facultam a mobilização social e o apego, bem como acesso a recursos e bens materiais. Todos estes aspetos micro-psicossociais e comportamentais vão influenciar o estado de saúde (Berkman *et al.*, 2000).

As redes sociais podem ser categorizadas em redes primárias e secundárias. As redes primárias incluem a família, amigos e vizinhos e os vínculos estabelecidos são de natureza afetiva. Estas redes, ao longo do tempo, podem sofrer alterações, não só devido a mobilidade espaço-temporal, mas também a alterações das relações interpessoais (Alarcão e Sousa, 2007).

As redes secundárias são sobretudo fruto de relações institucionais e marcadas por laços formais. Têm como objetivo primordial o fornecimento de serviços, respondendo a exigências de natureza funcional. Por estes motivos, este tipo de redes caracteriza-se por uma duração temporal reduzida (*Idem*).

Todos os membros de uma rede social cumprem, individualmente ou em conjunto, diversas funções (*Ibidem*). As funções da rede estão relacionadas com o tipo de permuta interpessoal existente entre os seus membros (Figueiredo, 2007).

Apesar de muitas vezes se tornar difícil fazer a distinção entre as diversas funções da rede, podem-se destacar sete: companhia social, apoio emocional, apoio cognitivo/aconselhamento, regulação/control social, ajuda material ou instrumental, apoio técnico ou de serviços e acesso a novos contactos. A primeira é descrita como *companhia social* e refere-se à realização de atividades conjuntas, numa relação de partilha assente essencialmente no facto de “estar junto” de alguém (Alarcão e Sousa, 2007). Embora possa parecer uma relação excessivamente superficial, revela-se de suma importância na população idosa (Abreu *apud* Figueiredo, 2007).

O *apoio emocional* implica a existência de uma relação íntima e de proximidade entre os intervenientes, sendo habitualmente desempenhado por amigos próximos ou família. Pode definir-se como uma troca que envolve comportamentos de escuta, aceitação de dificuldades e de sentimentos manifestados (Alarcão e Sousa, 2007).

O *apoio cognitivo/conselhamento* refere-se a uma partilha de informações pessoais e sociais, facultando, deste modo, outras formas de pensar e agir (*Idem*).

Através da *regulação/controle social* procura-se lembrar a um determinado indivíduo as suas responsabilidades e papéis sociais, com o intuito de favorecer a resolução de conflitos e evitar desvios comportamentais. Contudo, apesar do papel preponderante que desempenha na socialização dos indivíduos, esta função pode também facilitar a exclusão dos mesmos em situações limite de desvio (*Ibidem*).

De acordo com os mesmos autores, a *ajuda material ou instrumental* pode ser explicitada como a ajuda fornecida por outrem e que vai aliviar o indivíduo recetor na realização de determinadas tarefas quotidianas. Já o *apoio técnico ou de serviços* diz respeito ao apoio técnico ou de serviços facultado por elementos da rede secundária

Por fim, o *acesso a novos contactos* permite uma abertura a novos indivíduos ou redes que até esse momento não se encontravam na rede social do indivíduo (Alarcão e Sousa, 2007)

A família, integrando elementos de diversas gerações, é sinónimo de rede social de apoio para muitos idosos. Não raras vezes, assumimos que esta dá resposta às necessidades do idoso. Contudo, e felizmente, muitos idosos possuem redes sociais mais diversificadas (Figueiredo, 2007). Este é sem dúvida um aspeto muito positivo, uma vez que vários estudos têm demonstrado que pessoas com redes sociais mais extensas recebem mais apoio quando apresentam vulnerabilidades no âmbito da saúde. Paralelamente, é também aceite que pessoas que receberam algum tipo de apoio informal num momento prévio da sua vida apresentam menor declínio no âmbito da saúde em momentos mais tardios da mesma (Antonucci *apud* Figueiredo, 2007).

É muito importante entender as redes sociais dos indivíduos, em especial nos idosos, já que, desta forma, adquirimos conhecimentos acerca de membros da rede potencialmente disponíveis (Figueiredo, 2007). Nos idosos, as redes sociais adquirem especial relevância pelo apoio e suporte que lhes proporcionam, libertando-os da necessidade de recorrer a um apoio formal que poderia ser uma fonte de stress (Litwin *apud* Figueiredo, 2007).

De facto, à medida que a população envelhece as redes sociais mudam. Estas mudanças vão muito além do mero problema demográfico, tornando-se também num problema

social, uma vez que as estruturas governamentais existentes podem revelar-se incapazes de satisfazer as necessidades sociais e de saúde desta população específica. Assim, as redes sociais dos idosos podem ocupar o lugar de alguns serviços governamentais, desempenhando um importante papel no bem-estar dos mesmos (Gallegos-Carrillo *et al.*, 2009).

Após termos aprofundado conhecimentos sobre as redes sociais de apoio, vamos abordar de seguida a relação entre o suporte social e a saúde.

3.2 - SUPORTE SOCIAL E SAÚDE

Os trabalhos pioneiros de Cobb (1976) revelam-se importantes, uma vez que, introduziram na comunidade científica a influência das interações sociais no bem-estar e saúde dos indivíduos. Nos seus estudos, o autor supracitado procurou entender como um *deficit* de suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças. Ao mesmo tempo, procurou compreender como o suporte social teria um efeito protetor nos indivíduos, face a danos na sua saúde física e mental, em situações de stress. Concluiu então que um suporte social adequado poderia ter efeitos protetores em momentos de crise, tais como luto, reforma, desemprego, recuperação de doenças e hospitalização (Cobb, 1976).

Há evidência de que existe uma relação entre o nível de suporte social e o risco de padecer de várias doenças. As relações pessoais podem promover melhores condições de saúde e, tanto a ajuda recebida como a fornecida, facultam um sentimento de controlo pessoal com clara influência no bem-estar psicológico (Cockerham *apud* Ramos, 2002).

O suporte social tem um efeito direto sobre o bem-estar dos indivíduos e, independentemente do nível de stress, favorece a saúde, ou seja, quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico e vice-versa. O seu efeito protetor revela-se sempre que este atua como moderador de outras forças que influenciam o bem-estar (Martins, 2005).

De facto, tem-se verificado uma melhor adaptação fisiológica e psicológica nos indivíduos quando se verifica uma perceção de disponibilidade de suporte social por parte dos mesmos (Wimberly, Carver e Antoni, 2008).

O suporte social é mesmo tido como um dos principais determinantes tanto da saúde física como da saúde mental. Isto deve-se ao facto de indivíduos mais saudáveis e com maior longevidade se encontrarem socialmente bem integrados e receberem suporte social adequado. Este suporte vem da capacidade das redes sociais apoiarem os indivíduos quando estes são confrontados com situações geradoras de stress (Schwarzer e Rieckmann, 2002).

Indivíduos socialmente integrados desenvolvem tendencialmente menos problemas de saúde, já que têm um conjunto de recursos sociais mais alargado e ao qual podem recorrer em caso de necessidade. Estes recursos vão auxiliá-los a enfrentar as situações com que se vão deparando, tornando-os deste modo menos vulneráveis (Östberg e Lennartsson, 2007).

Parece existir um consenso relativamente à importância do suporte social e à sua correlação com a saúde. O suporte social tem um efeito mediador na proteção da saúde e um papel protetor ao longo de todo o ciclo de vida dos indivíduos (Ribeiro, 1999).

Assim, diversos estudos efetuados nesta área têm evidenciado os significativos efeitos do suporte social na saúde. Singer e Lord, citados por Ribeiro (2011), explicitam esses efeitos após a realização de uma meta-análise, englobando-os em quatro categorias:

- *O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress*- engloba duas visões, uma forte, que afirma que o suporte social impede o efeito negativo do stress sobre o indivíduo; uma fraca, de acordo com a qual, o stress afeta toda a gente, no entanto, a existência de suporte social reduz esse efeito. Nesta categoria, o suporte social é tido como um mediador ou moderador do stress;
- *A não existência de suporte social é fonte de stress*- encara a falta de suporte social como geradora de stress;
- *A perda de suporte social é um stressor*- considera que a perda de um suporte social existente é potenciadora do aparecimento de stress;
- *O suporte social é benéfico*- esta perspetiva opõe-se às anteriores pois considera que o suporte social fortalece os indivíduos, tornando-os mais capazes de lidar

com as adversidades. O suporte social é visto com um recurso, independentemente de existirem ou não fontes de stress.

Os estudos sobre suporte social têm sido maioritariamente orientados por dois modelos teóricos: o de *buffering* e o do efeito direto ou principal. O primeiro modelo vê o suporte social como um protetor que ameniza as consequências negativas que advêm de situações stressantes e têm implicações sobre o bem-estar físico e psicológico. De acordo com esta teoria, os fornecedores de apoio podem ter um papel importante ao auxiliarem na reavaliação da situação stressante ou facilitando a utilização de estratégias orientadas para enfrentar o problema. Tudo isto ajuda a manter a autoestima da pessoa que se encontra em situação de stress, facultando, ao mesmo tempo, feedback e encorajamento, mantendo um sentido de competência e domínio da situação (Cohen & Wills e Thoits *apud* Seidl e Tróccoli, 2006).

O segundo modelo, de efeito direto ou principal, considera os recursos sociais benéficos independentemente de o indivíduo se encontrar ou não perante uma situação stressante. O facto de os indivíduos se encontrarem numa rede de relações sociais tem efeitos positivos tanto no bem-estar físico como emocional (*Idem*).

Um suporte social de qualidade atenua os efeitos do stress e protege a saúde e o bem-estar dos indivíduos (Vaz Serra, 1999). Contudo, a importância do suporte social não se revela apenas quando o indivíduo se encontra sob stress, sendo também importante na prevenção de situações de stress (Ribeiro, 2011).

House e Khan, citados por Matsukura, Marturano e Oishi (2002) apresentam uma estrutura teórica que sistematiza os aspetos presentes no suporte social que podem estar relacionados com a saúde ou stress:

- *relacionamentos sociais* (existência, quantidade e tipo);
- *suporte social* (tipo, fonte, quantidade ou qualidade);
- *rede social* (tamanho, densidade, reciprocidade, intensidade, entre outros).

O suporte social é promotor da saúde uma vez que facilita comportamentos de saúde tais como a prática de exercício físico, bons hábitos alimentares e adesão a regimes médicos (Uchino, 2006). De facto, o ajustamento de pessoas com doenças crónicas parece ser afetado pela disponibilidade e a satisfação com o apoio social recebido (Seidl e Tróccoli, 2006). O apoio e suporte de familiares e amigos têm-se revelado importantes

na promoção da adesão terapêutica dos doentes, já que estes encorajam o otimismo e a autoestima, acalmam o stress provocado pela doença e reduzem a depressão. Deste modo, estimulam o papel ativo do indivíduo doente ao mesmo tempo que fornecem assistência (Shumaker e Hill; Wallston *et al. apud* DiMatteo, 2004).

Por outro lado, o suporte social também se revela importante no alívio do distresse em situações de crise, podendo inibir o desenvolvimento de doenças ou tendo mesmo um papel positivo na recuperação da doença (Rodin e Salovey *apud* Ribeiro, 2011).

Indivíduos envolvidos em redes sociais têm tendencialmente menores índices de mortalidade causada por doenças cardiovasculares (Uchino, 2006), acidentes e suicídios (Belvis *et al.*, 2008). O suporte social revela-se também importante na saúde mental de pessoas idosas e baixos níveis de suporte social estão associados a problemas emocionais (Drageset *et al.*, 2009).

Contudo, a relação normativa mais poderosa do suporte social em termos de proteção da saúde é talvez a conjugal. Existem relações bastante fortes entre o estado civil e o bem-estar, o que pode residir no facto de as pessoas não casadas não terem cônjuges para cuidar delas, apresentando taxas de morbilidade e mortalidade mais elevadas (Ramos, 2002).

Contudo, não é só o estado civil que influencia o suporte social. O autor supracitado faz também referência a uma ligação entre o status socioeconómico e a saúde, referindo que baixos níveis de educação e de rendimentos restringem o acesso ao suporte social, o que tem como consequência taxas mais altas de morbilidade e mortalidade.

Existem também evidências de que os diversos tipos de suporte fornecidos pela família, nomeadamente emocional e funcional, bem como a utilidade dos mesmos, estão relacionados com os efeitos positivos do suporte social. Quando os idosos experienciam estes tipos de suporte social é esperado que se sintam amados, com autoestima alta e seguros para lidar com os problemas de saúde com que se deparem (Cicirelli *apud* Ramos, 2002).

Contudo, apesar das diversas evidências relativas a uma correlação positiva entre suporte social e saúde, alguns autores consideram importante a existência de uma visão mais abrangente sobre as relações sociais e a saúde, que incorpore os seus aspetos positivos e negativos.

Durante muitos anos existiu um grande consenso relativamente aos benefícios do suporte social na saúde dos indivíduos. Contudo, a verdade é que a influência social sobre os indivíduos pode também facultar comportamentos negativos face à saúde tais como consumo de tabaco, álcool, determinadas práticas sexuais e uso de drogas ilícitas (Berkman *et al.*, 2000)

Outro aspeto a ter em conta é que muitas das nossas relações próximas são caracterizadas por aspetos positivos e negativos (Uchino *et al.*, 2001). Não obstante, tomemos como exemplo um doente ao qual é prestado de facto suporte social, não sendo este contudo o mais adequado, seja por falta de informação ou orientação de quem o presta ou até mesmo por excesso de zelo. Nestas circunstâncias, e apesar de os prestadores de suporte quererem ser úteis, contrariamente ao esperado, o suporte social pode ser um agente stressor, com consequentes efeitos nefastos em quem o recebe (Ell *apud* Figueiredo, 2007). Também Krause, citado por Ramos (2002), argumenta que o suporte social pode ter resultados negativos, salientando que estes podem advir da excessiva dependência em relação a poucos indivíduos que possam ajudar. Esta ideia é consentânea com estudos efetuados por Cheng *et al.* (2011) que sugerem que as relações sociais com trocas positivas têm como consequência um bem-estar positivo, enquanto as trocas negativas afetam negativamente o bem-estar.

Um indivíduo que padece de uma doença crónica, cuja situação clínica acarreta dependência, apresenta uma deterioração da sua interação social, reduzindo-se consequentemente o tamanho e a acessibilidade da rede social (Figueiredo, 2007).

Neste contexto, deparamo-nos com alguns efeitos negativos do suporte social na saúde, muitas vezes associados a tarefas desempenhadas pelos cuidadores a par com algum atrito na relação cuidador/recetor de cuidados (Ramos, 2002). Nos idosos, talvez o efeito negativo mais importante seja a falta de autoestima. Esta pode ser explicada pela perceção por parte do idoso recetor de cuidados da sua dependência, falta de autonomia e consequente incapacidade para retribuir a ajuda que lhe é fornecida. Desta forma, o idoso sente-se insatisfeito, stressado e deprimido, podendo mesmo considerar-se uma carga para aqueles que ama (Cicirelli *apud* Ramos, 2002).

Podemos depreender que os efeitos negativos das relações sociais estão sobretudo relacionados com a qualidade das mesmas, a par com a existência de trocas não balanceadas. Estas consequências negativas, em especial o sentimento de ser uma carga

para os outros, são prevalentes em sociedades que valorizam a produtividade e a capacidade de retribuir, de que é um bom exemplo a sociedade ocidental (Ramos, 2002).

No entanto, o argumento a favor da ideia de que o suporte social pode facultar melhores condições de saúde, das mais diversas formas, tem sido preponderante (*Idem*).

De um modo geral o suporte social é promotor da saúde. Quando se encontram sozinhas, as pessoas tendem a preocupar-se demasiado com a doença. Quando existe suporte social adequado, este comportamento muda e as pessoas tendem a enfrentar os problemas, veem a sua autoestima aumentada e redescobrem o seu potencial de resiliência. Deste modo, o risco de adoecer facultado por problemas psicológicos tende a diminuir (Pietrukowicz *apud* Rodrigues e Madeira, 2009).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4- METODOLOGIA

A fase metodológica é a segunda etapa do processo de investigação e pode ser descrita como um conjunto de conhecimentos, métodos e técnicas que ajudam a precisar o fenómeno em estudo, conduzindo ao processo de investigação científica com o intuito de obter respostas para o problema em investigação (Fortin, 1999; Polit, Beck e Hungler, 2004).

É nesta fase que “(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas (...)” (Fortin, 1999, p. 40). Grande parte do sucesso da investigação está dependente desta etapa, visto que esta orienta a pesquisa realizada e assegura a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação.

Neste capítulo descrevemos a metodologia adotada, apresentando os objetivos do estudo, as questões de investigação, o tipo de estudo, as variáveis em estudo, os critérios de seleção da amostra e as suas características gerais, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos de colheita de dados e o tratamento estatístico dos mesmos, tendo em conta os recursos disponíveis.

4.1 - OBJETIVOS DO ESTUDO

Tendo como finalidade estudar a existência de relações significativas entre a qualidade de vida e o suporte social, definimos como objetivos gerais deste estudo:

- caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico;
- caracterizar a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos idosos;
- identificar relações significativas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos idosos;
- conhecer a relação entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos idosos e algumas variáveis sociodemográficas.

4.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A fase inicial de uma pesquisa científica consiste em precisar uma área de interesse ou preocupação do investigador, para a qual pretendemos encontrar algumas explicações. Torna-se necessário elaborar questões de investigação que direcionem o presente estudo.

As questões de investigação que decorrem diretamente do objetivo delineado revelam-se extremamente importantes para se iniciar uma investigação uma vez que especificam os aspetos a estudar. Podem ser descritas como enunciados interrogativos precisos, redigidos no presente, que contêm uma ou duas variáveis, bem como a população alvo do estudo (Fortin, 1999).

Desta forma, da reflexão sobre esta temática surgem-nos as seguintes questões de investigação:

- **Será que a qualidade de vida dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos está relacionada com o grau de satisfação com o suporte social?**
- **Será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos são diferentes em função do sexo?**
- **Será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos estão relacionadas com a idade?**
- **Será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos são diferentes em função do estado civil?**
- **Será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos são diferentes em função das habilitações literárias?**

4.3. TIPO DE ESTUDO

A metodologia quantitativa consiste num processo sistemático de colheita e análise de dados, que se baseia na observação de factos objetivos ou acontecimentos e quantifica os fenómenos recorrendo a procedimentos matemáticos (Fortin, 1999; Polit, Beck e Hungler, 2004).

De acordo com a problemática a investigar e os objetivos inicialmente delineados, optámos por um estudo de índole quantitativa, exploratório e descritivo analítico.

É um estudo exploratório uma vez que procura descrever uma população ou concetualizar uma situação (Fortin, 1999). Para Polit, Beck e Hungler (2004, p. 34), a investigação exploratória, “(...) mais do que simplesmente observar e descrever o fenómeno, (...) investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais está relacionado”. Este tipo de investigação tem como objetivo o esclarecimento dos conceitos e o estabelecimento de relações entre eles (Fortin, 2009)

Por outro lado, enquadra-se também num estudo analítico, uma vez que faz a análise de dados e descritivo pois tem como objetivo saber como se reparte uma determinada população em relação às variáveis designadas ou medir a frequência dos distintos valores de uma característica numa determinada população (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009)

4.4. VARIÁVEIS

Ribeiro (2008, p.36) considera que “ (...)as variáveis da investigação constituem um elemento central dado ser à volta delas que se estrutura a investigação.” Fortin (2009, p. 171) acrescenta que são “(...)qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo.”

As variáveis vão, através de acontecimentos ou mudanças nelas ocorridos, constituir a base da análise do estudo. Os estudos são então constituídos por, no mínimo, duas variáveis: independentes e dependentes, ou principais e secundárias. As variáveis

principais são aquelas que têm peso no momento da conclusão e as secundárias, apesar de importantes na avaliação da situação estudada, raramente se revelam determinantes na conclusão do mesmo (Pocinho, 2012).

Após a fundamentação teórica, selecionamos as variáveis que consideramos mais pertinentes, atendendo aos objetivos do nosso estudo e às particularidades da colheita de dados. Optámos por classificá-las como variáveis principais e secundárias, incluindo nestas últimas aquelas que também se podem classificar como sociodemográficas. Foram então constituídas como variáveis de estudo:

Variáveis principais

- qualidade de vida
- suporte social

Variáveis secundárias/sociodemográficas

- sexo
- idade
- estado civil
- habilitações literárias

4.5- POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população pode ser definida como o conjunto de elementos que partilham características comuns, características essas que são alvo de definição de um conjunto de critérios (Fortin, 2009). No entanto, por razões de diversa ordem, a grande maioria das vezes não conseguimos estudar uma população, havendo necessidade de recorrer a uma amostra.

A amostra do estudo foi constituída por 78 idosos selecionados através da técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

De acordo com Fortin (2009, p. 321), uma amostra por conveniência é “(...)constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”, ou seja, são escolhidos indivíduos que se encontram no local certo, no momento certo.

Na impossibilidade de se aceder ao número total de idosos por não existir um registo atualizado do número de sócios do Centro Norton de Matos, optou-se por entrevistar o maior número possível.

Os critérios de inclusão foram: 1) idade igual ou superior a 65 anos; 2) estar reformado; 3) não apresentar alterações cognitivas; 4) ser colaborante e autorizar participar no estudo.

4.6 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Num estudo de investigação, deve adequar-se o instrumento de colheita de dados de modo a que este responda aos objetivos propostos, às questões de investigação, às características dos elementos da amostra e ao horizonte temporal para realização da pesquisa (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Tendo em conta a problemática do nosso estudo e os objetivos traçados pareceu-nos adequado utilizar um questionário. Fortin (2009) é de opinião que os questionários são um meio rápido e barato para obter dados de um grande número de indivíduos. A mesma autora ressalta também a uniformidade de apresentação e a fidelidade como fatores positivos que facultam as comparações entre os indivíduos que respondem ao mesmo. Também o anonimato é visto como uma vantagem já que tranquiliza os participantes, levando-os a explicitar as suas opiniões.

Com o intuito de atingir os objetivos a que nos propusemos, procedeu-se à elaboração de um instrumento de colheita de dados (Apêndice I). Este foi constituído por três partes distintas:

- a primeira parte era constituída por um conjunto de questões que incidiram sobre: idade, sexo, estado civil e habilitações literárias, com o intuito de obter os dados necessários à caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra;

- a segunda parte incluía o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36) de John Ware Jr. e Cathy Sherbourne, validado para a população portuguesa por Pedro Lopes Ferreira (2000);
- A terceira e última parte era constituída pela Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de José Luís Pais Ribeiro (1999).

Antes de aplicarmos o instrumento de colheita de dados todos os indivíduos foram avaliados pelo **Mini Exame do Estado Mental (MEEM)** para exclusão de alterações cognitivas (Anexo I). O MEEM foi desenvolvido em 1975 por Folstein e colegas com o objetivo de avaliar a função cognitiva e fazer o rastreio de quadros demenciais.

Trata-se talvez do instrumento de avaliação cognitiva mais utilizado no mundo e permite o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade. Foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colegas em 1994 (Sequeira, 2007).

Analisa diversos domínios, nomeadamente, a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Cada resposta certa é cotada com um ponto. A sua cotação varia entre 0 e 30. Para a população portuguesa, os valores de corte a partir dos quais se considera a existência de um defeito cognitivo são:

- Analfabetos : inferior ou igual a 15;
- Entre 1 e 11 anos de escolaridade: inferior ou igual a 22;
- Com escolaridade superior a 11 anos: inferior ou igual a 27 (Sequeira, 2007).

Os resultados são influenciados pela idade e pelo nível de instrução: as pessoas com maior nível cultural ou inteligência prévia podem ter uma pontuação normal e os pouco escolarizados podem produzir falsos positivos.

O **SF-36** é um dos instrumentos de medição mais amplamente utilizados em diferentes contextos com o intuito de avaliar a qualidade de vida tanto em doenças mentais como noutra tipo de patologias, com a grande vantagem de avaliar a população em geral sem necessidade de fixar a atenção na presença de doença (Ferreira, 2000).

O SF-36 é uma “medida genérica de eleição do estado de saúde e é amplamente usada como medida de qualidade de vida mais ampla, uma vez que é multidimensional” (Bowling; Ware *apud* Meneses, Ribeiro e Silva, 2002, p.124).

Trata-se de uma versão reduzida, cujo formato final possui 36 itens, relativos a oito dimensões de estado de saúde e deteta tanto os estados positivos como os negativos de saúde (Alonso, Prieto e Antó *apud* Ferreira, 2000). Esta escala pretende medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes para a funcionalidade e bem-estar de cada um (Ware *apud* Ferreira, 2000), não sendo específica de qualquer faixa etária, doença ou tratamento (Ferreira, 2000).

O SF-36 apresenta oito importantes conceitos em saúde:

- **Função física:** pretende medir tanto a limitação para realizar atividades físicas menores como as atividades mais extenuantes, passando também por atividades intermédias;
- **Desempenho físico e emocional:** pretende medir a limitação em saúde relativamente ao tipo e quantidade de trabalho realizado;
- **Dor física:** representa a intensidade e desconforto da dor, bem como a forma como esta interfere na atividades normais;
- **Saúde em geral:** inclui não só a saúde atual como também a resistência à doença e aparência saudável. Pretende medir o conceito de percepção holística de saúde;
- **Vitalidade:** refere-se aos níveis de energia e fadiga, permitindo captar melhor as diferenças de bem-estar;
- **Função Social:** pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, bem como o impacto que problemas físicos e emocionais têm nas mesmas;
- **Saúde Mental:** refere-se a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controlo a nível comportamental ou emocional e bem-estar psicológico.

Existe também a escala de transição de saúde que não constitui por si só uma dimensão e solicita que ao inquirido que informe, com base em vivências anteriores, o grau de mudança em geral na sua saúde.

É importante referir que estas oito escalas podem ser reunidas em duas componentes: saúde física e saúde mental (Ferreira, 2000).

Trata-se de um questionário que pode ser administrado a qualquer indivíduo com 14 anos de idade ou mais, autoadministrado ou através de entrevista.

A cotação da escala efetua-se da seguinte forma (quadro 1):

Quadro 1- Informação para o sistema de pontuação

Dimensão	Perguntas	Valores	Transformação	Mínimo	Máximo
Função Física	3a-3j	1-3	x—x	10	30
Desempenho Físico	4a- 4d	1-2	x—x	4	8
Dor Corporal	7	1-6	1-6.0 4-3.1 2-5,4 5-2.2 3-4,2 6-1.0	2	12
	8	1-5	7 falta 7=1 7=2,...,6 1-6.0 1-6.0 x--6-x 2-4.75 1-4.0 3-3.5 1-3.0 4-2.25 1-2.0 5-1.0... 1-1.0		
Saúde Geral	1	1-5	1-5.0 4-2.0 2-4. 5-1.0 3-3.4	5	25
	11a, 11c	1-5	x—x		
	11b, 11d	1-5	x--6-x		
Vitalidade	9a, 9e	1-6	x--7-x	4	24
	9g, 9i	1-6	x---x		
Função Social	6	1-5	x--6-x	2	10
	10	1-5	x—x		
Desempenho Emocional	5a-5c	1-2	x—x	3	6
Saúde Mental	9b, 9c, 9f	1-6	x—x	5	30
	9d, 9h	1-6	x--7-x		
Mudança de Saúde	2	1-5	x—x	---	----

Legenda: x-x (representa a transformação de identidade)

Fonte: adaptado de Ferreira (2000)

Os valores das escalas devem ser transformados num valor de 0 a 100, de acordo com a seguinte fórmula:

A soma indica o valor da soma dos itens da respectiva escala depois de recodificados (caso seja necessário) e o mínimo e o máximo indicam, respectivamente, os valores mínimos e máximos correspondentes a essa soma. O valor final obtido é a percentagem da total pontuação possível (Ferreira, 2000).

O instrumento utilizado para avaliar o suporte social foi a **ESSS**. Esta foi construída por Ribeiro em 1999 com o intuito de avaliar a satisfação com o suporte social efetivo. É composta por um conjunto de 15 afirmações, assumindo a forma de escala de Likert. Trata-se de uma escala de autopreenchimento que, no entanto, pode ser, de acordo com autor, de preenchimento assistido, desde que o entrevistador não influencie a resposta.

Para cada uma das 15 frases, o sujeito deve assinalar a opção relativa ao grau em que concorda com a afirmação, tendo para o efeito cinco critérios: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte” e “discordo totalmente”.

Os 15 itens da ESSS distribuem-se por 4 dimensões:

- **Satisfação com os amigos (SA)**: inclui os itens 3,12,13,14 e 15 e destina-se a avaliar o grau de satisfação com as amizades (apresenta uma consistência interna de 0,83);
- **Intimidade (IN)**: inclui os itens 1,4,5, e 6 e mede a perceção da existência com o suporte social íntimo (possui uma consistência interna de 0,74);
- **Satisfação com a família (SF)**: integra os itens 9,10 e 11 e destina-se a avaliar a satisfação com o suporte social familiar existente (tem uma consistência interna de 0,74);
- **Atividades Sociais (AS)**: inclui os itens 2,7 e 8 e mede a satisfação com as atividades sociais que o indivíduo realiza (possui uma consistência interna de 0,64).

A escala total apresenta uma consistência interna de 0,85.

A cotação dos itens é realizada da seguinte forma: aos itens assinalados com “A” é atribuído o valor 1 e aos assinalados com “E” o valor 5. No entanto, a escala possui itens invertidos que são os seguintes: 4,5,9,10,11,12,13,14 e 15. Nestes casos, os itens assinalados com “E” recebem o valor 1 e os assinalados com “A” o valor 5.

A pontuação total da escala pode variar entre 15 e 75, correspondendo à pontuação mais alta uma percepção de maior suporte social. Contudo, tendo em conta que o número de itens de cada dimensão é diferente, as pontuações mínimas e máximas por dimensão são diferentes. Deste modo, quando se revela necessário fazer comparações é apropriado converter as pontuações entre 0 e 100, correspondendo o valor 0 à pontuação mais baixa possível e o 100 à mais elevada (Ribeiro, 2011).

Revela-se importante referir que, apesar de esta escala ter sido construída e validada com base numa amostra jovem, parece ser adequada para outros tipos de população, tendo sido já utilizada em diversos estudos com outros grupos etários (Ribeiro, 1999). Trata-se de uma escala fiel e válida para a população portuguesa (Ribeiro, 2011).

4.6.1. Consistência interna das escalas

A fidelidade das escalas utilizadas no estudo para avaliar a qualidade de vida (SF-36) e a satisfação com o suporte social (ESSS), foi efetuada através do cálculo da respetiva consistência interna ou seja, estimámos a homogeneidade dos itens que constituem cada uma das dimensões. No caso da ESSS, este cálculo foi efetuado em cada uma das quatro dimensões e no global (todos os itens considerados em conjunto). Quanto maior é a consistência interna do instrumento, mais os enunciados dos itens estão correlacionados e maior será a sua homogeneidade. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alpha* de Cronbach, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Para este coeficiente, valores mais elevados, ou seja, mais próximos de 1 são interpretados como reveladores de escalas/dimensões com maior consistência. Este procedimento estatístico é indicado para escalas do tipo Likert e, de acordo com a maioria dos autores, resultados iguais ou superiores a 0,70 revelam uma boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido (Ribeiro, 2008)

Como podemos constatar, pelos resultados que constituem o quadro 2, o coeficiente apresentou resultados superiores a 0.70 em todas as dimensões da escala do SF-36 e também, em todas as dimensões e no global da escala de satisfação com o suporte social. Com base nos resultados obtidos podemos concluir que as escalas apresentam boa consistência interna que, conseqüentemente é um bom indicador da sua fidelidade quando aplicadas aos elementos que constituem a amostra em estudo.

Quadro 2 - Consistência Interna do SF-36 e da ESSS

Escala	Dimensões	Nº itens	Alpha de Cronbach
SF-36	Função física	10	0.899
	Desempenho físico	4	0.796
	Dor corporal	2	0.708
	Saúde geral	5	0.762
	Vitalidade	4	0.729
	Função social	2	0.713
	Desempenho emocional	3	0.705
	Saúde mental	5	0.899
ESSS	Satisfação com os amigos	5	0.858
	Satisfação com a intimidade	4	0.781
	Satisfação com a família	3	0.779
	Satisfação com atividades sociais	3	0.755
	Satisfação global	15	0.870

4.7. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A recolha dos dados foi efetuada no período de 20 de Maio a 27 de Julho de 2012 no Centro Norton de Matos. Com o intuito de salvaguardar aspetos ético-legais de especial importância, tivemos em conta determinados requisitos.

Solicitamos a autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados ao Senhor Presidente do Centro Norton de Matos, onde eram explicitados os objetivos da investigação e os instrumentos de colheita de dados a utilizar. No mesmo também assegurámos a confidencialidade dos dados colhidos (Apêndice III);

Após termos obtido a autorização formal (Anexo II), procedemos à recolha dos dados. Aos indivíduos que aceitaram participar nesta pesquisa, solicitou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice II). Aos mesmos foi também facultada informação relativa aos objetivos do estudo, bem como toda a informação passível de lhes permitir decidir a sua participação. Foi respeitada a sua decisão, bem como garantida a confidencialidade dos dados obtidos.

Face a dificuldades sentidas por alguns idosos na compreensão, preenchimento do instrumento de avaliação e impossibilidade de leitura por parte de outros, houve necessidade de fornecer apoio com o intuito de facilitar a compreensão das questões e/ou registo das respostas. Mantivemo-nos sempre disponíveis para que a colheita de dados tivesse êxito e limitámos a nossa intervenção ao mínimo necessário.

4.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos e inferenciais recorreremos ao programa de tratamento estatístico designado por Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 20.0 de 2012.

Ao longo do estudo recorreremos a técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente, apresentação em quadros de frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média aritmética, média ordinal, mediana e moda), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficiente de correlação de Spearman e, ainda, os testes estatísticos Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, da significância do coeficiente de correlação de Spearman e Kolmogorov-Smirnov, como teste de normalidade.

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005). A opção por testes não paramétricos justifica-se pelo facto de as variáveis em estudo,

nomeadamente, a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social, apresentarem distribuições de frequências não normais.

Em todos os testes foi fixado o valor 0.050 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior àquele valor ($p < 0.050$).

5- ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo iremos proceder à análise e apresentação dos dados interpretando-os segundo a orientação de Fortin (1999, p. 329) “(...) à luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas (...)”, considerando ainda que, “(...)apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustrem os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas”.

Tendo em conta o supracitado, pretende-se neste capítulo dar a conhecer de uma forma reflexiva e sintética os resultados obtidos, evidenciando os que apresentem maior pertinência.

Realizamos na primeira parte uma sumária caracterização da amostra, seguida da análise descritiva dos dados referentes a cada variável em estudo, finalizando com a apresentação da resposta às questões de investigação formuladas.

5.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Os dados e resultados que constituem o quadro 3 permitem-nos proceder à caracterização da amostra em estudo.

Como podemos constatar os idosos apresentavam idades compreendidas entre 65 e 88 anos, sendo a média 69.97 anos, com desvio padrão 5.17 anos. A maioria dos elementos da amostra (67.9%) tinha entre 65 e 70 anos, seguidos de 17.9% que pertenciam ao grupo etário dos 70 aos 75 anos. Metade dos inquiridos tinha, pelo menos, 68 anos e a distribuição de frequências das idades afastava-se significativamente da distribuição normal ($p = 0.000$).

No que concerne ao sexo, constatamos que a amostra se distribuía equitativamente entre os elementos do sexo masculino e os do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, constatamos que 69.3% dos idosos eram casados, seguindo-se 17.9% que eram viúvos.

Em termos de escolaridade, verificamos que 26.9% possuíam o 2º Ciclo do Ensino Básico, seguidos de 24.4% que tinham o 1º Ciclo do mesmo nível de ensino e de 20.5% que tinham o 3º Ciclo. Ainda 12.8% afirmaram possuir o Ensino Secundário e igual percentagem tinha o Ensino Superior.

Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	n	%
Grupo etário		
[65 – 70[	53	67.9
[70 – 75[	14	17.9
[75 – 80[	4	5.2
≥ 80	7	9.0
= 69.67; Md = 68.00; s = 5.17; $x_{\min} = 65$; $x_{\max} = 88$; p = 0.000		
Sexo		
Masculino	39	50.0
Feminino	39	50.0
Estado civil		
Solteiro	-	0.0
Casado	54	69.3
Divorciado/Separado	10	12.8
Viúvo	14	17.9
Escolaridade		
Analfabeto	1	1.3
Sabe ler e escrever	1	1.3
1º Ciclo do Ensino Básico	19	24.4
2º Ciclo do Ensino Básico	21	26.9
3º Ciclo do Ensino Básico	16	20.5
Ensino Secundário	10	12.8
Ensino Superior	10	12.8

Com base na aplicação do questionário SF-36, pudemos avaliar a qualidade de vida dos idosos (quadro 4). Nas dimensões função física, desempenho físico, vitalidade, função

social e desempenho emocional, a maioria dos idosos obteve pontuações entre 75 e 100 pontos, sendo as percentagens de 71.8%, 82.1%, 82.1%, 71.8% e 69.3%, respetivamente. Nas dimensões dor corporal 55.1% obtiveram resultados entre 50 e 75 pontos e o mesmo se constata na dimensão saúde geral, com uma percentagem de 70.5% e na mudança de saúde (61.5%). Na dimensão saúde mental 47.4% dos idosos obtiveram resultados entre 75 e 100 pontos, seguidos de 33.3% cujos valores se situaram entre 50 e 75 pontos.

Os resultados das medidas de tendência central revelam que os idosos evidenciaram boa qualidade de vida, sendo mais elevada nas dimensões desempenho emocional, desempenho físico, vitalidade, função social e função física.

Verificamos, também, que em todas as dimensões a distribuição de frequências dos resultados afastou-se significativamente de uma distribuição normal ($p = 0.000$).

Quadro 4 - Caracterização da amostra em termos de qualidade de vida (SF-36)

Variável	n	%
Função física		
[0 – 25[	-	0.0
[25 – 50[	4	5.1
[50 – 75[	18	23.1
[75 – 100]	56	71.8
= 80.32; Md = 87.50; s = 18.00; $x_{\min} = 40.00$; $x_{\max} = 100.00$; p = 0.000		
Desempenho físico		
[0 – 25[	3	3.8
[25 – 50[	5	6.4
[50 – 75[	6	7.7
[75 – 100]	64	82.1
= 82.05; Md = 100.00; s = 27.59; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 100.00$; p = 0.000		
Dor corporal		
[0 – 25[	-	0.00
[25 – 50[	12	15.4
[50 – 75[	43	55.1
[75 – 100]	23	29.5
= 65.96; Md = 72.00; s = 17.13; $x_{\min} = 31.00$; $x_{\max} = 90.00$; p = 0.000		

Quadro 4. Caracterização da amostra em termos de qualidade de vida (SF-36)

(continuação)

Variável	n	%
Saúde geral		
[0 – 25[	2	2.6
[25 – 50[	21	26.9
[50 – 75[	55	70.5
[75 – 100]	-	0.0
= 51.14; Md = 55.00; s = 13.62; $x_{\min} = 10.00$; $x_{\max} = 72.00$; p = 0.000		
Vitalidade		
[0 – 25[	3	3.8
[25 – 50[	5	6.4
[50 – 75[	6	7.7
[75 – 100]	64	82.1
= 82.05; Md = 100.00; s = 27.59; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 100.00$; p = 0.000		
Função social		
[0 – 25[	-	0.0
[25 – 50[	7	9.0
[50 – 75[	15	19.2
[75 – 100]	56	71.8
= 81.73; Md = 87.50; s = 21.29; $x_{\min} = 37.50$; $x_{\max} = 100.00$; p = 0.000		
Desempenho emocional		
[0 – 25[	1	1.3
[25 – 50[	9	11.5
[50 – 75[	14	17.9
[75 – 100]	54	69.3
= 85.04; Md = 100.00; s = 24.99; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 100.00$; p = 0.000		
Saúde mental		
[0 – 25[	7	9.0
[25 – 50[	8	10.3
[50 – 75[	26	33.3
[75 – 100]	37	47.4
= 67.13; Md = 72.00; s = 21.40; $x_{\min} = 16.00$; $x_{\max} = 92.00$; p = 0.000		
Mudança de saúde		
[0 – 25[	8	10.3
[25 – 50[	9	11.5
[50 – 75[	48	61.5
[75 – 100]	13	16.7
= 46.47; Md = 50.00; s = 21.21; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 100.00$; p = 0.000		

Ao nível da satisfação com o suporte social (quadro 5) verificamos que nas dimensões satisfação com a intimidade (56.4%), satisfação com a família (47.5%) e satisfação com os amigos (44.9%) os idosos obtiveram resultados compreendidos entre 50 e 75 pontos. Na dimensão satisfação com as atividades sociais 41.0% apresentaram resultados entre 25 e 50 pontos.

Ao nível das dimensões observamos resultados médios compreendidos entre 39.06 pontos, na satisfação com as atividades sociais, e 62.99 pontos, na satisfação com a família. Em termos globais 46.2% dos idosos apresentaram resultados entre 50 e 75 pontos.

Os resultados sugerem-nos que os idosos evidenciaram níveis de satisfação com o suporte social que se situaram entre o baixo (satisfação com as atividades sociais) e o razoável (satisfação com a família). Em termos globais, os idosos revelaram níveis razoáveis de satisfação com o suporte social

Quadro 5 - Caracterização da amostra em termos de satisfação com o suporte social (ESSS)

Variável	N	%
Satisfação com os amigos		
[0 – 25[	5	6.4
[25 – 50[	22	28.2
[50 – 75[	35	44.9
[75 – 100]	16	20.5
= 54.77; Md = 56.00; s = 17.35; $x_{\min} = 12.00$; $x_{\max} = 80.00$; p = 0.005		
Satisfação com a intimidade		
[0 – 25[	5	6.4
[25 – 50[	12	15.4
[50 – 75[	44	56.4
[75 – 100]	17	21.8
= 57.95; Md = 60.00; s = 15.88; $x_{\min} = 15.00$; $x_{\max} = 80.00$; p = 0.000		
Satisfação com a família		
[0 – 25[	-	0.0
[25 – 50[	20	25.6
[50 – 75[	37	47.5
[75 – 100]	21	26.9
= 62.99; Md = 66.67; s = 14.72; $x_{\min} = 33.33$; $x_{\max} = 80.00$; p = 0.000		
Satisfação com as atividades sociais		
[0 – 25[	22	28.2
[25 – 50[	32	41.0
[50 – 75[	23	29.5
[75 – 100]	1	1.3
= 39.06; Md = 40.00; s = 21.40; $x_{\min} = 0.00$; $x_{\max} = 80.00$; p = 0.012		
Satisfação global		
[0 – 25[	1	1.3
[25 – 50[	13	16.7
[50 – 75[	36	46.2
[75 – 100]	28	35.8
= 67.65; Md = 71.67; s = 16.93; $x_{\min} = 23.33$; $x_{\max} = 93.33$; p = 0.003		

5.2. RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para responder à questão de investigação «**será que a qualidade de vida dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos está relacionada com o grau de satisfação com o suporte social?**» procedemos ao estudo da correlação entre os resultados de ambas as variáveis através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman e da aplicação do respetivo teste de significância. Os resultados que apresentamos no quadro 6 revelam que a qualidade de vida, em termos de função social e desempenho emocional, estava positiva e significativamente relacionada com a satisfação com os amigos ($p= 0.000$). Tal permitem-nos afirmar que os idosos mais satisfeitos com os amigos tendem a revelar melhor qualidade de vida em termos de função social e desempenho emocional. Verificamos, também, que todas as dimensões da qualidade de vida apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com a satisfação com a intimidade ($p < 0.050$), ou seja, os idosos mais satisfeitos com a sua intimidade tendem a evidenciar melhor qualidade de vida. Constatou-se, ainda, que o desempenho físico ($r_s = -0.24$; $p = 0.037$) e a vitalidade ($r_s = -0.34$; $p = 0.037$) estavam negativamente correlacionadas com a satisfação com a família mas na saúde mental a correlação era positiva ($r_s = + 0.36$; $p = 0.001$). Perante os resultados julgamos poder afirmar que os idosos mais satisfeitos com a família evidenciaram menor desempenho físico e menor vitalidade mas melhor saúde mental. A saúde geral, a função social, o desempenho emocional e a saúde mental estavam positiva e significativamente correlacionadas com a satisfação com as atividades sociais. Podemos afirmar que os idosos mais satisfeitos com as atividades sociais tenderam a evidenciar melhor qualidade de vida em termos de saúde geral, função social, desempenho emocional e saúde mental.

Em termos de satisfação global, constatamos a existência de correlações positivas e significativas com a saúde geral, a função social, o desempenho emocional e a saúde mental, ou seja, os idosos com mais satisfeitos com o suporte social global tendem a revelar melhor qualidade de vida ao nível da saúde geral, da função social, do desempenho emocional e da saúde mental.

Tendo por base estes resultados somos levados a responder afirmativamente à questão formulada, ou seja, a qualidade de vida dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos está relacionada com o grau de satisfação com o suporte social.

Quadro 6 - Resultados da correlação da qualidade de vida do idoso com a sua satisfação com o suporte social

Variável	Satisfação com os amigos		Satisfação com a intimidade		Satisfação com a família		Satisfação com atividades sociais		Satisfação global	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	P
Função física	+0.16	0.165	+0.23	0.043	+0.09	0.417	+0.12	0.314	+0.21	0.071
Desempenho físico	+0.02	0.825	+0.22	0.049	-0.24	0.037	+0.07	0.549	+0.06	0.604
Dor corporal	-0.03	0.802	+0.28	0.012	+0.01	0.920	+0.07	0.523	+0.09	0.430
Saúde geral	+0.08	0.493	+0.38	0.001	+0.20	0.087	+0.36	0.001	+0.28	0.012
Vitalidade	+0.02	0.825	+0.22	0.049	-0.34	0.037	+0.07	0.549	+0.06	0.604
Função social	+0.40	0.000	+0.65	0.000	+0.07	0.537	+0.26	0.019	+0.45	0.000
Desempenho emocional	+0.48	0.000	+0.39	0.000	+0.06	0.593	+0.29	0.011	+0.40	0.000
Saúde mental	+0.21	0.064	+0.51	0.000	+0.36	0.001	+0.42	0.000	+0.45	0.000
Mudança de saúde	+0.10	0.396	-0.03	0.791	+0.08	0.482	-0.10	0.394	+0.06	0.624

Para responder à questão «**será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos são diferentes em função do sexo?**» procedemos à comparação dos resultados médios observadas para cada um dos sexos através da aplicação do teste de Mann-Whitney, cujos resultados apresentamos no quadro 7.

Como podemos verificar observamos diferenças estatisticamente significativas na função física ($p= 0.020$), na dor corporal ($p= 0.028$), na saúde mental ($p= 0.002$) e na satisfação com a intimidade ($p= 0.014$). Comparando os valores das medidas de tendência central, concluímos que os idosos do sexo masculino evidenciaram qualidade de vida em termos de função física, dor corporal e saúde mental e maior satisfação com o suporte social ao nível da intimidade.

Quadro 7 - Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função do sexo

Variáveis	n			Md	Z	p
Sexo						
Função física						
Masculino	39	45.38	85.00	90.00	-2.318	0.020
Feminino	39	33.62	75.64	80.00		
Desempenho físico						
Masculino	39	40.99	85.26	100.00	-0.660	0.509
Feminino	39	38.01	78.85	100.00		
Dor corporal						
Masculino	39	45.09	70.33	72.00	-2.198	0.028
Feminino	39	33.91	61.59	61.00		
Saúde geral						
Masculino	39	38.58	49.64	52.00	-0.361	0.718
Feminino	39	40.42	52.64	55.00		
Vitalidade						
Masculino	39	40.99	85.26	100.00	-0.660	0.509
Feminino	39	38.01	78.85	100.00		
Função social						
Masculino	39	42.42	83.65	100.00	-1.195	0.232
Feminino	39	36.58	79.81	87.500		
Desempenho emocional						
Masculino	39	38.40	83.76	100.00	-0.529	0.597
Feminino	39	40.60	86.32	100.00		
Saúde mental						
Masculino	39	47.45	72.20	84.00	-3.110	0.002
Feminino	39	31.55	62.05	64.00		
Mudança de saúde						
Masculino	39	38.01	43.59	50.00	-0.665	0.506
Feminino	39	40.99	49.36	50.00		
Satisfação com os amigos						
Masculino	39	40.74	56.20	56.00	-0.487	0.626
Feminino	39	38.26	53.33	60.00		
Satisfação com a intimidade						
Masculino	39	45.76	61.67	60.00	-2.463	0.014
Feminino	39	33.24	54.23	55.00		

Quadro 7 – Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função do sexo (continuação)

Variáveis	n			Md	z	p
Sexo						
Satisfação com a família						
Masculino	39	43.31	65.30	66.67	-1.514	0.130
Feminino	39	35.69	60.68	66.67		
Satisfação com atividades sociais						
Masculino	39	43.55	43.08	46.67	-1.587	0.112
Feminino	39	35.45	35.04	33.33		
Satisfação global						
Masculino	39	43.94	71.07	73.33	-1.731	0.083
Feminino	39	35.06	64.23	65.00		

Procurámos também resposta para a questão «**será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos estão relacionadas com a idade?**». Para tal, procedemos ao estudo da correlação entre os resultados da qualidade de vida e da satisfação com o suporte social com a idade dos idosos, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância, tendo obtido os resultados que apresentamos no quadro 8.

Como se constata existem correlações estatisticamente significativas com a saúde mental ($p= 0.045$), com a mudança de saúde ($p= 0.044$) e com a satisfação com as atividades sociais ($p= 0.026$). No primeiro e no terceiro casos a correlação é negativa ($r_s= -0.23$; $r_s= - 0.25$, respetivamente) mas no segundo ela é positiva ($r_s= +0.23$). Estes factos permitem-nos afirmar que os idosos mais velhos tendem a evidenciar pior saúde mental, menor satisfação com as atividades sociais e percecionam uma mudança de saúde para pior.

Quadro 8 - Resultados da correlação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social com a idade

Variáveis	Idade	
	r _s	p
Função física	+0.01	0.923
Desempenho físico	-0.04	0.739
Dor corporal	-0.01	0.966
Saúde geral	-0.13	0.247
Vitalidade	-0.04	0.739
Função social	-0.06	0.600
Desempenho emocional	0.16	0.166
Saúde mental	-0.23	0.045
Mudança de saúde	+0.23	0.044
Satisfação com os amigos	+0.20	0.073
Satisfação com a intimidade	-0.01	0.979
Satisfação com a família	+0.16	0.162
Satisfação com atividades sociais	-0.25	0.026
Satisfação global	+0.03	0.4786

Quanto à questão «será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos são diferentes em função do estado civil?» cuja resposta foi obtida comparando as médias dos três grupos (casado, divorciado/separado e viúvo) através do teste Kruskal-Wallis (quadro 9) constatamos que, apenas, se observou a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão saúde mental da qualidade de vida. A análise comparativa dos valores observados para as medidas de tendência central revelaram que os idosos casados tendem a evidenciar melhor saúde mental que os divorciados/separados ou viúvos.

Quadro 9 - Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função do estado civil

Variáveis	n			Md	χ^2	p
Estado civil						
Função física						
Casado	54	42.05	81.76	90.00	3.561	0.169
Divorciado/Separado	10	27.60	71.50	75.00		
Viúvo	14	38.18	81.07	87.50		
Desempenho físico						
Casado	54	41.87	86.11	100.00	2.557	0.278
Divorciado/Separado	10	32.95	77.50	75.00		
Viúvo	14	35.04	69.64	100.00		
Dor corporal						
Casado	54	41.29	67.57	72.00	1.402	0.496
Divorciado/Separado	10	32.55	60.20	52.00		
Viúvo	14	37.57	63.86	67.00		
Saúde geral						
Casado	54	40.43	51.09	55.00	1.420	0.492
Divorciado/Separado	10	43.20	52.80	56.00		
Viúvo	14	33.29	50.14	51.00		
Vitalidade						
Casado	54	41.87	86.11	100.00	2.557	0.278
Divorciado/Separado	10	32.95	77.50	75.00		
Viúvo	14	35.04	69.64	100.00		
Função social						
Casado	54	41.96	84.26	87.50	3.456	0.178
Divorciado/Separado	10	28.30	68.75	62.50		
Viúvo	14	38.00	81.25	87.50		
Desempenho emocional						
Casado	54	39.51	84.57	100.00	3.546	0.170
Divorciado/Separado	10	31.10	80.00	66.67		
Viúvo	14	45.46	90.47	100.00		
Saúde mental						
Casado	54	46.03	72.30	80.00	14.680	0.001
Divorciado/Separado	10	24.70	54.80	64.00		
Viúvo	14	24.89	56.00	56.00		

Quadro 9 – Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função do estado civil (continuação)

Variáveis	n		Md	χ^2	p
Estado civil					
Mudança de saúde					
Casado	54	38.80	45.83	50.00	0.653 0.721
Divorciado/Separado	10	37.95	45.00	50.00	
Viúvo	14	43.32	50.00	50.00	
Satisfação com os amigos					
Casado	54	41.07	56.37	58.00	4.787 0.091
Divorciado/Separado	10	25.15	42.40	40.00	
Viúvo	14	43.68	57.43	60.00	
Satisfação com a intimidade					
Casado	54	41.99	59.72	60.00	2.791 0.248
Divorciado/Separado	10	29.60	49.50	57.50	
Viúvo	14	36.96	57.14	57.50	
Satisfação com a família					
Casado	54	39.07	62.72	66.67	0.411 0.814
Divorciado/Separado	10	37.30	61.13	66.67	
Viúvo	14	42.71	65.24	66.67	
Satisfação com atividades sociais					
Casado	54	43.19	42.72	43.33	5.874 0.053
Divorciado/Separado	10	37.05	36.00	40.00	
Viúvo	14	27.00	27.14	20.00	
Satisfação global					
Casado	54	42.47	69.75	73.33	4.083 0.130
Divorciado/Separado	10	27.20	58.50	61.67	
Viúvo	14	36.82	66.07	64.17	

Por último, procedemos à comparação dos valores médios, novamente através do teste Kruskal-Wallis, para obter resposta à questão «**será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos são diferentes em função da escolaridade?**»

Os resultados que apresentamos no quadro 10 revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da saúde geral ($p= 0.022$) e da satisfação com as atividades sociais ($p= 0.030$). Comparando os valores das medidas de tendência central,

podemos constatar que os idosos com o 3º Ciclo do Ensino Básico e com o Ensino Secundário tendem a evidenciar melhor saúde geral, seguidos dos que possuíam escolaridade de nível superior. Idêntica situação se verifica com a satisfação com as atividades sociais mas, neste caso, são os idosos com o Ensino Secundário que evidenciam maior satisfação, seguindo-se os que possuíam o 3º Ciclo e dos que tinham formação superior.

Quadro 10 - Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função da escolaridade

Variáveis	n			Md	χ^2	p
Habilitações Literárias						
Função física						
1º Ciclo do Ensino Básico	19	35.47	79.21	85.00	1.452	0.835
2º Ciclo do Ensino Básico	21	42.83	82.86	90.00		
3º Ciclo do Ensino Básico	16	36.75	79.06	85.00		
Enino Secundário	10	40.15	81.00	87.50		
Ensino Superior	10	36.30	79.00	90.00		
Desempenho físico						
1º Ciclo do Ensino Básico	19	36.53	77.63	100.00	2.166	0.705
2º Ciclo do Ensino Básico	21	38.36	85.71	100.00		
3º Ciclo do Ensino Básico	16	36.84	84.38	100.00		
Enino Secundário	10	37.10	80.00	100.00		
Ensino Superior	10	46.60	95.00	100.00		
Dor corporal						
1º Ciclo do Ensino Básico	19	34.89	63.00	52.00	1.914	0.752
2º Ciclo do Ensino Básico	21	37.50	65.62	62.00		
3º Ciclo do Ensino Básico	16	42.88	69.06	72.00		
Enino Secundário	10	43.50	69.10	73.00		
Ensino Superior	10	35.45	64.00	67.00		
Saúde geral						
1º Ciclo do Ensino Básico	19	29.03	44.79	50.00	11.393	0.022
2º Ciclo do Ensino Básico	21	34.48	48.19	50.00		
3º Ciclo do Ensino Básico	16	53.13	60.06	60.00		
Enino Secundário	10	40.35	53.00	56.00		
Ensino Superior	10	39.70	53.00	53.50		

Quadro 10 – Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função da escolaridade (continuação)

Variáveis	n		Md	χ^2	p
Habilitações Literárias					
Vitalidade					
1º Ciclo do Ensino Básico	19	36.53	77.63	100.00	2.166 0.705
2º Ciclo do Ensino Básico	21	38.36	85.71	100.00	
3º Ciclo do Ensino Básico	16	36.84	84.38	100.00	
Enino Secundário	10	37.10	80.00	100.00	
Ensino Superior	10	46.60	95.00	100.00	
Função social					
1º Ciclo do Ensino Básico	19	39.00	81.58	87.50	0.222 0.994
2º Ciclo do Ensino Básico	21	37.02	79.17	87.50	
3º Ciclo do Ensino Básico	16	40.19	82.81	93.75	
Enino Secundário	10	38.10	82.50	87.50	
Ensino Superior	10	38.35	85.00	87.50	
Desempenho emocional					
1º Ciclo do Ensino Básico	19	39.47	87.72	100.00	3.399 0.493
2º Ciclo do Ensino Básico	21	34.71	80.95	100.00	
3º Ciclo do Ensino Básico	16	38.03	83.33	100.00	
Enino Secundário	10	47.20	96.67	100.00	
Ensino Superior	10	36.65	76.67	100.00	
Saúde mental					
1º Ciclo do Ensino Básico	19	37.08	60.42	60.00	8.584 0.072
2º Ciclo do Ensino Básico	21	37.45	62.28	76.00	
3º Ciclo do Ensino Básico	16	46.38	76.50	82.00	
Enino Secundário	10	43.20	74.00	74.00	
Ensino Superior	10	45.10	73.20	80.00	
Mudança de saúde					
1º Ciclo do Ensino Básico	19	42.21	50.00	50.00	5.713 0.222
2º Ciclo do Ensino Básico	21	40.38	47.62	50.00	
3º Ciclo do Ensino Básico	16	28.91	35.94	50.00	
Enino Secundário	10	37.45	45.00	50.00	
Ensino Superior	10	43.90	52.50	50.00	

Quadro 10 – Resultados da comparação da qualidade de vida do idoso e da sua satisfação com o suporte social em função da escolaridade (continuação)

Variáveis	n		Md	χ^2	p	
Habilitações Literárias						
Satisfação com os amigos						
1º Ciclo do Ensino Básico	19	43.34	58.32	60.00	6.931	0.140
2º Ciclo do Ensino Básico	21	42.45	57.90	64.00		
3º Ciclo do Ensino Básico	16	26.50	46.00	48.00		
Enino Secundário	10	42.95	58.80	58.00		
Ensino Superior	10	35.75	25.00	60.00		
Satisfação com a intimidade						
1º Ciclo do Ensino Básico	19	37.58	57.63	60.00	3.383	0.496
2º Ciclo do Ensino Básico	21	32.43	51.90	60.00		
3º Ciclo do Ensino Básico	16	43.97	62.50	65.00		
Enino Secundário	10	44.40	63.50	60.00		
Ensino Superior	10	38.35	59.50	57.50		
Satisfação com a família						
1º Ciclo do Ensino Básico	19	43.16	66.32	66.67	5.262	0.261
2º Ciclo do Ensino Básico	21	35.43	60.95	66.67		
3º Ciclo do Ensino Básico	16	43.72	66.67	73.33		
Enino Secundário	10	39.60	64.67	63.33		
Ensino Superior	10	26.65	56.00	60.00		
Satisfação com atividades sociais						
1º Ciclo do Ensino Básico	19	36.53	27.72	20.00	10.685	0.030
2º Ciclo do Ensino Básico	21	35.93	37.14	33.33		
3º Ciclo do Ensino Básico	16	46.69	47.08	46.67		
Enino Secundário	10	48.15	48.67	46.67		
Ensino Superior	10	43.90	44.67	46.67		
Satisfação global						
1º Ciclo do Ensino Básico	19	37.00	67.02	66.67	0.789	0.940
2º Ciclo do Ensino Básico	21	38.43	65.95	76.67		
3º Ciclo do Ensino Básico	16	37.09	68.44	70.00		
Enino Secundário	10	44.05	74.00	72.50		
Ensino Superior	10	38.20	66.67	68.33		

6- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha, tratamento estatístico dos dados e apresentação dos resultados vamos proceder à discussão dos resultados obtidos. Neste capítulo pretendemos salientar os aspetos mais significativos, tendo em conta os objetivos propostos e as questões de investigação.

A amostra da população inquirida (n=78) apresenta uma média de idades de 69.97 anos e o grupo etário mais representativo situa-se entre os [65-70[anos com 67.9% (n=53), donde se depreende que uma larga maioria da amostra pertence à categoria dos “idosos jovens”.

Este facto vai de encontro a um Estudo de Avaliação das Necessidades dos Séniores em Portugal onde se verifica que é entre os indivíduos da faixa etária entre os 65 e os 74 anos que a utilização de Centros de Convívio de idosos, de que é exemplo o Centro Norton de Matos onde foi efetuado o estudo, é mais elevada (34,5%). Este estudo também afirma que o decréscimo de utilização deste tipo de resposta social entre os mais idosos se prende com a crescente perda de autonomia e diminuição da mobilidade dos mesmos (Centro de Estudos de Desenvolvimento Rural e Urbano, 2008).

Verifica-se uma distribuição equitativa entre elementos do sexo masculino e feminino. Esta distribuição não espelha a tendência atual que, de acordo com Fontaine (2000), estima um ratio de 6 mulheres para 5 homens aos 70 anos, passando essa razão de 4 para 1 aos 80 anos. Este facto pode dever-se à grande percentagem de indivíduos no grupo etário dos [65-70[anos, 67.9% da amostra. A pirâmide etária nacional revela que as mulheres se encontram em maioria nos grupos etários mais elevados, dos 75-84 anos e dos 85-94 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Apesar de a esperança média de vida ser superior para as mulheres, no grupo etário dos 65 aos 70 anos, em que a maioria da amostra se inclui, ainda não se verifica uma discrepância tão acentuada.

No que concerne ao estado civil, os resultados são semelhantes aos encontrados por Tajvar, Arab e Montazeri (2008), em que 62.7% dos participantes eram casados e aos de

Belvis *et al.* (2008), com 59.6% de indivíduos na mesma situação. Na nossa amostra este número ascendia a 69.3% dos idosos.

Reportando-nos agora à escolaridade, verificámos que 26.9% (n=21) dos idosos possuem o 2º Ciclo do Ensino Básico, seguidos de 24.4% (n= 19) de elementos com o 1º Ciclo do Ensino Básico. É de salientar que uma percentagem considerável, 20.5% (n=16) possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico. Os dados obtidos revelam alguma discrepância com a realidade do país. Paúl *et al.* (2005), citando o INE referem que a taxa de iliteracia entre idosos é bastante elevada, situando-se nos 55.1%, enquanto na amostra estudada esta se situa em apenas 1.3%. Mais uma vez, uma possível justificação pode dever-se ao facto de a maioria dos inquiridos pertencer ao grupo etário dos 65 aos 70 anos e da iliteracia se encontrar a decrescer dada a renovação geracional.

Os nossos dados são contraditórios aos de um estudo realizado por García *et al.* (2005) em Espanha, numa amostra de 3600 indivíduos idosos, em que 53.8% dos mesmos são analfabetos. Também Tajvar, Arab e Montazeri (2008) obtiveram resultados semelhantes ao estudo espanhol, com 49.8% de indivíduos que não frequentaram qualquer grau de ensino.

Na análise da qualidade de vida dos inquiridos, nas diversas dimensões do SF-36 verificámos que, de uma maneira geral, os idosos evidenciam uma boa qualidade de vida, mais elevada nas dimensões desempenho emocional, desempenho físico, vitalidade, função social e função física.

Este facto não surpreende, uma vez que a amostra do estudo é constituída maioritariamente por “idosos jovens” (67.9%), do grupo etário dos 65 aos 70 anos, ainda física e intelectualmente ativos.

Salientamos também que a qualidade de vida pode ser percebida pelos idosos em função da interpretação emocional que estes fazem de diversos eventos de vida, dependendo portanto da forma como cada indivíduo vivencia os acontecimentos e condições de vida (Pereira *et al.*, 2006).

Deste modo, apesar de muitas perdas constituírem acontecimentos de vida marcantes, cada vez mais os idosos têm um papel pró-ativo, definindo objetivos e recursos úteis à sua consecução deveras importantes no processo adaptativo ao envelhecimento (Stevens *apud* Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Assim, procuram balancear as perdas e as

potencialidades desta nova fase da vida, o que tem como consequência um bom nível de qualidade de vida. Existe mesmo uma teoria de Brandtstadter que afirma que os idosos tendem a adaptar-se às suas dificuldades, o que se vai manifestar numa elevada qualidade de vida percebida pelos mesmos (Paúl *et al.*, 2005).

Num estudo realizado por Sousa, Galante e Figueiredo (2003) com vista caracterizar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos sob o ponto de vista dos próprios obtiveram-se resultados semelhantes, uma vez que a maioria dos idosos considerava a sua qualidade de vida bastante positiva.

Analisando agora a satisfação com o suporte social, constatámos que os resultados sugerem que os idosos apresentam níveis de satisfação com o suporte social que se situam entre o baixo, nomeadamente no que concerne à satisfação com as atividades sociais, e o razoável, relativo à satisfação com a família. Globalmente, os níveis de satisfação com o suporte social são razoáveis.

Os dados do nosso estudo são corroborados por Monteiro (2012) num estudo efetuado a 130 idosos residentes no concelho de Armamar. No referido estudo os níveis de satisfação do suporte social dos idosos são moderados em todas as dimensões, sendo contudo mais elevados na satisfação com as amizades, intimidade e satisfação com a família. Tal como no nosso estudo os níveis mais baixos de satisfação com o suporte social são relativos à satisfação com as atividades sociais.

De facto, a satisfação com o suporte social dos idosos vai estar dependente do que estes valorizam. Num estudo efetuado por Gabriel e Bowling (2004), os idosos consideram importante o contacto diário com familiares. Os familiares representam a maior fonte de suporte físico e emocional em idosos. Este tipo de relações permite que sintam que os outros se preocupam com eles e que estarão presentes em caso de necessidade.

Por outro lado, os idosos referem que sentem necessidade de convívio (52.2%) e de mais atividades lúdicas (26.7%), o que pode refletir a diminuta oferta de respostas sociais que fomentem o estabelecimento de relações sociais e a ocupação dos tempos livres (Centro de Estudos de Desenvolvimento Rural e Urbano, 2008).

Os idosos, pelo tempo livre de que dispõem, podem desempenhar um papel ativo na família e na sociedade, adquirindo desta forma a possibilidade de se valorizarem pessoal e profissionalmente (*Idem*).

No entanto, ainda assistimos a uma fraca valorização desta fase da vida que se traduz numa oferta diminuta de equipamentos sociais que permitam uma diversificada e efetiva ocupação dos tempos livres dos idosos (*Ibidem*).

Para dar resposta à questão de investigação formulada: «**será que a qualidade de vida dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos está relacionada com o grau de satisfação com o suporte social?**» procedemos ao estudo da correlação entre os resultados das duas variáveis. Conforme os resultados apresentados anteriormente, constatamos que, no nosso estudo, os idosos mais satisfeitos com os amigos tendem a revelar melhor qualidade de vida nas dimensões função social e desempenho emocional.

As amizades desempenham um papel preponderante na autoestima e ânimo dos idosos, maior do que os membros da família (Larson, Mannell e Zuzanek, 1986).

Um grande círculo de amigos revela-se importante para promover a socialização e as atividades sociais são um importante preditor de bem-estar nos indivíduos (Okun, Stock, Haring e Witter *apud* Cheng *et al.*, 2011). E, uma vez que as atividades sociais despertam emoções (Larson *et al.* *apud* Cheng *et al.*, 2011) não é grande surpresa que as redes de amigos se encontrem também associadas a medidas de afeto (Cheng *et al.*, 2011).

Subjacente ao valor atribuído às relações sociais nos idosos encontra-se a prevenção da solidão através do acesso a companhia e entretenimento; a necessidade de reciprocidade de apoio emocional; o sentimento de ser cuidado; a manutenção da confiança; ter alguém com quem falar, que proporcione conselhos e a quem se possa ligar para pedir ajuda em questões do dia-a-dia ou emergências (Gabriel e Bowling, 2004).

Todos estes aspetos são promotores da qualidade de vida. Gabriel e Bowling (2004) perguntaram a 999 idosos o que estes consideram importante para a sua qualidade de vida. Nos diversos aspetos por eles salientadas, encontra-se o suporte emocional que provem do contacto com os amigos, a manutenção de atividades sociais e da saúde que permitam uma boa resiliência psicológica para aceitar o que não pode ser alterado.

No presente estudo verificámos que os idosos mais satisfeitos com a sua intimidade tendem a evidenciar melhor qualidade de vida. A satisfação com a intimidade mede a perceção da existência de suporte social íntimo. A satisfação com o suporte social, particularmente no que diz respeito ao relacionamento interpessoal (que inclui família,

amigos e intimidade) parece desempenhar um importante papel em termos de resistência psicológica ao stress que advém da doença (Coelho e Ribeiro, 2000).

A existência de Suporte Social íntimo, para além de transmitir segurança também cria uma sensação de pertença e integração (Achat *et al. apud* García *et al.*, 2005). Estes efeitos positivos são impulsionadores da qualidade de vida.

Verificámos também que os idosos mais satisfeitos com a família evidenciam menor desempenho físico e menor vitalidade, mas melhor saúde mental nas dimensões do SF-36.

Para um envelhecimento ativo revela-se muito importante a qualidade das relações familiares, uma vez que estas têm um papel preponderante na qualidade de vida e saúde dos indivíduos (Centro de Estudos de Desenvolvimento Rural e Urbano, 2008).

O “desempenho físico” mede as limitações em saúde em termos do tipo e quantidade de trabalho realizado. É do senso comum que as limitações com que os idosos se deparam ao longo do processo de senescência, nomeadamente diminuição do equilíbrio, força muscular e flexibilidade, os vão aproximar e tornar, muitas vezes, mais dependentes da família. Estes dados fazem-nos supor que os idosos mais satisfeitos com o suporte familiar existente possuem paralelamente um maior grau de dependência. Provavelmente estes idosos são muito ajudados pelos familiares nas suas limitações, sentem-se apoiados e, por esse motivo apresentam melhor bem-estar psicológico e melhor saúde mental.

Estes resultados vêm reforçar a importância de redes de apoio social informais tais como família, vizinhos e amigos. Estas são consideradas um bom indicador da saúde mental e um bom prognóstico para o bem-estar já que facultam o confronto e resolução de eventos de vida complicados e/ou amortecem o seu impacto (Fonseca *et al.*, 2005).

Investigações levadas a cabo por Ribeiro, citado por Ribeiro (2011) sugerem que o suporte familiar é determinante para o bem-estar e Olsen *et al.*, citado também por Ribeiro (2011) referem-se ao suporte familiar como fonte de suporte social mais importante tanto para jovens como para idosos.

Apesar da crescente oferta de cuidadores formais e das recentes transformações que a conceção tradicional de família tem sofrido, esta última continua a afirmar-se como o

elemento central de todo o processo de cuidados a idosos. A família torna-se então insubstituível graças à necessidade premente que os indivíduos manifestam ao longo da sua vida de manutenção de laços de intimidade, relações de afeto, cumplicidade e conhecimentos mútuos. Assim, a família continua a ser o grande porto de solidariedade e promoção da qualidade de vida durante o processo de senescência (Centro de Estudos de Desenvolvimento Rural e Urbano, 2008).

No presente estudo verificámos que os idosos mais satisfeitos com as atividades sociais tenderam a evidenciar melhor qualidade de vida em termos de saúde geral, função social, desempenho emocional e saúde mental. Globalmente constatámos que os idosos mais satisfeitos com o suporte social global tendem a revelar melhor qualidade de vida nas dimensões saúde geral, função social, desempenho emocional e saúde mental do SF-36.

A satisfação com o suporte social é um fator protetor da saúde e bem-estar dos indivíduos e apresenta-se como essencial para a presença de qualidade de vida (Ribeiro, 1999; Silva *et al.*, 2003).

O senso de controlo pessoal facultado pelas ajudas recebidas e fornecidas têm influência positiva no bem-estar psicológico dos indivíduos (Ramos, 2002). Bondevik e Skogstad e Newsom e Schulz, citados por García *et al.* (2005) referem-se ao impacto das redes sociais na saúde mental dos indivíduos, esclarecendo que a existência de laços sociais reduz o risco de depressão nos idosos ao mesmo tempo que incentiva a sua confiança.

Este facto é bastante importante, uma vez que os sintomas de ansiedade, muitas vezes aliados a sintomatologia depressiva e doenças físicas, são muito comuns em pessoas idosas (Oliveira *et al.*, 2006).

Aliás, a pobreza das relações sociais como um fator de risco de saúde tem sido encarada como tão prejudicial como o tabagismo, a hipertensão, a obesidade e a inatividade física (Andrade e Vaitsman *apud* Carneiro *et al.*, 2007). As relações sociais conduzem a uma melhor saúde (House e Umberson *apud* Ramos, 2002), podendo mesmo ter um papel fulcral na manutenção ou promoção da saúde física e mental (Cokerham *apud* Ramos, 2002) Deste modo, o desgaste natural do organismo pode não ser o único responsável pela deterioração do estado de saúde nos idosos, estando este muitas vezes aliado à redução da quantidade e qualidade das relações sociais (Ramos, 2002)

São diversos os estudos que corroboram a associação entre suporte social e qualidade de vida. Recorrendo ao uso do SF-36, García *et al.* (2005) encontraram evidências de níveis mais baixos de qualidade de vida em indivíduos idosos que viam os seus amigos raramente ou nunca, comparativamente com os que viam os amigos muitas vezes. Corroborando este estudo, Gallicchio, Hoffman e Helzlsouer (2007), numa amostra de 4498 homens e 6948 mulheres que residem nos Estados Unidos, também encontraram evidências de que o Suporte Social se encontra correlacionado com a qualidade de vida relacionada com a saúde em ambos os sexos.

Belvis *et al.* (2008) efetuaram um estudo em Itália onde encontraram resultados semelhantes, ou seja, baixa frequência de relações sociais com amigos encontra-se associada a um declínio na qualidade de vida relacionada com a saúde em scores físicos e metais.

Em contrapartida, num estudo efetuado por Okamoto e Tanaka (2004) no Japão a 754 idosos não institucionalizados, os investigadores descobriram que o suporte social se encontrava significativamente associado à qualidade de vida relacionada com a saúde nos homens, mas isso não se verificava nas mulheres.

Relativamente à questão: «**será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos são diferentes em função do sexo?**», constatámos que os idosos do sexo masculino evidenciaram melhor qualidade de vida em termos de função física, dor corporal e saúde mental.

As diferenças existentes na qualidade de vida em função do sexo, sempre mais favoráveis ao sexo masculino, vão de encontro a diversos estudos, nomeadamente, Sprangers *et al.* (2000), Barreto, Giatti e Kalache (2004), Pereira *et al.* (2006), Nikpour *et al.* (2007) e Tajvar, Arab e Montazeri (2008). Todos estes autores referem que a Qualidade de Vida é mais favorável ao sexo masculino, talvez porque as mulheres tendem a perceber o envelhecimento de forma mais negativa com resultados consequentes de uma avaliação de qualidade vida também mais negativa.

Os dados obtidos são também corroborados por um estudo efetuado no Brasil por Pimenta *et al.* (2008). Neste, os idosos do sexo masculino apresentaram melhores *scores* em quase todos os domínios do SF-36 exceto capacidade funcional (função física na

versão portuguesa) e aspetos emocionais (desempenho emocional na versão portuguesa) e, conseqüentemente, melhor avaliação da qualidade de vida.

Já numa amostra de 1668 indivíduos Li *et al.* (2003), encontraram scores mais baixos nas dimensões função física, dor corporal, saúde geral e vitalidade no sexo feminino. Wyss *et al.* (1999) também obtiveram resultados consentâneos, menos favoráveis ao sexo feminino, em todas as dimensões do SF-36.

As diferenças em função do sexo verificam-se também na qualidade de vida psicológica, com o sexo masculino a apresentar pontuações mais elevadas que o feminino. Também se observara diferenças estatisticamente significativas na componente física da qualidade de vida, mais vantajosas para o sexo masculino. (Paúl *et al.*, 2005).

O facto de os idosos do sexo masculino apresentarem melhor qualidade de vida em termos de função física é corroborado pelo estudo efetuado por Thomé, Dykes e Hallberg (2004) em que os indivíduos do sexo masculino apresentam melhores *scores* no domínio físico da qualidade de vida do que os do sexo feminino. Assim, Jakobsson, Hallberg e Westergren (2004) explicitam que as mulheres se encontram mais expostas a problemas físicos e mentais, uma explicação plausível para apresentarem scores menores a nível psicológico.

Uma possível explicação para que os idosos do sexo masculino apresentem melhor qualidade de vida pode encontrar-se relacionada com o facto de as mulheres apresentarem maior esperança de vida que os homens e, conseqüentemente apresentarem mais problemas crónicos de saúde que vão influenciar a sua perceção da qualidade de vida.

Por outro lado, tendem a apresentar uma autoavaliação de saúde pior que os homens, o que pode ser atribuído a uma maior perceção e conhecimento que possuem sobre doenças e sintomas e ao seu papel de cuidador na família, que as torna mais atentas aos sinais de doença (Barros *et al.*; Pinheiro *et al. apud* Lima *et al.*, 2009).

No que concerne à satisfação com o suporte social verificámos que os idosos do sexo masculino apresentam maior satisfação com o suporte social ao nível da intimidade.

Os dados obtidos são consentâneos com o estudo de Monteiro (2012) onde se obteve maior satisfação dos elementos do sexo masculino com o suporte social, contudo não só relativa à intimidade mas em todas as dimensões da escala.

De facto, os homens apresentam mais amigos íntimos e maior contacto com os mesmos do que as mulheres (Gallicchio, Hoffman e Helzlsouer, 2007). Deste modo, tendem a apresentar maior satisfação com o suporte social íntimo.

Apesar de tendencialmente se pensar que as mulheres são “seres” mais sociais que os homens, temos que ter em conta que a perceção de suporte social individual em ambos os sexos pode ser diferente. Os idosos deste estudo pertencem a uma geração em que as mulheres se encontravam mais isoladas em casa, enquanto os homens possuíam a rede social do local de trabalho, que muitas vezes persiste mesmo depois da reforma. Os homens possuem também o suporte social provido pelas esposas, o que lhes permite perceber a sua qualidade de vida relacionada com a saúde como melhor, mesmo quando possuem as mesmas doenças crónicas que as mulheres (Gallicchio, Hoffman e Helzlsouer, 2007).

Aos homens idosos é facultada, por imposições culturais, uma velhice mais tranquila, sem preocupações, em que podem utilizar o tempo livre com atividades que lhes proporcionam prazer e satisfação. Já as mulheres idosas, apesar de reformadas, continuam a ter preocupações com as tarefas domésticas, filhos e netos, não dispendo de tempo livre para outro tipo de atividades (Bukov, Maas e Lampert, 2002).

Ao procurarmos resposta para a questão: **«será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos estão relacionadas com a idade?»** constatamos que os idosos mais velhos tendem a apresentar pior saúde mental e percecionam também uma mudança de saúde para pior, nas dimensões da qualidade de vida do SF-36.

Os resultados obtidos encontram-se em conformidade com diversos estudos, nomeadamente Sprangers *et al.* (2000), García *et al.* (2005) e Paúl *et al.* (2005) que referem que à medida que aumenta a idade, a qualidade de vida tende a diminuir, bem como a satisfação com a saúde. A diminuição da satisfação com a vida talvez possa ser explicada por uma degradação da saúde, redução da autonomia, perdas de contactos sociais ou mesmo por morte dos pares (Fonseca, 2006).

Não é de surpreender que em diversos estudos realizados, à medida que a idade avança, os *scores* das dimensões função física e saúde mental regridam (Wyss *et al.*, 1999; Li *et al.*, 2003; Perkins *et al.*, 2006).

É de salientar que à medida que a idade avança, aumenta paralelamente a vulnerabilidade ao risco de doenças crónicas e incapacitantes. Diversas patologias são mais frequentes depois dos 65 anos do que em outras fases da vida (Figueiredo, 2007).

Assim, nos idosos, a saúde é identificada como um dos preditores de boa qualidade de vida (Gabriel e Bowling, 2004). Representa um aspeto central da mesma em idades avançadas, sendo o máximo determinante da permanência social ativa e independente (Arber and Gin *apud* Barreto, Giatti e Kalache, 2004).

No processo de senescência, as repercussões do mesmo vão-se fazendo sentir, embora de diferentes formas para cada indivíduo. Os indivíduos mais velhos tendem a apresentar mais limitações a nível sensorial e funcional que vão influenciar a forma como percecionam a qualidade de vida.

No que diz respeito à satisfação com o suporte social, de acordo com a idade, verificámos que os idosos mais velhos revelam menor satisfação com as atividades sociais.

De acordo com Bukov, Maas e Lampert (2002), a idade é vista como estando negativamente associada com o nível de participação social, sendo que a partir dos 90 anos, mais de 30% dos idosos são socialmente inativos o que pode gerar menor satisfação com a mesma.

Este facto pode ser explicitado pelas modificações da pessoa, da sua posição na sociedade e do seu relacionamento com os outros que o processo de envelhecimento acarreta. Estas alterações constituem perdas de relações significativas, de saúde, capacidade económica e de independência (Zimmerman, 2000; Figueiredo, 2007).

Focando-nos agora na questão: **«será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos são diferentes em função do estado civil?»**, os dados obtidos revelaram que os idosos casados tendem, em termos de qualidade de vida, a evidenciar melhor saúde mental que os divorciados/separados ou viúvos.

Num estudo efetuado no Brasil por Pimenta *et al.* (2008), verificou-se que para além de melhor saúde mental, os idosos casados também apresentavam melhores pontuações nos domínios capacidade funcional (função física na versão portuguesa), aspetos físicos (desempenho físico na versão portuguesa), estado geral de saúde (saúde geral na versão portuguesa), vitalidade e aspetos sociais (função social na versão portuguesa).

Sendo a saúde mental caracterizada por itens como ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental e emocional e bem-estar psicológico, apraz dizer que os idosos casados se sentem mais apoiados. Stoller, citado por Paúl *et al.* (2005), refere que a relação conjugal é a que melhor prevê a satisfação com a vida, assumindo-se como uma importante ajuda para lidar com problemas de saúde e incapacidade.

Os dados obtidos vão ao encontro de diversos estudos efetuados anteriormente. Cockerham, citado por Ramos (2002), refere que as pessoas casadas possuem melhor saúde que as que apresentam outros estados civis. A inexistência de companheiro encontra-se relacionada com níveis mais baixos de qualidade de vida (Sprangers *et al.*, 2000), em especial para os domínios mental e social (García *et al.*, 2005). Também Paúl *et al.* (2005) corroboram que a qualidade de vida a nível psicológico é mais elevada nos indivíduos casados. Fonseca (2006) constatou que os indivíduos casados apresentam uma satisfação com a vida mais elevada e Christensen, citado por Ramos (2002), refere que as pessoas casadas têm melhor saúde, razão que se prende com o facto de as pessoas com outros estados civis não terem cônjuges para cuidá-las ou controlá-las no domicílio.

No que concerne à satisfação com o suporte social não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Contudo, no estudo de Monteiro (2012) os idosos casados apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social no que diz respeito à intimidade, comparativamente com os que vivem sem companhia.

Estes dados vão ao encontro de Rook e Pietromonaco e de Coyne e DeLongis, citados por Coelho e Ribeiro (2000) que afirmam que a satisfação com o suporte social é influenciada pela qualidade do relacionamento conjugal, já que esta faculto o bem-estar e favorece o decurso do envelhecimento.

Por último, para obter resposta à questão: «**será que a qualidade de vida e o grau de satisfação com o suporte social dos idosos que frequentam o Centro Norton de Matos são diferentes em função da escolaridade?**», constatamos que os idosos com o 3º Ciclo do Ensino Básico e com o Ensino Secundário, seguidos dos que possuem o Ensino Superior tendem a evidenciar, relativamente à qualidade de vida, melhor saúde geral.

Os dados obtidos neste estudo são consentâneos com as investigações efetuados por Ross e Ling Wu, citados por Ramos (2002). Estes autores argumentam que altos níveis de educação promovem boa saúde em idades mais avançadas.

Fontaine (2000) refere que o nível de escolaridade é um dos principais fatores preditivos de saúde cognitiva na velhice e García *et al.* (2005) e Tajvar, Arab e Montazeri (2008) mencionam que à medida que aumenta o nível de escolaridade, aumenta também a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Uma possível explicação para estes resultados poderá ser pelo facto de pessoas com níveis mais altos de educação se encontrarem mais informadas sobre a importância da prevenção de determinadas doenças e hábitos de vida saudáveis ao longo da vida, o que se vai repercutir em termos de saúde (Ross e Ling Wu *apud* Ramos, 2002).

Também as Nações Unidas referem que a escolaridade é um importante indicador que direta ou indiretamente afeta a qualidade de vida devido à sua associação a um estatuto social e económico mais elevado. Geralmente as pessoas mais instruídas encontram-se mais informadas e revelam maior interesse em questões que apresentam um papel preponderante no seu estado de saúde.

Se tivermos em conta a baixa escolaridade da população idosa portuguesa verificámos que cada vez mais ganha relevância a Educação para a Saúde em idosos, uma vez que uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas numa determinada população é o aumento do número de doenças e/ou condições crónicas que requerem a utilização dos serviços de saúde (Firmo *et al. apud* Telles, 2009).

Os profissionais de saúde devem ter consciência dos fatores determinantes desse processo, compreendendo a sua complexidade e magnitude e atuando sempre em benefício dos idosos. A Enfermagem não deve focar a sua atenção no idoso portador de

determinadas doenças, mas sim atuar na promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde do mesmo (Martins *et al.*, 2007).

Esta ideia é corroborada por Ramos *apud* Telles (2009) que considera importante que não se restrinja a saúde dos idosos ao controlo e prevenção de doenças crónicas, já que esta é também fruto de uma interação entre a saúde física, mental, independência financeira, capacidade funcional e suporte social.

Neste contexto, o enfermeiro poderá ter um importante papel através da promoção da saúde com “fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Quanto à satisfação com o suporte social, em especial relativamente à satisfação com as atividades sociais, são os idosos com Ensino Secundário que evidenciam maior satisfação, seguidos dos que possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico e dos que possuem formação superior.

Os resultados obtidos corroboram os de um estudo efetuado no Brasil por Pinto *et al.* (2006) que revela que os idosos com melhor escolaridade desfrutam de melhor interação social, uma vez que possuem melhores condições de acesso a atividades de diversão e lazer.

Já num outro estudo efetuado por Monteiro (2012), a escolaridade influencia a satisfação com as amizades e a intimidade mas, contrariamente aos resultados por nós obtidos são os elementos da amostra com escolaridade mais baixa que apresentam maior satisfação com as atividades sociais.

Contudo, é praticamente consensual que pessoas com habilitações mais baixas têm menos interesses específicos, logo menor capacidade de envolvimento em atividades de tempos livres, enquanto as que possuem mais habilitações literárias possuem mecanismos que facultam um maior número de vantagens adaptativas, que geram maior satisfação com a vida. Outra explicação plausível para os dados obtidos é a de que indivíduos com baixa escolaridade e consequentes profissões menos diferenciadas possuem menos recursos económicos, vivendo mais dependentes de recursos externos que lhes propiciem alguma satisfação com a vida. Ou seja, pessoas cultas e

diferenciadas encontram satisfação com a vida pelos seus próprios meios, enquanto as menos cultas necessitam de ajuda para esse fim (Fonseca, 2006).

Tendo em conta o tamanho da amostra do presente estudo, consideramos que dificilmente se poderão generalizar os resultados. Contudo, estes podem servir de incentivo a futuros trabalhos a realizar na mesma área, permitindo deste modo novas questões de investigação.

Face aos resultados apresentados no nosso estudo, revela-se importante salientar o carácter plural do envelhecimento, determinado por diversos fatores e com necessidades sociais e pessoais distintas que devem ter em conta a realidade dos idosos.

6.1- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou algumas limitações que não permitiram estabelecer com certeza estatística algumas conclusões.

Consideramos que uma das limitações deste estudo foi o tamanho da amostra que pode não refletir as condições de vida dos idosos na população, encontrando-se alguns fatores escondidos na análise estatística. Deste modo, os resultados obtidos referem-se apenas à mesma, não sendo generalizáveis para a população geral. Contudo, muitos dos resultados obtidos vão de encontro a outros encontrados em diversos estudos efetuados em diferentes contextos.

O facto de a amostra apresentar uma distribuição equitativa relativamente ao sexo é também uma limitação uma vez que, na população idosa o número de elementos do sexo feminino é superior aos do sexo masculino. Por outro lado, o facto de a amostra ser equitativa quanto ao sexo, permitiu uma análise mais rigorosa das relações entre as variáveis.

Outra limitação deste estudo foi o facto de a amostra usada ser constituída apenas por idosos não institucionalizados, que vivem na sua própria residência ainda com algum grau de independência. Este facto poderá ter influenciado positivamente os inquiridos. Apesar de este item não ser suficiente para a avaliação da qualidade de vida, uma vez que esta é influenciada por diversos fatores que devem ser tidos em conta, na população

idosa, que se debate com um decréscimo gradual da autonomia pode ter um peso significativo. Os idosos da amostra estudada frequentam um Centro de Convívio de Idosos que proporciona atividades recreativas e têm um nível de escolaridade razoável, tendo em conta o grupo etário. Estes factos podem ter influenciado os resultados, uma vez que provavelmente foi usada uma amostra com melhor qualidade de vida.

Por outro lado, não obstante as qualidades psicométricas das escalas utilizadas serem consideradas boas pela literatura, estas revelaram-se de difícil compreensão em alguns itens, apesar de terem sido aplicadas em idosos sem diminuição das capacidades cognitivas. O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida, o SF-36, não mede outros itens não relacionados com a saúde que se revelam importantes (o meio ambiente em que a pessoa vive e o seu estatuto socioeconómico), focando-se apenas na qualidade de vida que pode ser afetada pelo estado de saúde dos indivíduos. Deste modo, não é possível determinar se associações de dimensões não analisadas da qualidade de vida não existem ou se existem mas não foram detetadas por este método de avaliação.

CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo individual e diferencial, privilégio de quem pode experienciar uma vida longa. É um fenómeno inevitável que acarreta transformações físicas, sociais e económicas ímpares na sociedade atual. Existem diversas formas de envelhecer. Enquanto uns idosos se mantêm ativos e são bem-sucedidos, outros vêm a sua autonomia limitada, enfatizando a complexidade de todo o processo inerente ao envelhecimento.

Com o agravamento do fosso entre jovens e idosos, as prioridades demográficas alteraram-se. Face a uma população envelhecida, emergem cada vez mais preocupações lícitas relacionadas com a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social deste grupo etário. Revela-se importante oferecer, a par com uma maior sobrevivência, maior qualidade de vida para que a população idosa preserve a sua saúde e bem-estar com vista a um envelhecimento com dignidade.

O conceito de qualidade de vida é muito complexo uma vez que inclui perceções individuais, mas também inclui o desenvolvimento social, económico e humano num determinado ambiente físico. Existe portanto uma definição deste construto para cada indivíduo, mutável em função do tempo, das circunstâncias de vida e das prioridades individuais que, no idoso, adquirem especial relevância. De facto, o número crescente de idosos e da incidência de doenças crónicas torna necessária uma monitorização do seu estado de saúde e da sua qualidade de vida, na perspetiva de promover um envelhecimento ativo, com inclusão dos idosos em contextos sociais benéficos, com autonomia.

Sendo o ser humano gregário, torna-se evidente que um suporte social adequado às necessidades específicas dos idosos pode contribuir para a qualidade de vida dos mesmos, facultando um envelhecimento bem-sucedido, tal como se preconiza. De facto, o suporte social tem-se revelado um importante mediador de diversas situações de vida com impacto no bem-estar físico e emocional dos indivíduos.

Com o intuito de dar um contributo para uma melhor compreensão desta realidade foi nossa intenção caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico, caracterizar a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos idosos e identificar relações significativas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos idosos e entre estes construtos e algumas variáveis sociodemográficas.

Assim, de acordo com os resultados obtidos podemos afirmar que, de um modo geral, os idosos desta amostra evidenciam uma boa qualidade de vida e, em termos globais, revelam níveis razoáveis de satisfação com o suporte social. Verificou-se que a qualidade de vida dos idosos está relacionada com o grau de satisfação com o Suporte Social. Os idosos do sexo masculino evidenciam melhor qualidade de vida em termos de função física, dor corporal e saúde mental e maior satisfação com o suporte social a nível da intimidade. Os idosos mais velhos tendem a evidenciar pior saúde mental, menor satisfação com atividades sociais e percecionam uma mudança de saúde para pior e os idosos casados tendem a evidenciar melhor saúde mental que os não casados. Relativamente à escolaridade, verificamos que os idosos com maior nível de escolaridade tendem a evidenciar melhor saúde geral e maior satisfação com as atividades sociais.

Perante os resultados obtidos podemos concluir que os objetivos delineados para a investigação foram atingidos, tendo consciência, contudo que estes são insuficientes para se retirarem conclusões de carácter definitivo.

Os resultados obtidos revelam-se importantes como tópico de reflexão sobre práticas e comportamentos, não só como profissionais de saúde mas também como cidadãos. O envelhecimento é uma realidade cada vez mais presente na nossa prática profissional e na nossa vida e, os enfermeiros encontram-se numa situação privilegiada graças ao seu acesso ímpar à rede social dos cidadãos, à educação para a saúde que efetuam e à sua preocupação constante com a promoção da qualidade de vida dos cidadãos e incentivo à autonomia dos mesmos.

Os enfermeiros distinguem-se pela formação e experiência que lhes permite estarem presentes nas diversas fases de transição da vida, atuando precocemente com vista a intervir na adoção de estilos de vida saudáveis. Devem estar juntos das populações, não só em contextos clínicos, mas também nos espaços de eleição das mesmas (locais de

trabalho e lazer) para facultarem estratégias de gestão dos recursos da comunidade com vista a um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

Todas as etapas deste trabalho se revelaram um verdadeiro desafio, que mesmo pautado por obstáculos se mostrou extremamente enriquecedor a nível pessoal e profissional.

Assim, e apesar de muitos dos resultados obtidos irem de encontro aos referenciados na literatura consideramos importante tecer algumas sugestões. Encaramos como importante a aposta na promoção do nível de educação, no acesso a cuidados de saúde e na educação para a saúde dos idosos. Só através desta última se podem colmatar lacunas inerentes ao baixo nível de escolaridade dos nossos idosos, fornecendo informações úteis de prevenção de doenças e comportamentos de risco, importância da independência física, otimização cognitiva e utilização de diversos mecanismos de compensação face a perdas físicas, mentais e/ou sociais associadas à senescência.

Deve apostar-se na promoção da independência e autonomia dos idosos, de modo a que estes possam viver o máximo de tempo possível em sua casa, na companhia de familiares e amigos que lhes proporcionem um suporte social informal que proteja a institucionalização. Também nos parece importante sugerir que se invista em Centros de Convívio de Idosos que proporcionem atividades de lazer estimulantes em prol do Envelhecimento Ativo, que despertem o seu interesse e incentivem a manutenção e treino das suas faculdades mentais, tendo sempre como meta a integração social em detrimento do isolamento associado ao envelhecimento. Todos estes elementos são importantes para se conseguir um Envelhecimento Ativo, com saúde e com qualidade de vida, que faça valer a pena os anos que se seguem à reforma.

Consideramos que seria interessante a realização de um estudo sobre qualidade de vida e suporte social em idosos de natureza qualitativa em contexto nacional, o que poderia facultar informações muito interessantes sobre a população em estudo e o que esta valoriza.

Com a concretização deste trabalho vivencia-se um misto de conquista e de novas ideias a concretizar, sem esquecer que atingimos os objetivos a que nos propusemos.

Cada vez mais a Enfermagem necessita de bases científicas, só conseguidas com projetos de investigação que valorizem a profissão e os cuidados que são prestados ao longo de todo o ciclo vital, sempre com a melhoria e aperfeiçoamento contínuos como

meta. A relevância desta temática não se esgota aqui e abrange diversas disciplinas, que em conjunto podem dar um contributo deveras significativo em prol da qualidade de vida de toda uma geração.

Apesar das limitações inerentes ao próprio trabalho, esperamos que os resultados obtidos sirvam de estímulo a futuros trabalhos a desenvolver na área e se traduzam numa melhoria das políticas assistências a idosos, nomeadamente a nível de intervenções em programas geriátricos ou mesmo em políticas sociais e de saúde que tenham como alvo esta população específica

BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, Madalena; SOUSA, Liliana- Rede Social: do conceito à avaliação-
Psychologica. Coimbra ISSN 0871-4657. 44 (2007) 353-376.

BARRETO, S.; GIATTI, L.; KALACHE A.- Gender inequalities in health among older
Brazilian adults. **Revista Panamericana de Salud Publica** 16:2 (2004) 110-117

BARRÓN, A. I. – **Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones**. Madrid: Siglo
Veinteuno. España Editores 1996. ISBN 84-232-0918-4.

BELVIS, A.G.; AVOLIO M.; SPAGNOLO A.; DAMIANI G.; SICURO, L.;
CICHETTI A.; RICCIARDI W.; ROSANO A.- Factors associated with health-related
quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region.
Public Health.122 (2008) 784-793.

BERKMAN, Lisa F.; GLASS, Thomas; BRISSETTE, Ian; SEEMAN, Teresa E.- From
Social integration to health: Durkheim in the new millennium. **Social Science &
Medicine**. 51 (2000) 843-857.

BLANCO, E. Hortonedá- **Síndromes Geriátricos**. Revisfarma: Algés, 2006. 288 p.
ISBN 978-989-8036-19-9.

BOND, John; CORNER, Lynne- The future of well-being: Quality of Life of Older
People in the Twenty-first Century in: VINCENTE, John A.; PHILLIPSON Chris R.;
DOWNS, Murna- **The futures of Old Age**. London: Sage Publications, 2006. 255 p.
ISBN 10-1-4129-0107-3.

BOSWORTH, H. B.[et al.].- Social Support and Quality of Life in patients with coronary artery disease. **Quality of Life Research**. . Kluwer Academic Publishers (2000) 829-839.

BOWLING, A.-**Measuring Disease- A review of disease-specific quality of life measurement scales**. 2nd Open University Press. Buckingham. Philadelphia (2001)

BRANDÃO, Glauber Sá- Fisioterapia sob a Óptica do Exercício Físico in: SILVA, José Vitor da- Saúde do Idoso- Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos. São Paulo: Iátria. 2009. 320p. ISBN 978-85-7614-059-7.

BUKOV, Aleksej; MAAS, Ineke; LAMPERT, Thomas- Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. **Journal of Gerontology: Pssychological Sciences**. 57:6 (2002) 510-517

CASSOU, Bernard- Medir a qualidade de vida numa idade avançada. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379 . 49:5 (2001) 237-238.

CARNEIRO, Rachel Shimba; FALCONE, Eliane; CLARK, Cynthia; PRETTE, Zilda Del; PRETTE, Almir Del- Qualidade de Vida, Apoio social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia, Relexão e Crítica**. 20:2 (2007), 229-237.

CENTRO DE ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO REGIONAL E URBANO (CEDRU) -Estudo de Avaliação das Necessidades dos Sêniore em Portugal. 2008

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC)-. Measuring health days. Atlanta: Centers for Disease control and Prevention [Em linha] 2000 [Consult. 23 Abril 2013]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>

CHENG, Sheung-Tak; LI, Kin-Kit; LEUNG, Edward M.F.; CHAN, Alfred C.M- Social Exchanges and Subjective Well-being: do Sources of positive and negative exchanges matter? **The Journals of Gerontology**, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. Oxford University Press. 66 (2011) 708-718.

COBB, Sydney- Social Support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. American Elsevier Publishing Company 38:5 (September-October 1976) 300-314.

COELHO, M.; RIBEIRO, J.- Influência do Suporte Social e do coping sobre a percepção de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. **Psicologia, Saúde e Doenças** 1:1 (2000) 79-87.

DIOGO, Maria José D'Elboux- Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação dos membros inferiores. **Revista Panamericana de Salud Publica** 13:6 (2003) 395-399.

DiMATTEO, Robin- Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: a Meta- analysis. **Health Psychology**. 23:2 (2004) 207-218.

DRAGESET, Jorunn [et al.]- The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents- A questionnaire survey in Bergen, Norway. **International Journal of Nursing Studies** 46 (2009) 66-76.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío- **Gerontología Social**. Madrid: Ediciones Pirámide. 2004. 577 p. ISBN 84-368-1437-1.

FERREIRA, Pedro Lopes- Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36 Parte I- Adaptação Cultural e Linguística. **Acta Médica Portuguesa**. ISSN 0870-399X. 13 (2000) 55-66.

FIGUEIREDO, Daniela- **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. 236 p. ISBN 978-972-796-276-1.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M.- Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 37: 6 (2003) 793-799.

FONSECA, António M.; PAÚL, Constança; MARTÍN, Ignácio; AMADO, João-
Condição Psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal in: PAÚL,
Constança; FONSECA, António M.- Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi
Editores. 2005. 311 p. ISBN 972-796-185-1.

FONSECA, António M.- “Transição-adaptação” à reforma em Portugal. **Psicologica**.
Coimbra. ISSN 0871-4657. 42 (2006) 45-70.

FONTAINE, Roger- **Psicologia do Envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.
194 p. ISBN 972-8449-65-8.

FORTIN, Marie-Fabienne- **O processo de investigação da Concepção à Realização**-
Loures: Lusociência. 1999. 131 p. ISBN 972-8383-10.

FORTIN, Marie-Fabienne- **Fundamentos e etapas do processo de investigação**-
Loures: Lusididacta. 2009. 595 p. ISBN978-989-8075-18-5.

GABRIEL, Zahava; BOWLING, Ann- Quality of life from the perspective of older
people. **Ageing and Society**. Cambridge University Press. United Kingdom. 24 (2004)
675-691.

GALLICCHIO, Lisa; HOFFMAN, Sandra C.; HELZLSOUER, Kathy J.- The
relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a
community-based study in Washington County, Maryland. **Quality of Life Research**
16 (2007) 777-786.

GALLEGOS-CARRILLO, Katia [et al.]- Social Networks and health-related quality of
life: a population based study among older adults. **Salud Pública de México**. 51:1
(enero-febrero 2009).

GARCÍA, María Dolores Calero- Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo
in: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío- Gerontología Social. Madrid: Ediciones
Pirámide. 2004. 577 p. ISBN 84-368-1437-1.

GARCÍA, E. López [et al.]- Social Network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. **Quality of Life Research**. 14 (2005) 51-520.

HOUSE, James S.; LANDIS, Karl R.; UMBERSON, Debra- Social Relationships and Health. **Science**. 1988.

IMBERLY, C.K.; DANA, D.M.- Using the SF-36 to determinate perceived health-related quality of life in rural Idaho Seniors. **Journal of Allied Health**. 35 (2006)156-161.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) (2002) O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa: Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censatórias e de População do INE.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Estatísticas Demográficas 2009

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) Census 2011.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I.R.; WESTERGREN, A.- Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of life Research**. 13:1 (2004) 125-136.

KIMURA, Miako; SILVA, José Vitor da- Índice de qualidade de Vida de Ferrans e Powers. [Em linha] Revista da Escola de Enfermagem de USP. 2009.[Consul., em 9 Maio 2013] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500014&script=sci_arttext

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso- Qualidade de Vida- Aspectos Conceituais. **Revista Salus-Guarapuava-PR**. ISSN 1980-2404. 1:1 (Janeiro-Junho, 2007) 13-15.

LARSON, R.; MENNELL, R.; ZUZANEK J- Daily well-being of older adults with friends and family. **Psychology and aging** .1 (1986) 117-126.

LI, L.; WANG, H.M.; SHEN Y.- Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation and normalization. **Journal of Epidemiological Community Health**. 57 (2003) 259-265.

LIMA *et al.*- Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey.[Em linha] Cadernos de Saúde Pública. 2009 [Consult. Em 11 Maio 2013] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/07.pdf>

MAROCO, João- **Análise Estatística- Com utilização do SPSS**. Lisboa:Edições Sílabo, 2007.ISBN 978-972-618-452-2.

MARTINS, Rosa Maria Lopes- A relevância do apoio social na velhice. Educação, Ciência e Tecnologia. 2005 [Em linha] [Consult. em 12 Janeiro 2013] Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>

MARTINS, Josiane de Jesus [*et al*]- Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos de terceira idade [Em linha] 2007 [Consult. 20 Janeiro 2013] Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a12.pdf>

MATOS, A. P.; FERREIRA, A.- Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a fiabilidade. **Psiquiatria Clínica**. 21:3 (2000) 243-253.

MATSUKURA, Thelma S.; MARTURANO, Edna M. ;OISHI, Jorge- O questionário de suporte social (SSQ): Estudos de adaptação para o português. [Em linha] Revista Latino-americana de Enfermagem. 2002. [Consult. Em 11 Novembro 2012] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a8.pdf>

MATSUKURA, Thelma S.; MARTURANO, Edna M. ;OISHI, Jorge; BORASCHE, Graciele- Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais .[Em linha] Revista Brasileira de Educação Especial. 2007. [Consult. Em 11 Novembro 2012] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382007000300008

MENESES, R.; RIBEIRO, J.; SILVA, A. Revisão da literatura sobre a avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. II-Facilidades na abordagem do tema. **Psicologia, Saúde & Doença**.ISSN 1654-0086. 3:2 (2002) 119-139.

MONTEIRO, Catarina Sofia da Silva Igreja- Idosos residentes em meio rural: satisfação com o suporte social. Porto. 2012. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Serviço Social.

MORAES, Edgar Nunes de- **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed. 2009. 700 p. ISBN 85-85002-74-3.

NIKPOUR, S.; SOOLA, A.; SEIEDOSHOHADEEI M.; HAGHANI, H.;- Relationship between quality of life and socio-demographic characteristics among older people in Tehran- Iran. **Middle Eastern Journal of Age and Ageing**. 4:2 (2007) 24-28.

NUNES, Madalena- Apoio Social na Diabetes. Millenium Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. 2005 [Em linha] [Consult. em 12 Novembro 2012] Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/430/1/Apoio%20social%20na%20diabetes.pdf>

OGDEN, Jane- **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi Editores. 2004 2º ed. ISBN 972-796-092-8.

OKAMOTO, K.; TANAKA, Y.- Gender Differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. **Preventive Medicine**. 38 (2004) 318-322.

OLIVEIRA, K.; SANTOS, B.; CRUVINEL M.; NÉRI, A.- Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**. Maringá 11 (2) (2006)

OLIVEIRA, BARROS DE- **Psicologia do Idoso**. Porto: Livpsic. 2008. 144p. ISBN 978-989-8148-07-0.

OLIVEIRA, BARROS DE- **Psicologia do envelhecimento e do Idoso**. Porto: Livpsic. 4ª ed. 2010. ISBN 978-989-81-48-384.

OLNEY, Sandra J.; CULHAM, Elsie G.- Alterações de postura e marcha (81-94) in: PICKLES B. [et al].- Fisioterapia na terceira idade. São Paulo: Livraria Santos. 2002. 489 p. ISBN ?

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Padrão de Qualidade de cuidados gerais de enfermagem**. Lisboa: Edições Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORNELAS, José- Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. 12: 2-3. (Abril-Setembro, 1994) 333-339.

ORNELAS, José- **Psicologia Comunitária**. Lisboa: Fim de Século, 2008. 478 p. ISBN 978-972-754-256-7.p. 478.

OSÓRIO, Agustín Requejo – Os idosos na sociedade actual in: OSÓRIO, Agustín Requejo; PINTO, Fernando Cabral- As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto Piaget. 2007. ISBN 972-771-782-9. 342 p.

ÖSTBERG, V.; LENNARTSSON, C.- Getting by with a little help:the importance of various types of social support for health problems. **Scandinavian Journal of Public Health**. 35:2 (2007) 197-204.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco- Qualidade de Vida na Velhice in FREITAS [et al]- Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. ISBN 978-852-771-19-99.

PAÚL, Constança- Envelhecimento activo e redes de suporte social. [s.d.] [Em linha] [Consult. em 12 Maio 2013] Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>

PAÚL, Constança- A construção de um modelo de envelhecimento humano in: PAÚL, Constança; FONSECA, António M.- Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores. 2005. 311 p. ISBN 972-796-185-1.

PAÚL, Constança, FONSECA, António M.; MARTÍN, Ignacio; AMADO, João- Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses in: PAÚL, Constança; FONSECA, António M.- Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores. 2005. 311 p. ISBN 972-796-185-1.

PEREIRA, Renata [et al]- Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. **Revista de Psiquiatria**. 28:1 (2006) 27-38.

PERKINS, A.J.; STUMP, T.E; MONAHAN, P.O., McHORNEY, C.A.- Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey. **Quality of Life Research**. 15 (2006) 331-348.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes- **Análise de dados para Ciências Sociais- A complementaridade do SPSS**. Lisboa:Edições Sílabo. 2005, 4ª ed. ISBN 972-618-391-X.

PIMENTA, Fauto Aloísio Pedrosa [et al.]- Avaliação da Qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 54:1 (2008) 55-60.

PINTO, José Leonel Gonçalves [et al.]- Características do apoio social oferecido a idosos da área rural assistida pelo PSF. [Em linha] 2006 [Consult. 25 Janeiro 2013] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30990.pdf> p. 763-754.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernadette P,- Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 163 p. ISBN 85-7307-984-3.

POCINHO, Margarida- **Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico**. Lisboa: Lidel. 2012. 206 p. ISBN 978-972-757-916-7.

RAMOS, Luiz Roberto- Epidemiologia do Envelhecimento in FREITAS [et al]- Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. ISBN 978-852-771-19-99.

RAMOS, Marília P.- Apoio Social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre. 7 (Jan/Jun 2002) 156-175.

RAMOS, Luiz Roberto- Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19:3. (Maio- Junho, 2003) 793-798.

RIBEIRO, José Luís Pais- A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde . **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. 12: 2-3. (Abril-Setembro, 1994) 179-191.

RIBEIRO, José Luís Pais- Escala de satisfação com o Suporte Social (ESSS). [Em linha] Análise Psicológica. 1999. [Consult. 23 Abril 2012] Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>

RIBEIRO, José Luís Pais- Qualidade de Vida e Doença Oncológica in DIAS, Maria Rosário; DURÁ; Estrella- Territórios da Psicologia Oncológica (75-98). Lisboa: Climepsi Editores 2001. ISBN972-796-018-9.

RIBEIRO, José Luís Pais- **Introdução à Psicologia da Saúde**. Coimbra: Quarteto. 2005.346 p. ISBN 989-558-045-2.

RIBEIRO, José Luís Pais- **Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde** 2^a ed. Porto: Livpsic. 2008. 169 p. ISBN 978-989-8148-16-2.

RIBEIRO, José Luís Pais- **Escala de satisfação com o Suporte Social**. Lisboa: Placebo Editora, 2011. 22 p. ISBN: 978-989-8463-14-2

RODRIGUES, Rosalina A. O.; DIOGO, Maria José D.- **Como cuidar dos idosos**. 4ª ed. São Paulo: Papirus, 2004.125 p. ISBN 85-308-0428-7.

RODRIGUES, Vera B.; MADEIRA, Milton- Suporte Social e Saúde Mental: revisão da literatura- **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. 6 (2009) 390-399.

SALLES, Álvaro Ângelo- O idosos e a saúde Mental: Uma reflexão sob a perspectiva da Afetividade in: SILVA, José Vitor da- Saúde do Idoso- Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos. São Paulo: Iátria. 2009. 320p. ISBN 978-85-7614-059-7.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos [et al] - Qualidade de Vida do Idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan [Em linha] Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2002 [Consult. em 15 Maio 2013] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000600002&script=sci_arttext

SARASON, Irwin G.; LEVINE, Henry M.; BASHAM, Robert B.; SARASON, Barbara R.- Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**. The American Psychological Association Inc. 44 (1983) 127-139.

SCHWARZER, R.; RIECKMANN R.- Social Support, cardiovascular disease and mortality. G. Weidner & al. (Eds). Heart Disease: Environment, Stress and Gender. IOS Press (2002). 185-196.

SEGURANÇA SOCIAL- Idosos- Conteúdo Final [Em linha] [Consult. 25 Março 2013] Disponível em: <http://www4.seg-social.pt/idosos>

SEIDL, Eliane Maria Fleury; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. – Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 22:3 (2006) 317-326.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa- Qualidade de vida: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 20:2 (2004) 580-588.

SEQUEIRA, Carlos- **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto, 2007. 310 p. ISBN 978-989-558-092-7.

SEQUEIRA, Carlos- **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa: Lidel, 2010. 360 p. ISBN 978-972-757-717-0.

SILVA, I.; RIBEIRO, J.; CARDOSO, H.; RAMOS, H.. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. **Psicologia, Saúde & Doença**. Amadora. ISSN 1654-0086. 4:1 (2003) 21-32.

SILVA, José Vitor da- **Saúde do Idoso- Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos**. São Paulo: Iátria. 2009. 320p. ISBN 978-85-7614-059-7.

SPAR, James. E.; LA RUE, Asenath. **Guia prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-139-8.

SPRANGERS, Mirjam A.G [et al.]- Wich chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. **Journal of Clinical Epidemiology** 53 (2000) 895-907.

STRAUB, Richard O.- **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed. 2005. ISBN 85-363-0337-9.

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela; CERQUEIRA, Margarida- **Envelhecer em família**. 2ªed. Porto: Ambar, 2006. 145 p. ISBN 972-43-1152-X.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela- Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**. 37(3) (2003) 363-371.

SQUIRE, Anne- **Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas- Fundamentos Básicos para a Prática**. Loures: Lusociência, 2005. 430 p. ISBN 972-8383-87-8.

SULLIVAN, Mark D.; KEMPEN, I.J.M.; SONDEREN, Eric Van; ORMEL, Johan- Models of Health-related Quality of Life in a population of community-dwelling Dutch elderly. **Quality of Life Research**. Kluwer Academic Publishers. 9 (2000) 801-810.

TAJVAR, Maryam; ARAB, Mohammad; MONTAZERI, Ali- Determinants of health related quality of life in elderly in Tehran, Iran- **BMC Public Health**. 2008.

TELLES, José Luiz- Os desafios para a atenção à saúde da população idosa no Brasil in LOPES, Manuel; MENDES, Felismina; MOREIRA, António- **Saúde, Educação e Representações Sociais**. Formasau: Coimbra. 2009. 251 p. ISBN 978-989-8269-04-1.

TEYMOORI, F.; DADKHAH, A.; SHIRAZIKHAH, M.- Social welfare and health related (mental, social, physical) status of aged people in Iran. **Middle East Journal of Age and Ageing**. 3 (2006) 39-45.

THOME, B.; DYKES A.K.; HALLBERG, I.R.- Quality of life in old people with and without cancer. **Quality of Life Research**, 13:6 (2004)1067-1080.

TOJAL, António Pedro Lima; RAMOS, David Fernando Jesus; GOMES, Márcio Roberto de Oliveira- Suporte Social, uma variável a ter em conta. **Revista Sinais Vitais**.Coimbra. ISSN 0872-8844. 60. (2005) 20-23.

TORRES, Gilson de Vasconcelos- Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste [Em linha] 2009 [Consult. em 1 Maio 2013] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a06v58n1.pdf>

UCHINO, BN.; HOLT-LUNSTAD, J.; UNO. D.;FLINDERS J.B.- Heterogeneity in the Social Networks of Young and Older Adults: Prediction of mental health and cardiovascular reactivity during acute stress. **Journal of Behavioral Medicine** (2001) 361-382.

UCHINO, Bert N.- Social Support and Health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. [Em linha] Journal of Behavioral Medicine. 2006. [Consult. em 1 Maio 2013] Disponível em <http://www.springerlink.com/content/k2w30x1030j83w26/>

VAUX, A.- Social Support: Theory, research and intervention. New York: Praeger (1988). ISBN 0-275-92811-X.

VANDERVOORT, Anthony A. – Alterações Biológicas e Fisiológicas (67-80) in: PICKLES B. et al.- Fisioterapia na terceira idade. São Paulo: Livraria Santos. 2002. 489 p. ISBN ?

VAZ SERRA, A. – **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra. Edição de autor. 1999.

VECCHIA, Roberta Dalla et al- Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo [Em linha] Revista Brasileira de Epidemiologia. (2005) [Consult. em 2 Maio 2013] Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>

VOS, Rob; OCAMPO, José António; CORTEZ, Ana Luiza – **Ageing and Development**. New York: Zed Books Limited. 2008. 260 p. ISBN 978-1-84813-053-1.
WHOQOL- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)- Position paper from the World Health Organization. **So. Sci. Med.** 41 (1995) 1403-1409.

WIMBERLY, Sarah R.; CRAVER, Charles S.; ANTONI, Michael H.- Effects of optimism, interpersonal relationships and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. **Psychology and Health**. 23:1 (January 2008) 57-72.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL)- Position paper from the World Health Organization. **So. Sci. Med.** 41 (1995) 1403-1409.

WYSS, K.; WAGNER, A.K.; WHITING, D.; MTASIWA, D.M., TANNER, M.; GANDEK, B., et al.- Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. **Quality of life Research**. 8 (1999) 111-120.

ZIMERMAN, Guite I.- **Velhice-Aspetos Biopsicossociais**. Artmed: Porto Alegre, 2000. 229 p. ISBN 978-85-7307-750-6.

APÊNDICES

APÊNDICE I- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Exmo(a) Senhor(a)

No âmbito de uma investigação sobre “Qualidade de Vida e Suporte Social em Idosos: estudo realizado num Centro de Convívio em Coimbra”, desenvolvida para a realização de uma Dissertação do Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vimos pedir a sua colaboração.

Inicialmente deverá preencher um questionário sócio-demográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal, seguindo-se o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36) que lhe pede opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e a sua capacidade de desempenhar atividades habituais. Por último segue-se a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) que pretende avaliar o seu grau de satisfação com a sua família, amigos e actividades sociais.

Na análise dos dados colhidos através deste questionário, garantimos a confidencialidade, uma vez que todas as informações por si fornecidas são sigilosas, para que não seja identificado(a).

Se decidir colaborar no nosso estudo, deverá indicá-lo na declaração que se segue (consentimento informado).

Obrigada pela sua colaboração!

Atenciosamente,

Vanessa Massa

PARTE II- QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar actividades habituais.

Peço-lhe que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver certeza sobre a resposta a dar, responda a que mais se aproximar e, se quiser, pode fazer um comentário a seguir à pergunta.

1- Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	1
Muito Boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

2- Comparando com o que acontecia há um ano, como descreveria o seu estado de saúde actual?

Muito melhor	1
Com algumas melhoras	2
Aproximadamente igual	3
Um pouco pior	4
Muito Pior	5

3- As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

Atividades diárias	Sim, muito limitado(a)	Sim, um pouco limitado(a)	Não, nada limitado(a)
a. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1Km	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho(a)	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, teve no seu trabalho ou atividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sim	Não
a. Diminui o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou noutras atividades	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou noutras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a)?

	Sim	Não
a. Diminui o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Não executou o trabalho ou outra atividade tão cuidadosamente como era costume	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal como a sua família, amigos, vizinhos e outras pessoas

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

7- Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	5
Muito fortes	6

8- Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto trabalho fora de casa como trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

9- As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, indique a afirmação que melhor descreve a forma como se sentiu. Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a-Se sentiu cheio(a) de vitalidade?						
b-Se sentiu muito nervoso(a)						
c-Se sentiu tão deprimido(a) que nada o/a animava?						
d-Se sentiu calmo(a) e tranquilo(a)?						
e-Se sentiu com muita energia?						
f-Se sentiu triste e em baixo?						
g-Se sentiu estafado(a)?						
h-Se sentiu feliz?						
i-Se sentiu cansado(a)?						

10- Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

11- Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações:

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros.					
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.					
c. Estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar.					
d. A minha saúde é óptima.					

Parte III - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **a**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **e**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

APÊNDICE II- INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriátrica

Título : Qualidade de Vida e Suporte Social em Idosos: estudo realizado num Centro de Convívio em Coimbra

Investigador : Vanessa Alexandra Teixeira Massa

Investigador Orientador: Maria Paula Assis Cordeiro

Termo de Consentimento Informado

Este é um convite para participar nesta pesquisa, de tese de mestrado.

Esta pesquisa pretende conhecer a forma como determinados fatores podem influenciar a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida em idosos.

É neste âmbito que solicitamos a sua colaboração, ou melhor, a sua indispensável cooperação no sentido de responder, de forma anónima e voluntária, a um conjunto de questionários que conhecerá de seguida.

A sua participação não traz complicações legais nem oferece riscos á sua dignidade.

A sua colaboração consistirá em preencher individualmente um questionário para levantamento de dados sociodemográficos, e duas escalas para saber a sua opinião sobre a sua saúde e o seu grau de satisfação com a sua família, amigos e actividades sociais.

Esta colaboração tomará apenas 15 minutos do seu tempo.

Os investigadores responsabilizam-se pelo sigilo das informações obtidas com o preenchimento dos instrumentos e sobre a sua participação. Os dados serão divulgados apenas em gráficos e/ou tabelas de forma a não possibilitar a sua identificação.

Tratando-se da sua opinião, não há respostas certas ou erradas. Elas serão corretas sempre que traduzam o seu ponto de vista sobre o assunto em análise.

As suas respostas serão tratadas com o maior sigilo. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Declaro que tendo em vista as orientações acima apresentadas, após ser esclarecido e ter entendido os objectivos e a importância da minha colaboração nesta pesquisa,

Eu, _____ concordo em participar, como voluntário, do estudo acima descrito.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Ficamos muito gratas pela disponibilidade, empenho e interesse manifestados.

Vanessa Alexandra Teixeira Massa

E-mail: vatmlene@gmail.com

APÊNDICE III- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS

Ex.mo(a) Senhor(a)

Director do Centro Norton de Matos

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico

Eu, Vanessa Alexandra Teixeira Massa, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, venho por este meio apresentar formalmente o pedido de autorização, para que possa realizar na vossa instituição um estudo sobre “Qualidade de Vida e Suporte Social em idosos: estudo realizado num Centro de Convívio em Coimbra”.

Este estudo faz parte de uma das exigências propostas para a conclusão do Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria e não se destina de modo algum a avaliar o funcionamento interno da instituição. Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes poderão ser identificados.

Para que possa concluir este trabalho, necessito de recolher informação da população idosa que frequente a vossa instituição, com o intuito de posteriormente realizar uma análise estatística dos dados. Encontra-se implicada alguma disponibilidade por parte da população idosa, no entanto, não serão colocadas em causa as atividades diárias habituais dos participantes envolvidos nem o funcionamento interno da instituição.

Será elaborado um consentimento informado a todos os utentes onde será explicado o intuito do estudo, sendo dada aos participantes a liberdade para poderem ou não participar.

Fazem parte do formulário da pesquisa um questionário para levantamento de dados sócio-demográficos; o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36) de John Ware Jr. E Cathy Sherbourne validado para a população portuguesa por Pedro Lopes Ferreira (2000) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Pais Ribeiro (1999).

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração, agradecendo, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(Vanessa Alexandra Teixeira Massa)

Contactos: vatmlene@gmail.com; telemóvel: 965045836

ANEXOS

ANEXO I- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

1- Orientação

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito estamos? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

2- Retenção

Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabê-las de cor

Pêra ____

Gato ____

Bola _____

3- Atenção e cálculo

Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e sucessivamente

27__ 24__ 21__ 18__ 15__

4- Evocação

Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar

Pêra _____

Gato_____

Bola_____

5- Linguagem (mostrar objectos)

a) Como se chama isto

Lápis _____

Tesoura _____

b) Repita a frase que lhe vou dizer “o rato roeu a rolha da garrafa”

c) “quando lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha-a sobre a mesa”

Pega com a mão direita _____

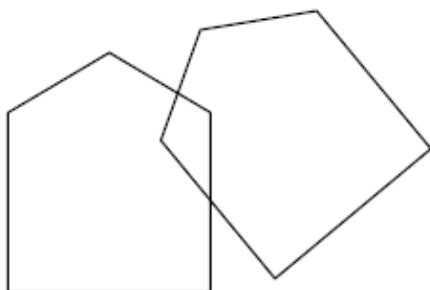
Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

d) “leia o que está escrito neste cartão e faça o que lá diz”

e) “escreva uma frase inteira aqui

6- Habilidade construtiva



ANEXO II- AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PARA A COLHEITA DE DADOS

Secretaria CNM

30 de novembro de 2011 10:08

<secretaria@cnm.pt>

Para: vatmlene@gmail.com

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Excluir](#) | [Mostrar original](#)

Exma. Senhora

A Direcção do Centro Norton de Matos, deferiu o S/ pedido, está autorizada por esta, a junto dos nossos associados fazer a recolha que pretende.

Deverá dirigir-se à sala da Direcção para se identificar, o horário de funcionamento é a partir das 9h00, embora a presença dos associados seja no período da tarde a partir das 13h00, excepto à terça e quinta a classe de ginástica sénior das 10h00 às 11h00.

Atenciosamente

Fátima Neves

Rua Vasco da Gama

Bairro Norton de Matos

3030-074 Coimbra

www.cnm.pt

tel.: 239 791 220

fax: 239 791 221

