

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**EFEITO DO GÉNERO E DA IDADE NO SUPORTE SOCIAL
EM ADULTOS IDOSOS**

Anaís Andrea Forte Silva

13064

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**EFEITO DO GÉNERO E DA IDADE NO SUPORTE SOCIAL
EM ADULTOS IDOSOS**

Anaïs Andrea Forte Silva

13064

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor António Diniz

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de Prof. Doutor António Diniz, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

Agradecimentos

Se eu pudesse agradecer a todos aqueles que me ajudaram a atravessar esta fase da minha vida, mil páginas não chegariam. Longo tem sido o caminho que me trouxe até aqui, mas felizmente não caminho só, comigo trago todos os que amo. É no fim deste patamar e no começo de outro que sinto que é um dever agradecer a quem mais tem contribuído.

Aos meus pais e irmã pela forma como me compreendem mesmo nos momentos em que eu falo chinês, e por de uma maneira ou de outra, estarem a meu lado e me apoiarem naquilo que estou decidida a alcançar.

Àqueles que me ajudaram a encontrar participantes que estivessem dispostos a aturar-me por uns momentos e aos participantes, eles próprios, que tão pacientemente ouviram as minhas perguntas e tão prontamente responderam.

Aos meus amigos que perseverantemente me ouviram nas horas de maior desespero, pelos puxões nas orelhas, pelas palavras sinceras e pelo conforto que me deram forças para continuar: Bruno Teixeira, Vânia Moura, Élia Pereira, Carla Cardoso, Filipe Castro, Diogo Santos, Cláudia Santos, Hugo Ruivo, João Rocha, Tiago Abreu, Nuno Correia, e a todos aqueles que mesmo não estando aqui mencionados são muito importantes para mim... sabem quem são.

À minha colega de Dissertação de Mestrado Daniela por ter fugido para Palma de Maiorca e graças a ela ter descoberto o verdadeiro significado do termo *teleconferência*. Obrigada por rirmos juntas do nosso desespero, obrigada pela preciosa ajuda. À minha colega Catarina Carrapiço, pela ajuda na interminável busca bibliográfica.

À memória dos meus avós, que me guiam onde quer que estejam. Aos meus avós emprestados Maria da Luz e Renato que mesmo eu não sendo sangue do seu sangue me apoiam e têm um papel muito importante na minha vida. Obrigada aos seus descendentes, Fátima, Marco e Diogo pelo vosso eterno suporte.

E por último, mas não o último, ao Professor Diniz por não se enfurecer quando a estatística me parecia perdida no fundo do oceano ou quando o LISREL me parecia algo apenas acessível a seres de outro mundo. Obrigada pelos conselhos que me deu e que me ajudaram muito no terminar deste trabalho. Sem a sua ajuda isto tudo seria, “uma seca”!

Resumo

Com este estudo pretendeu-se verificar se existem relações de predição entre o género e a idade face ao Suporte Social (SS) junto de uma amostra de idosos autónomos e não institucionalizados, controlados para demência e depressão, residentes na Área da Grande Lisboa, ($N= 240$; leque etário= 65-90 anos, $M= 72$). Recorrendo ao LISREL8, efectuou-se a validação estrutural do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE; Feijão, 2009) verificando-se a existência de uma estrutura tridimensional hierárquica para o mesmo. Realizou-se também o teste de um Modelo Estrutural Preditor do SS, cujos resultados mostraram que apenas o género tem influência sobre o Suporte. Discute-se estes resultados, bem como a ausência de relação estatisticamente significativa entre a idade e o SS.

Palavras-chave: Adultos Idosos, Suporte Instrumental, Suporte Emocional, psicometria aplicada, modelação de equações estruturais.

Abstract

In this study we set out to understand whether there was a predictable relation between Social Support (SS), gender and age on a sample of autonomous and non-institutionalized old-adults. To find out whether these two factors had any significant bearing on the amount of support, the sample of old-adults was taken from in the subarea of Lisbon ($N= 240$; (age group= 65-90 years, $M= 72$). A control for dementia and depression was previously made. Using the LISREL8 program, a structural validation of the Emotional and Instrumental Support Inventory (Feijão, 2009) was made, and it was found that there was a hierarchical tridimensional structure to the support. A Predictor Structural Model of SS was also made, which results showed that only gender seems to have an influence on support but there was found an absence of statistic value on the relationship of age and SS. A discussion about that subject is made further on.

Key Words: Old-adults, Instrumental Support, Emotional Support, Applied Psicometria, Structural Equation Modelling.

Introdução

Desde os tempos mais remotos que procuramos o elixir da vida, o elixir da juventude eterna. À medida que a esperança média de vida (EMV) aumenta, aumenta com ela a procura de um envelhecimento saudável e com qualidade. As ideias face ao envelhecimento vão-se alterando. O ser humano, biologicamente preparado para viver até aos 120 anos ultrapassa agora, a barreira dos 80 anos. A nossa EMV aumentou nos anos que nos têm precedido, no entanto este prolongamento vital ainda não está socialmente estruturado (Baltes & Mayer, 1999). No seu trabalho de 1967, Rosow afirma que “ os problemas dos idosos são de dois géneros: aqueles que eles realmente têm e aqueles que os *experts* pensam que eles têm” (cit. in Pillemer, Moen, Wethington, & Glasgow, 2000, p.22). Rosow continua a sua reflexão referindo que os problemas chave na segunda metade da vida não são necessariamente os cuidados de saúde ou o bem-estar económico, por mais importantes que estes possam ser. Para ele o problema mais significativo dos idosos advém do social, ou melhor, da sua integração social e de tudo a que ela obriga.

O estudo do Suporte Social (SS) emergiu, aparentemente do nada, durante os anos 70. O *Social Sciences Citation Index* mostra uma aceleração (quase à “velocidade do som”), no crescimento do número de artigos com o termo *social support* nos seus títulos – mais precisamente – de dois em 1972 para 50 em 1982 (House, Kahn, McLeod & Williams, 1985). Tal utilização do conceito não se cinge à construção do constructo, mas mais na tentativa de relacionar o SS com outros constructos como o stresse, atraindo investigadores e estimulando à investigação através dos patamares biomédicos, behavioristas, e sociais. No entanto, a falta de especificidade face ao constructo e à sua mensuração colocou problemas na investigação do mesmo.

Vasta é então a literatura sobre o tema e muitas e importantes são as questões que em torno do SS giram: afinal o que é o SS? Será importante especificar as fontes de suporte? Terão os vários tipos de suporte um igual impacto no indivíduo e na sua saúde global? Que papel têm as relações mais próximas no processo de suporte? Assim como muitas são as perguntas, tantas ou mais são as respostas que lhes correspondem.

Comecemos pela primeira: o que é o SS? A origem da ideia pode, segundo Veiel & Baumann (in Sarason & Duck, 2001) ter estado relacionada com um caminho *teórico* acerca dos requisitos humanos básicos na associação com outros, não se focando em mecanismos ou processos mas nos elementos que o compõem ou na avaliação global da existência ou não de

suporte. Por outras palavras, os estudos procuravam saber, por exemplo, se o indivíduo era casado ou solteiro, ou se tinha ou não algum envolvimento voluntário com grupos. Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) definem SS como o estar disponível para as pessoas em quem podemos confiar, que se mostram preocupadas connosco, nos valorizam e gostam, de facto, de nós. Podendo ser de certa forma simplista, esta definição ajudou investigadores em áreas como a epidemiologia, psicologia, psiquiatria e sociologia, entre outras.

Dentro da Psicologia, as relações de apoio social são tópicos actuais, particularmente no que se refere às contribuições ao bem-estar de adultos e idosos (Neri, 2004). É consensual que o SS é um conceito dinâmico e complexo, sendo percepcionado de acordo com os seus intervenientes e circunstâncias. Dinâmico no sentido da variabilidade individual, das situações e do tipo de interações (Dessen et Braz, 2000), dizendo respeito, não só, ao peso que apresenta de acordo com a época em que é estudado, mas também complexo, por se ligar à personalidade, do estado civil, à estrutura familiar, à cultura, à educação e à política do momento.

Alguns investigadores argumentam que o SS poderá estar relacionado com características estáveis da personalidade, não negando a presença de outras variáveis (Davis, Morris & Kraus, 1998; Lakey & Cassady, 1990). Deste ponto de vista, o SS percebido é uma variável individual diferencial ou um aspecto da personalidade que reflecte modelos de trabalho que se relacionam com as prematuras experiências com o outro (Bartholomew & Horowitz), assim como as primeiras experiências infantis demonstraram ter relação com a auto-estima em adulto e com sentimentos de sentir-se amado. Relativamente ao impacto da cultura, no âmbito das relações próximas, esta influencia as assumpções acerca da natureza do suporte e dita se as relações de apoio assumem uma hierarquia ou uma igualdade, valorizando a independência ou preferindo uma orientação colectivista (Duck, West, & Acitelli in Sarason & Duck, 2001). A cultura pode e é muitas vezes a promotora de um contexto de SS a ser solicitado, provido e recebido. Não só as pessoas com maior número de relações sociais próximas são menos vulneráveis à doença em geral, como no caso desta já estar presente, as pessoas com um apoio social mais extenso têm maiores taxas de sobrevivência e menos ansiedade e sintomas depressivos (Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003).

Apesar do intenso estudo que o SS tem sofrido, a diversidade de definições e concepções, bem como os instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação são ainda muito díspares (Hupcey, 1998). Por exemplo, o SS pode ser definido em termos da existência ou

quantidade de relações sociais ou, mais precisamente, referir-se às relações organizacionais, conjugais ou de amizade. Ele pode ser conceptualizado de um modo estrutural, ou seja, é avaliada a estrutura mais ou menos coesa das relações, mas, na maior parte das vezes, é caracterizado tendo em conta a sua funcionalidade (abrangendo o grau de envolvimento afectivo-emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação) (Ornelas, 1994). O SS pode ser avaliado tanto quantitativamente como qualitativamente, focalizando-se assim na quantidade de suporte proporcionada, na qualidade das orientações fornecidas ou na assistência material conseguida. Sendo que o SS passa a ser avaliado segundo categorias, há que distinguir-se os vários tipos e classificá-los segundo as relações que lhe dão origem (Ornelas, 1994). Das variáveis mais comumente aplicadas e estudadas fazem parte o género, a idade, o estado civil, a etnia e o estatuto socioeconómico. Em qualquer uma das situações, para que tenhamos uma perspectiva global do SS, o autor avança que são necessários três factores importantes: a quantidade de relações sociais, o seu conteúdo, e a sua estrutura formal (que poderá ser a sua densidade e/ou reciprocidade).

Caplan (in Ornelas, 1994) introduz o termo “Sistema de Suporte” que abrange, não só o núcleo familiar e de amigos, mas também os serviços informais baseados na vizinhança, nos serviços comunitários entre outros, vindo a propor três conjuntos de actividades que podem ser proporcionados e que são: o apoio prestado ao indivíduo na mobilização dos seus recursos psicológicos de modo a permitir-lhe a gestão dos seus problemas emocionais; a partilha de actividades e a prestação de ajuda material (que poderá ser monetária ou a nível de ensino de competências/orientação na resolução de situações específicas na vida do sujeito), relacionando assim, o suporte que é proporcionado aos indivíduos com a prestação de serviços formais e informais. Cobb (1976), por sua vez, percepcionava o SS como a informação que está disponível ao indivíduo para acreditar que é cuidado e amado, valorizado e estimado, e que faz parte de uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Cinco anos mais tarde, House (1981) propõe que o SS seja um conjunto de transacções interpessoais envolvendo (1) as preocupações a nível emocional (simpatizar, gostar ou amar), (2) a ajuda instrumental, (3) a informação (sobre o meio envolvente) e (4) o reconhecimento (informação relevante para uma auto-avaliação). Todo este conjunto de interacções pode, segundo o autor, ser realizado não só pelas pessoas mais próximas (cônjuge, amigos, parentes, vizinhos) mas também por colegas de trabalho, prestadores de cuidados entre muitos outros. Lin (1986)

acrescenta a esta perspectiva, três níveis de ligação com o meio: (1) sentimento de pertença, (2) de ligação e de (3) compromisso.

Gottlieb (1978) definiu vinte e seis categorias comportamentais de suporte, organizadas em quatro classes: (1) sustentação emocional; (2) resolução de problemas; (3) influência pessoal indirecta; e (4) intervenção face ao meio. Para Barrera e Ainley (in Barling, MacEwen & Pratt, 1988) existem seis tipos: (I) material; (II) suporte comportamental; (III) interacção privada; (IV) aconselhamento; (V) *feedback*; e (VI) interacção social positiva. Neste estudo, o foco vai para os dois tipos de suporte a que House (in Strazdins & Broom, 2007) apelidou de suporte emocional (SE) e suporte instrumental (SI). Os indivíduos poderão ser uma fonte de suporte ao fornecerem assistência em determinadas tarefas que podem incluir uma vasta gama de actividades, tanto a nível de tarefas domésticas, tomar conta de crianças, emprestando ou dando recursos monetários, providenciar transporte a um dado local, fazer as compras para a casa, entre muitas outras formas de apoio. Providenciar ajuda a quem esteja mais debilitado é, por exemplo, uma importante forma SI pois neste caso, o destinatário a quem se proporciona apoio, está incapaz de desempenhar as suas tarefas habituais. Assim, o SI pode efectivamente relacionar-se com o BES pois reduz o peso que as funções domésticas possuem para além de permitir que a pessoa tenha mais tempo para realizar actividades que possam ser do seu agrado, como passatempos (Wills, 1985). Argyle & Furnham (1983) acrescenta ainda que a ajuda instrumental é um importante determinante na satisfação conjugal, bem como tem revelado ser uma função importante em amostras da população (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981; Wills, Weiss, & Patterson, 1974).

O avanço na área da Psicologia permitiu criação de instrumentos de medida mais concretos. Tais instrumentos podem ser agrupados por três categorias: (1) medidas da rede social que acedem ao enraizamento do indivíduo num dado grupo social (e.g., Sherbourne & Stewart, 1991); (2) medidas que acedem na quantidade de apoio fornecido num período de tempo específico (e.g., Linn, 1986); e (3) medidas que acedem na percepção intrínseca de apoio disponível quando este é necessário (e.g., Craig, Lyncn, & Quartner, 2000), existindo ainda outros instrumentos que incidem na avaliação da função que suporte tem para o indivíduo (Sarason & Duck, 2001).

O SS é visto como um processo rotineiro, quotidiano, sendo feito de trocas, de dar e receber, permite a interacção entre indivíduos que possam, ou não, estar relacionados. Desde um simples telefonema de reconforto até uma ajuda nas mercearias da casa, todos estes

processos de suporte visam a interação social. E porque não vivemos felizes sozinhos, somos feitos, essencialmente, de momentos sociais, da comunicação, do contacto, de dar e receber, sendo estes contributos importantes para sermos capazes de avaliarmos positivamente o percurso da nossa vida. De um ponto de vista psicológico Baltes e Mayer (1999) afirmam que a mera disponibilidade da família ou de um qualquer parente, assim como a frequência de contacto social ou de apoio instrumental e emocional é talvez menos importante do que a percepção do indivíduo e a avaliação desses contactos sociais (Carstensen, 1993; Grundy, Bowling & Farquhar, 1996; Gurung, Taylor, & Seeman, 2003). As teorias de Bowlby têm delineado pressupostos que levam a acreditar que o SS fornecido pelas relações sociais contribui para um pleno desenvolvimento (Sarason, 1988). Os indivíduos poderão experienciar relações sociais em termos de ganhos e perdas, ou até mesmo como fontes de satisfação (gratificação) ou tensão (stress). Francis Bacon (1625) afirmou que os relacionamentos humanos duplicavam a nossa felicidade e reduzem para metade a nossa tristeza, havendo muitas teorias que têm vindo a corroborar esta ideia.

Segundo Smith e Baltes (1998), e fazendo uma distinção entre mulheres e homens, estes últimos referem dar mais SI, em oposto às mulheres que recebem mais. House (in Strazdins e Broom, 2007), ao descrever o SE como uma manifestação de carinho e preocupação pelo provedor de suporte, uma atitude de compromisso e envolvimento com os conflitos, preocupações, raivas e angústias do receptor, apresenta-o de modo muito semelhante ao suporte relacional descrito por Dunst e Trivette (in Ribeiro, 1999). Relativamente a este tipo de suporte, Smith e Baltes (1998), afirmam que são as mulheres que referem dar mais e os homens receber mais SE.

Dar e receber são como as duas faces de uma moeda, têm o seu lado positivo mas pode também ser prejudicial ao indivíduo. Receber-se ajuda pode ser muitas vezes recompensador e gerar afectos positivos face ao provedor de apoio pois gera felicidade e benefícios na saúde física e mental, mas por outro lado, pode levar a emoções negativas, sobretudo se evidenciar a ausência de reciprocidade na troca, bem como se sugerir a incapacidade ou incompetência do receptor, reduzindo a sua autonomia (Luo e Argyle, 1992). Já ao nível do género podemos ver diferenças, já que a prática de socialização exerce um profundo efeito nas relações sociais de toda a vida (Krause & Shaw, 2002). Enquanto os rapazes são ensinados a ser orientados para a concretização de metas e objectivos e consequentemente são competitivos, as raparigas são encorajadas a criar estreitos laços emocionais com os outros e a estar atentas às necessidades

dos membros da sua rede social. Consequentemente, quando envelhecem, as mulheres idosas têm melhores competências sociais do que os homens e maior facilidade em pedir e dispensar ajuda. Além disso, as mulheres fazem melhor uso das instituições socialmente organizadas (Antonucci & Haden; in Rabelo & Neri, 2005, p.406). Elas dão e recebem mais apoio ao longo da vida do que os homens e retiram mais benefícios das interações na rede social. Gurung e colaboradores (2003) afirmam ainda que, para os homens, as amizades e actividades não familiares decrescem com a idade, enquanto as amizades fora do ciclo familiar tendem a manter-se para as mulheres, que dizem receber mais suporte de amigos e filhos. Segundo Krause e Shaw (2002) o homem idoso valoriza a autonomia/independência e o seu sucesso define-se, segundo a expectativa para o papel social masculino, em termos de poder e estabilidade financeira.

Já Depner e Ingersoll-Dayton (1988) acrescentam ainda, a respeito das diferenças entre géneros, que os homens recebem menos SE de amigos, nomeiam menos amigos a quem respeitam, sentem-se respeitados por menos amigos, e oferecem SE e cuidados de saúde a menos amigos do que as mulheres; as mulheres com menos de 65 anos têm maior probabilidade de ter um confidente, começando o seu isolamento social por volta dos 75 anos. Apesar das diferenças entre ambos os géneros, a quantidade de suporte que recebem parece permanecer estáveis ao longo do tempo (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988). Estes autores acrescentam ainda que em termos de idade, os adultos idosos mais velhos não recebem menos apoio do que os mais novos. O aumento da idade é inversamente proporcional à quantidade de apoio provido: à medida que a idade aumenta, o suporte provido diminui. Adultos quinquagenários dão mais suporte do que recebem, enquanto adultos idosos dão e recebem quantidades idênticas de apoio, sendo que o decréscimo na quantidade de suporte dado deve-se, geralmente, às limitações físicas, a mudanças nas necessidades emocionais e, consequentemente, a menores oportunidades de providenciar suporte. Salientam que o apoio de amigos se mantém estável ao longo do ciclo-de-vida. Os adultos idosos com mais de 75 anos recebem uma quantidade de apoio comparável com a dos mais novos (50-74 anos), mas providenciam menos suporte do que os mais novos. Comparativamente, a maior área de mudança centra-se assim na quantidade de suporte que dão, que parece decrescer com a idade (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988).

Sabe-se, ainda, que com a idade aumenta a necessidade do suporte. Quanto mais velhos os sujeitos, mais precisam de compensações baseadas em apoios (materiais, sociais,

técnicas, emocionais por exemplo) para manterem elevados níveis de funcionamento. Os Centros de Dia para adultos idosos são bons exemplos de produtos de suporte fornecido pela sociedade, cuja necessidade aumenta com a idade (Baltes, 1997).

O presente estudo

Compreender o significado do envelhecimento que é experienciado na segunda metade da vida do ser humano, as influências que levam a um maior sentido interno positivo do que está acontecer e do que aconteceu, bem como a aceitação do inevitável processo vital, são áreas de pesquisa que podem e devem beneficiar todo e qualquer adulto. É incorrecto assumir que a integração social dos adultos idosos é marcada por uma ausência de função na sociedade (Rosow, in Pillemer et al., 2000), ou que as relações sociais permanecem imutáveis em qualidade e quantidade até a tardia idade, assim como é errado acreditarmos que na nossa terceira fase da vida seremos seres vegetativos, sem papel social ou importância cultural. Os adultos idosos são fonte vital de experiência e uma “mão-de-obra” essencial para o avanço da nossa sociedade. A eles fornecemos ajuda mas verdade seja dita, muita também recebemos. O SS torna-se assim num conceito chave na área da Gerontologia, uma vez que a densidade da rede social de um sujeito, o grau de interacção que este mantém com os outros, o SI, e/ou serviços, assim como a quantidade de afecto dado e recebido, se associam, como já tinha referido anteriormente ao BES e a medidas de qualidade de vida em idades mais avançadas (Férrandez-Ballesteros, 2002).

Tendo por base a realidade da população portuguesa, bem como a revisão da literatura realizada, questiona-se se será o SS dos adultos idosos inseridos na comunidade e residentes na Área da Grande Lisboa afectado por factores de ordem sócio-demográfica, nomeadamente idade e género. Para isso, realizou-se um processo de análise do *Questionário de Suporte Instrumental e Emocional* (QSIE; Feijão, 2009) em dois estudos serão realizados: um de validação estrutural do QSIE e outro de teste de um Modelo Estrutural Preditor do SS (MEPSS), contemplando a influência dos factores sócio-demográficos idade e género sobre o SS (Figura 1).

<Figura 1>

Uma das considerações reiteradas em estudos e relatórios internacionais sobre o envelhecimento é a da necessidade urgente de melhor informação e recolha de dados sobre o mesmo, nos quais se possam basear decisões políticas e governativas (Schroots et al., in

Amado, 2009). Deste modo, penso também ser pertinente deixar aqui uma contribuição para uma melhor adaptação do QSIE adultos idosos portugueses e para um melhor conhecimento sobre a influência de certas variáveis sócio-demográficas sobre o SS.

Método

Participantes. A amostra foi constituída por 240 adultos idosos (leque etário = 65-90 anos, $M= 72$), tendo sido seleccionados a partir da população de adultos idosos residentes na Área da Grande Lisboa. Os participantes, voluntários, foram seleccionados através de processos não probabilísticos de amostragem: por conveniência (35%), intencional via informantes privilegiados (9.2%) e intencional tipo snowball (55.8%). A análise estatística dos dados sócio-demográficos mostrou que 85.4 % dos participantes têm entre 65-79 anos, existindo uma maior prevalência de mulheres na amostra (60.8%). Ao investigar o nível de instrução dos participantes, verificou-se cerca de 9.2% eram iletrados, 57.9% frequentou o 1ºciclo, 18.8% tem o 2º ou 3ºciclo, 5.4% frequentaram o ensino secundário e 8.8% frequentaram o ensino universitário, sendo que estas características sócio-demográficas se aproximam da população da área de Lisboa (INE, 2007). Na amostra, 62,5% dos participantes são casados ou vivem em união de facto, 25,4% são viúvos, 6,7% são divorciados ou separados e apenas 5,4% são solteiros. No entanto temos cerca de 28,3 % adultos idosos a viverem sozinhos.

Procedimento. Alguns dos inquiridos foram, contactados inicialmente, via telefónica, directa ou indirectamente no intuito de se saber se estariam interessados em participar num estudo de carácter académico, para a cadeira de Dissertação de Mestrado de Psicologia do ISPA. Outros participantes, foram abordados através dos Centros de Dia que frequentavam, sendo que alguns destes indicaram outros sujeitos que pudessem eventualmente fazer parte da amostra. Após resposta afirmativa, foi então feita uma marcação para os dias em que os participantes estariam disponíveis, sendo que a maioria foi entrevistada durante a manhã e início de tarde. Atendendo-se deste modo, aos ritmos circadianos e à destractibilidade dos adultos idosos, na medida em que o ritmo circadiano influencia as competências dos sujeitos mais adultos idosos, que denotam uma maior probabilidade da destractibilidade interferir nas tarefas que exigem resposta a questões de compreensão (Li, Hasher, Jonas, Rahhal, & May, 1998).

A recolha de informação foi então realizada durante os meses de Novembro 2008 e Fevereiro de 2009. Há a referir que houve o cuidado de interromper a recolha de dados uma semana antes do Natal e retomar a recolha uma semana depois do ano novo, uma vez que certos itens do QSIE poderiam induzir um forte impacto emocional nos adultos idosos.

Aos participantes foi então explicado o objectivo do estudo em questão, reforçando a ideia de que a sua participação era um bem necessário para o melhor conhecimento da área da Psicogerontologia. Foi lida uma pequena carta de consentimento informado explicando que a participação era voluntária e anónima, podendo desistir da sua participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Frisou-se que não existiam respostas certas ou erradas, de modo a tentar reduzir o medo de errar ou a ansiedade em responder, e que o ritmo da entrevista seria a que mais desejassem. O tempo de recolha de dados rondou os 45 minutos. Explicou-se que os dados recolhidos seriam processados de forma integrada (todos os participantes) e nunca individualmente, assim como no final do estudo e das publicações associadas, todo o material utilizado seria destruído. Depois da leitura do consentimento informado procedeu-se à recolha de dados, começando pelos sócio-demográficos.

A recolha de dados foi feita através de uma entrevista estruturada, conduzida de forma directiva na fase de aplicação das provas, adequando o tom de voz e a fluência verbal ao inquirido. Conforme os sujeitos iam sendo inquiridos, notas ocasionais iam sendo redigidas, de forma a identificar possíveis itens problemáticos e respostas típicas. No final da entrevista foi dado um tempo aos participantes para falar sobre os questionários e de como se sentiram face aos temas apresentados. Os questionários foram sempre hetero-administrados uma vez que se sentiu necessidade de adaptar a avaliação às características da população idosa, nomeadamente no que diz respeito ao analfabetismo, saúde funcional e dificuldades perante uma situação não familiar (de teste). Para além disso, tal modelo de administração permite minimizar problemas culturais e linguísticos expectáveis, possibilitando um melhor seguimento do princípio da representatividade amostral, em particular o da abrangência ou heterogeneidade, permitindo que sujeitos analfabetos não fossem retirados da amostra.

Após a recolha dos dados sócio-demográficos procedeu-se à aplicação de duas provas de rastreio, quanto à existência ou não de demência, aplicando a versão portuguesa do *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), adaptado por Guerreiro e colaboradores (1994), e a existência ou não de patologia depressiva, empregando para isso, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG; Martins, 2009), versão portuguesa da

Geriatric Depression Scale: Short Form (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986). Ambas as provas de rastreio foram efectuadas pela ordem que acima foram supramencionadas, seguidas depois pelo Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE; Feijão, 2009). A referir que, caso algum dos participantes tivesse ficado viúvo, e a morte do cônjuge tivesse ocorrido num período inferior a seis meses, teria de ser posteriormente excluído, uma vez que os conteúdos dos questionários poderiam eventualmente induzir um impacto emocional do sujeito, não sendo assim capaz de responder às perguntas que lhes eram dirigidas.

Os dados foram inseridos no *SPSS for Windows* (versão 15.0; SPSS Inc., Chicago, IL) e posteriormente trabalhados no *LISREL 8.53* (Jöreskog & Sörbom, 2002). Com ele procedeu-se à validação factorial do QSIE, bem como ao teste do modelo estrutural preditor do SS. No *SPSS* os itens negativamente conotados foram inversamente pontuados (itens 8, 16, 20 e 24). Posteriormente tratou-se das sínteses descritivas das características da amostra. Procedeu-se, de seguida, à preparação do ficheiro do *SPSS*, para ser importado para o *LISREL 8*, convertendo-o num ficheiros DAD.

Calculou-se, no *PRELIS2* (Jöreskog & Sörbom, 1999), a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas dos itens, dada a escala ordinal dos itens, tendo sido lida e trabalhada, de seguida, no *LISREL8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1997). Recorrendo-se à técnica de estimação dos mínimos quadrados diagonalmente ponderados (DWLS - Method Diagonally Weighted Least Squares; Jöreskog & Sörbom, 1999), a qual envolve o robusto $SB\chi^2$ (Satorra-Bentler Scaled Chi-Square; Satorra Bentler, 1994). Esta técnica é apropriada para testar modelos de pequena e média dimensão, com variáveis categoriais (Flora & Curran, 2004).

Procedeu-se de acordo com uma lógica de “geração de modelos” (Jöreskog & Sörbom, 1997), considerado, aquando da avaliação do ajustamento dos modelos, os resultados e os índices que avaliam as diversas facetas do ajustamento (Beauducel & Wittmann, 2005; Bentler, 2007; Hu & Bentler, 1998; Tanaka, 1993). Assim utilizou-se o *comparative fit index* (CFI; Bentler, 1990), o *root mean square error of approximation* (RMSEA; Steiger, 1990) e o *standardized root mean square residual* (SRMR; versão estandardizada do RMR de Jöreskog & Sörbom, 1981), que foram indicados por Bentler (2007). Foram também analisados, os resultados obtidos para o *Satorra-Bentler qui-quadrado relativo* (χ^2/gl). o qual se ajusta à complexidade dos modelos, ou seja, ao seu número de parâmetros livres.

Para um bom ajustamento do modelo, o *ratio* χ^2/gl , deve ser menor que 3.00 (Kline, 2005); no que diz respeito ao *comparative fit index* (CFI; Bentler, 1990), este deve ser pelo menos superior a .90 para que o modelo seja aceitável e igual ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999); para o *root mean square error of approximation* (RMSEA; Steiger, 1990), este deve $\leq .06$ para ser considerado bem ajustado (Hu & Bentler, 1999), sendo que, se assumir valores entre .06 e .08 consideramos ter um ajustamento aceitável e $\geq .10$ é indicador de um mau ajustamento; relativamente ao *standardized root mean square residual* (SRMR; versão estandardizada do RMR de Jöreskog & Sörbom, 1981), este deve ser próximo ou menor de .08, para se considerar o modelo bem ajustado (Hu & Bentler, 1999). Na avaliação substantiva dos modelos alternativos do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE), foram também seguidas as indicações de Fornell e Larcker (1981) no que respeita à avaliação da validade convergente de um factor (variância média extraída dos itens pelos factores – VME – que deve ser $> .50$) e à fiabilidade compósita do factor, tendo por critérios de análise dos resultados os propostos por Nunnally e Bernstein (1994) para investigação empírica (.80) e para investigação aplicada (.90).

Seguindo o procedimento de Diniz e Almeida (2005), para estabelecer a unidade de mensuração dos factores de primeira ordem do QSIE, igualizámos a um (1.00) a carga factorial (coeficiente de regressão não-standartizado, λ), num dos seus itens; a chamada “variável de referência” do factor (Jöreskog & Sörbom, 1997). A escala dos factores de primeira ordem passou a ser a mesma dos itens (estes, em razão das correlações policóricas, passaram a possuir uma escala estandardizada: $M = 0.0$, $DP = 1.00$). Há, no entanto, que ter em conta que o programa igualiza, por defeito, a variância dos factores de segunda ordem a um (1.00).

Relativamente à operacionalização das variáveis que integram o MEPSS, género e idade, ambas variáveis dicotómicas nominais, atribuiu-se, respectivamente, para o género, a notação (1) para o género feminino e (2) para o género masculino; para a idade atribuiu-se a notação (1) para as idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos (terceira-idade) e a notação (2) para indivíduos com idade igual ou superior a 80, segundo o critério de Baltes e Smith (2003). Para representar os factores idade e género no modelo, foi igualizada a zero a variância de erro das respectivas variáveis.

Instrumentos. O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) foi utilizado neste estudo, como foi referido anteriormente, para que fosse possível fazer-se a identificação e a consequente exclusão de sujeitos com demência. A versão original, desenvolvida por Folstein, Folstein e McHugh (1975) foi utilizada para detectar alterações cognitivas. A prova foi adaptada para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994).

Foi também usado a *Escala de Depressão Geriátrica (EDG) – versão reduzida* (Martins, 2009), é uma versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale – short form (GDS-15: Short Form*; Sheikh & Yesavage, 1986). Este é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreio de sintomas depressivos em adultos idosos.

O *Questionário de Suporte Instrumental e Emocional* (QSIE; Feijão, 2009) partiu inicialmente do uso do conteúdo de certos itens da Escala de Suporte Relacional Extra-Universitário (ESREU; Diniz & Pinto, 2006). A escala reúne quatro factores, representados por itens que remetem para uma maior ou menor procura de suporte relacional assim como dois deles remetem para uma expressão de maior ou menor constatação da existência do mesmo: *Dar Suporte Emocional e Receber Suporte Emocional*. O terceiro e quarto factores referem-se a *Dar Suporte Instrumental* e a *Receber Suporte Instrumental* e baseiam-se no estudo de Brown e colaboradores (2003) sobre a contribuição do suporte instrumental (dinheiro, objectos, tempo, trabalho, conselhos, sugestões e informações) para a esperança de vida do adulto idoso provedor de suporte. Há ainda a referir que na sua adaptação para adultos idosos (QSIE; Feijão, 2009), existe uma distinção entre suporte relacional (SR) e SS, sendo que o SR, se trata, segundo House (in Strazdins e Broom, 2007), se trata de uma manifestação de preocupação e carinho pelo provedor de suporte, tomando uma atitude de envolvimento e compromisso com as preocupações, raivas e angústias do receptor. Deste modo, o SR diz respeito às relações interpessoais da ordem da intimidade, relevantes para a reestruturação da vida pessoal, mitigando a ansiedade inerente a esse processo.

O QSIE contém 24 itens aleatoriamente organizados entre dar ou receber suporte, instrumental ou emocional, num total de quatro factores. Temos assim os factores:

- *Dar Suporte Emocional* (SEdar), itens 2, 6, 16, 18, 19, 20, 21 e 23;
- *Receber Suporte Emocional* (SErec), itens 3, 5, 8, 10, 11, 13, 15 e 24;
- *Dar Suporte Instrumental* (SIDar), itens 1, 7, 14 e 22; e,
- *Receber Suporte Instrumental* (SIREc), itens 4, 9, 12 e 17.

Aos participantes é proposta uma escala de tipo-*likert* de 5 pontos que varia entre “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (5). As respostas às afirmações são dadas tendo em conta os últimos doze meses que se precederam à realização do questionário.

No processo de validação do QSIE realizado por Feijão (2009), o modelo de 15 itens apresentou bons índices de ajustamento ($SB\chi^2/gl(\text{ratio})= 92.95/84=1.12$; CFI= .93; SRMR=.072; RMSEA IC 90%= .023), bem como manifestou uma boa validade convergente para os seus factores: SInstdar, VME = .52; SInstrec, VME = .53; SEMocdar, VME = .49; e SEMocrec, VME = .56, uma boa validade discriminante para SInstdar e SEMocdar ($r = .39$; covariância = .15), SInstdar e SEMocrec ($r = .26$; covariância = .07), SEMocrec e SInstrec ($r = .17$; covariância = .03) e SEMocrec e SEMocdar ($r = .77$; covariância = .59), havendo, no entanto, um problema de validade discriminante entre estes dois últimos factores, já que o seu valor é superior à validade convergente dos mesmos. Quanto à fiabilidade compósita dos factores, ela foi de .81 para SInstdar, .82 para SInstrec, .79 para SEMocdar e .79 para SEMocrec.

Resultados

Validade Estrutural

Partindo da totalidade dos itens (24), começou-se por estudar a validade factorial do QSIE através do teste de um modelo tetrafactorial oblíquo (M1a, Tabela 1) que demonstrou que a solução encontrada era admissível, mas não era aceitável. Alguns itens apresentavam cargas factoriais muito fracas e outros, que mesmo não as tendo muito fracas prejudicavam a validade convergente do factor. Saíram ainda da prova todos os itens que prejudicavam, localmente (covariância de erro com outros itens), o ajustamento global do modelo. Procedeu-se, então, ao desbaste do modelo (*model trimming*), retirando-se os itens SE_dar16 (.46); SE_rec24 (.23); SI_dar14 (.44); SE_rec3 (.48); SE_rec8 (.50); SE_dar20 (-.54); e SE_rec13 (.57).

< Tabela 1 >

Voltou-se a testar o modelo, mantendo-se os quatro factores, mas com 17 itens (M1b, Tabela1). Apesar do modelo se encontrar com um ajustamento aceitável, evidenciou-se um problema de co-linearidade entre os factores SEdar e SErec (covariância= .79). Por outras palavras, a escala, com esta estrutura não apresenta validade discriminante (VD) entre os factores supracitados (a VD foi superior à VME de cada um dos factores).

Num segundo modelo (M2) optou-se então por colapsar os dois factores (SEdar e SErec), tornando-os num só factor (SE). Os itens que pertenciam ao suporte emocional foram novamente recolocados para testagem, no entanto o item SI_dar14, pertencente ao suporte instrumental manteve-se excluído. Há ainda a referir que, relativamente ao factor SIrec, nenhum item foi excluído por todos possuírem boas cargas factoriais. Os resultados dos índices de ajustamento deste modelo (M2, Tabela 1) indicaram que a solução obtida não era aceitável (RMSEA $>.08$; SRMR $>.80$). Procurou-se então trabalhar com as CF dos itens de modo a tornar o modelo mais ajustável. Ao iniciar-se um novo processo de desbaste, optou-se por excluir, inicialmente, todos os itens com CF inferiores a $.50$. Assim, eliminaram-se os itens SE_rec3 (.44), SE_rec8 (.49), SE_dar16 (.44), SE_dar20 (-.54), SE_rec24 (.24). Para além desta selecção, item a item, optou-se por comparar os conteúdos das perguntas do QSIE, sendo que iam sendo eliminados os itens cujo conteúdo semântico-lexical se mostrasse ser muito pouco preciso ou redundante, e que não fosse considerado o mais adequado para representar a realidade dos nossos adultos idosos. Assim, foram eliminados os itens SE_dar2 (“Os meus amigos têm contado comigo quando se sentem desanimados”); SE_rec5 (“Tenho contado com os meus amigos para me apoiar”), SE_dar6 (“A minha família tem procurado a minha compreensão para problemas que nela têm existido”); SE_rec13 (“A minha família tem procurado a minha compreensão para problemas que nela têm existido”); SE_dar19 (“Os meus amigos têm contado comigo para os apoiar”); e SE_dar21 (“Os meus amigos têm-me procurado”). O M2a resultante deste *model trimming*, que pode ser observado na Tabela 1, revelou-se bem ajustado.

Ao ser conferida a validade factorial do modelo oblíquo M2, tratou-se de testar o modelo hierárquico deste, de modo a verificar a hipótese de existir um factor, o suporte social, que subsumisse os três de primeira ordem (SI_{dar}, SI_{rec} e SE). Assim, para o modelo tridimensional hierárquico (M3), acrescentou-se um factor de segunda ordem: suporte social (SUP). Verificou-se que não existiam diferenças ao nível de ajustamento entre os modelos, optando-se por manter este último, M3, não por ser mais parcimonioso, porque os graus de liberdade são iguais para ambos, mas por possuir maior valor interpretativo.

Na Tabela 2 encontram-se os resultados substantivos do modelo seleccionado (M3).

<Tabela 2>

Através da inspecção dos valores apresentados para os coeficientes de determinação dos itens (R^2), constatou-se que o factor de primeira ordem que melhor representa o SUP é o

SIrec ($R^2=0.86$), seguindo-se do SIDar ($R^2= .51$) e, por fim o SE ($R^2= .25$). Verificou-se ainda que o item SInst_rec12 (“Recebi ajuda de amigos, vizinhos ou familiares em recados”) foi o mais preciso para representar o SIrec ($R^2=.94$) (maior quantidade de variância capturada pelo factor), assim como o item SInst_dar22 (“Os meus familiares têm-me procurado para os ajudar a resolver problemas pessoais”) foi o que melhor representou o factor SIDar ($R^2=.69$). O item que melhor representou o factor SE foi o SE_rec15 ($R^2=.66$) (“Tenho contado com os meus familiares quando me sinto desanimado(a)”).

O factor SE mostrou ter uma boa validade convergente (.54) e uma boa fiabilidade compósita (.85). O mesmo se pode verificar quanto ao factor SIrec, onde temos valores de .52 para a validade convergente e .80 para a fiabilidade compósita. Já para o factor SIDar temos uma boa validade convergente (.52) e uma fiabilidade compósita aceitável (.76). Entretanto, os factores do QSIE apresentaram uma boa validade discriminante: SIDar-SIrec (covariância=.44), SIDar-SE (covariância=.13), SIrec-SE (covariância=.22).

Validade Externa

Para se proceder ao teste das diferenças entre a idade e o género, face ao suporte, utilizou-se o modelo tridimensional hierárquico, representado pelos factores SE, SIDar, SIrec, e pelo factor de 2ª ordem SUP.

Ao ser testado o Modelo Estrutural Preditor de Suporte verificou-se que este possuía um bom ajustamento aos dados empíricos, sendo apenas o valor *SRMR* próximo de .08 (Figura 2).

<Figura 2>

Quanto aos resultados substantivos do Modelo, podemos constatar que somente algumas das trajectórias demonstraram boas relações de predição entre factores.

O género é um bom preditor do SUP [$\beta = -.24$; $t(239) = -2.43$; $p < .05$]. Já a idade não demonstrou ter qualquer efeito sobre o SUP [$\beta = .042$; $t(239) = 0.38$; $p < .05$], não existindo diferenças significativas no que concerne à terceira e quarta idade.

Analisando os efeitos indirectos do género sobre os factores do SUP verificou-se que são as mulheres idosas as que mais suporte dão e recebem, quando em comparação com os homens. Assim, temos, relações estatisticamente significativas para o SIDar ($\beta = -.12$; $t(239) = -2.30$; $p < .05$), SIrec ($\beta = -.15$; $t(239) = -2.35$; $p < .05$) e SE ($\beta = -.081$; $t(239) = -2.12$; $p < .05$).

Pensou-se que possivelmente o facto de as pessoas viverem sós ou não poderia estar a afectar a relação face ao SUP. Investigou-se então se existiria alguma relação com ambos os factores e verificou-se que tal não acontecia ($\chi^2_{(1, N=240)} = 1,14, p > .05$).

Discussão

Este estudo permitiu a selecção de um modelo estrutural trifactorial, composto por 12 itens (1; 4; 7; 9; 10; 11; 12; 15; 17; 18; 22 e 23) do QSIE, susceptível de representar o Suporte Instrumental e Emocional dos adultos idosos portugueses (QSIE; Feijão, 2009). Para chegar a este modelo começou-se por trabalhar um modelo original tetrafactorial composto pelos 24 itens da prova que, por posterior desbaste, passou a ter 17 itens e um problema de validade discriminante entre os factores SE_{dar} e SE_{rec}, o que levou a um colapsar de ambos num só factor SE. Fazendo uma comparação aos valores obtidos por Feijão (2009) pôde-se apurar que já nessa altura se verificava um problema de co-linearidade entre os factores acima mencionados, o que me leva a crer que é uma justificação plausível para que estes factores possam, eventualmente, permanecer correlacionados num só. As sínteses estatísticas efectuadas permitiram assim, definir uma prova de 12 itens como instrumento de rastreio rápido (*brief screening*) de problemas de suporte social de adultos idosos, uma vez que temos valores de validade discriminante, validade convergente e fiabilidade compósita bastante aceitáveis.

Quanto ao factor SE, alguns itens foram eliminados por se considerarem ambíguos. Repare-se que no item 19 (“Os meus amigos têm contado comigo para os apoiar”), o termo “apoio”, é dúbio, podendo transmitir tanto a ideia de suporte instrumental como emocional. No entanto há que ter em conta que, houve o cuidado de manter um número suficiente de itens que englobassem as várias *nuanças* deste factor (i.e. suporte distribuído pelo grupo de amigos e familiares), tentando propor um modelo o mais ajustado e parcimonioso possível, e que ao mesmo tempo correspondesse de um modo mais verosímil à população idosa.

Relativamente aos itens que compõem o SE, todos os itens se referem à família, à excepção de um item para SE_{rec}, referente a amigos. Depner e Ingersoll-Dayton (1988) afirmam existir estabilidade do suporte de amigos ao longo do ciclo da vida, sugerindo que novas amizades substituem as amizades perdidas mas por outro lado, os familiares que se perdem são insubstituíveis, tornando compreensível a enorme importância dos familiares

enquanto fontes indispensáveis de trocas sociais (Crohan & Antonucci, in Gurung et al., 2003).

Ao testar o MEPSS verificou-se que apenas o género tinha efeito estatisticamente significativo sobre todos os tipos de suporte. Assim, ao ser verificado que as mulheres idosas deram mais suporte emocional do que os homens idosos, é essencial relembrar as práticas de socialização para o género feminino. As mulheres são encorajadas a estar atentas às necessidades dos membros das suas redes sociais, bem como a criar laços emocionais com as pessoas que as rodeiam (Krause & Shaw, 2002). Por outro lado os homens idosos têm menor probabilidade de incluir os amigos nas suas redes de suporte, recebendo e providenciando menos suporte emocional e cuidados de saúde a amigos do que as mulheres (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988). Para além disso, o facto de as mulheres referirem receber mais suporte emocional poderá remeter para as melhores competências sociais e interpessoais do género feminino, para a maior facilidade em pedir e dispensar assistência e a maior percepção de disponibilidade de suporte (Antonucci & Akiyamo; Barbee et al.; Hogg & Heller; in Krause & Shaw, 2002; Antonucci; Haden; in Rabelo & Neri, 2005). Segundo Krause e Shaw (2002), o homem idoso valoriza a autonomia/independência e o seu sucesso define-se em termos de poder e estabilidade financeira. Se não conseguir cumprir as expectativas pode recorrer a uma retirada social para que o seu insucesso não seja deparado, podendo ser especialmente difícil a aceitação de ajuda. Daí a possível razão para que os homens recebam e providenciem menos suporte que as mulheres.

Os resultados obtidos parecem assim, opor-se aos encontrados por Depner e Ingersoll-Dayton (1988) que consideram que homens e mulheres parecem receber quantidades de suporte estáveis ao longo do tempo, havendo apenas um decréscimo, com o avançar da idade, na quantidade de suporte que dão, tal como Perrig-Chiello e colaboradores (2006) não registaram diferenças entre os géneros quanto às actividades instrumentais, tendo, no entanto, sido os homens os que mais ajudam em tarefas domésticas ou compras (Smith & Baltes, 1998). As mulheres da nossa amostra parecem ser as detentoras de maior suporte tanto dado como recebido, seja ele emocional ou instrumental, o que vai contra alguns autores. No entanto fica a ideia de que deveríamos tomar mais em atenção à questão cultural que intrinsecamente está ligada ao suporte. No povo português, é a mulher, na maior parte dos casos, quem “veste as calças”, sendo assim responsável e detentora de maior suporte a qualquer nível.

A justificação para não existir relação entre terceira e quarta idade no que concerne ao suporte, poderá estar relacionada com a grande variabilidade entre sujeitos, apesar da amostra ser homogénea, no sentido em que existem indivíduos com 90 anos que precisam de menos suporte que os de 70, por exemplo. Tal efeito não é, por vezes, justificado empiricamente, como nos estudos de Baltes (1997) mas a amostra do presente estudo também não é grande o suficiente para podermos ter certezas sobre tal. Este resultado não parece assim ir de encontro ao referido na literatura, já que, segundo Depner e Ingersoll-Dayton (1988), a quantidade de suporte que as pessoas dão parece decrescer com a idade, assim como não poderemos verificar se é realmente o idoso mais velho aquele que menos providenciará suporte emocional e apoio à saúde.

Quanto à idade, sabe-se que a desigualdade entre terceira e quarta-idade tem vindo a ganhar cada vez mais peso na literatura (Baltes & Smith, 2003), no entanto, questiono-me, como referi mais acima, até que ponto a variabilidade entre sujeitos não será aqui um facto importante para que tal relação não se realce, revelando talvez, que muito mais que a idade que possuímos, é a personalidade que detemos, que mais pode influenciar o suporte (Davis, Morris & Kraus, 1998; Lakey & Cassady, 1990), não sendo a idade cronológica que influencia o suporte, mas talvez a idade funcional ou social.

Alguns estudos têm revelado que o facto de a pessoa viver ou não sozinha se torna num factor importante no que diz respeito ao SS. Neste contexto, viver só apesar de poder implicar, também, trajectórias sociais de autonomização/individualização, pode, muitas vezes, aprofundar quadros de exclusão social, associados ao isolamento e à pobreza (Mauritti, 2004). Deste modo, controlou-se a variável viver só ou não, na medida em que esta poderia ser um factor forte (Paúl & Fonseca, 2005) e estar, conseqüentemente, a influenciar os resultados obtidos, pois sabe-se que quando as pessoas vivem com alguém têm propensão a ter mais suporte que as pessoas que vivem sozinhas. Tal relação não se verificou, como se pôde verificar pelo valor resultante do teste t_{student} . Adultos idosos que vivem sozinhos precisam, muitas vezes, de apoio para várias actividades que vão desde tarefas doméstica rotineiras, (*i.e.* actividades instrumentais do viver diário), como limpar, preparar refeições ou cuidar do jardim, até cuidados pessoais (*i.e.* actividades físicas do dia-a-dia), como alimentar-se ou tomar banho. No entanto, os dados parecem afirmar que a idade não tem relação com o tipo de suporte bem como o facto de o receberem ou o proverem.

Note-se que só os resultados obtidos através de testes de identidade dos modelos não permitem atestar cabalmente a sua validade. Permitem apenas averiguar se o modelo é plausível para a abordagem do tema em questão, podendo existir outros modelos alternativos que também o sejam (Browne & Cudeck, 1993). Tendo sido a prova hetero-administrada, tal pode fazer com que as respostas sigam, um pouco, uma vertente de desejabilidade social graças à presença de um entrevistador (Oliveira, 2004). Para além disso, face às características da prova, pode-se constatar a existência de uma dificuldade no posicionamento frente às possibilidades de resposta ao questionário, talvez demasiado extensa para o tipo de população em estudo. O uso de um questionário com perguntas estritamente fechadas condiciona a qualidade da resposta que o sujeito dá. Tornando tal ideia, numa situação mais prática, na prova, o item SE_dar19 (“Os meus amigos têm contado comigo para os apoiar”) demonstrou ser bastante ambíguo, uma vez que este apoio pode ser tanto emocional como instrumental, deixando na dúvida se o entrevistado terá compreendido a essência emocional da pergunta. Outra limitação é o facto de a amostragem não ter sido recolhida de forma aleatória, ter uma proveniência maioritariamente urbana e ser de pequena dimensão (representatividade da amostra).

Uma das limitações essenciais que enfrentamos é aquela do conhecimento, ou melhor, daquilo que fazemos com o que conhecemos. Seres imperfeitos só podem aspirar a um saber parcial, apesar disso, face à população cada vez mais envelhecida e cada vez mais diferenciada, não nos basta mais quantificar a perda, a decadência, realizar o inventário dos défices cognitivos ou quantificar a demência e a depressão nos adultos idosos. Se há tarefa que é urgente é a de procurar compreender de que forma pode a psicologia contribuir para um envelhecimento de sucesso. Perceber quais as variáveis que mais o influenciam, quais podem ser fruto de intervenções, tanto preventivas como potenciadoras de capacidades e bem-estar (Amado, 2009). A observação da relação entre os construtos com a idade e o género, permitiu assim, uma melhor compreensão dos adultos idosos, sendo relevante para o desenvolvimento de futuras intervenções mais adaptadas a esta população.

Referências:

- Amado, N. M. (2009). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Argyle, M., Furnham, A. (1983). Sources of satisfaction and conflict in long-term relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 45(3), 481-493.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P., & Mayer, K. U. (Eds.). (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Beauducel, A., & Wittmann, W. W. (2005). Simulation study on fit indexes in CFA based on data with slightly distorted simple structure. *Structural Equation Modeling*, 12(1), 41-75.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14(4), 320-327.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.

- Craig, F. W., Lyncn, J. J., & Quartner, J. L. (2000). The Perception of Available Social Support Related to Reduced Cardiovascular Reactivity in Phase II Cardiac Rehabilitation Patients. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35 (4), 272-283.
- Davis, M. H., Morris, M. M. & Kraus, L. A. (1998). Relationship-Specific and Global Perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 468-481.
- Depner, C. E., & Ingersoll-Dayton, B. (1988). Supportive relationships in later life. *Psychology and Aging*, 3(4), 348-357.
- Dessen, M., & Braz, M. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.
- Diniz, A., & Almeida, L. (2005). Escala de Integração Social no Ensino Superior (EISES): Metodologia de construção e validação. *Análise Psicológica*, 4(23), 461-476.
- Diniz, A. M., & Pinto, M. S. (2006). Escala de Suporte Relacional Extra-Universitário (ESREU): Metodologia de construção e validação. *Psicologia e Educação*, 5(1), 89-102.
- Feijão, A. M. (2009). Teste do modelo estrutural do suporte instrumental e emocional em adultos idosos. Dissertação de Mestrado não publicado, Ispa, Lisboa.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645-659.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analyses with ordinal data. *Psychological Methods*, 9 (4), 466-491.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.

- Gottlieb, B.H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviours. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 10, 105-115.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Grundy, E., Bowling, A., & Farquhar, M. (1996). Social support, life satisfaction and survival at older ages. In G. Caselli & A. D. Lopez (eds.), *Health and mortality among elderly populations* (pp. 135-56). Oxford: Clarendon Press.
- Gurung, R. A. R., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: Insights from the MacArthur studies of successful aging. *Psychology and Aging*, 18(3), 487-496.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. MA, Reading Mass: Addison-Wesley.
- House, J. S., Kahn & R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-103). New York: Academic Press.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241.
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Estatísticas demográficas 2005*. Portugal: INE.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D.(1981). *LISREL V: Analysis of linear structural relationships by the method of maximum likelihood*. Chicago:, IL: National Educational Resources.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1999). *PRELIS2: User's reference guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1997). *LISREL8: Structural equation modelling with the SIMPLIS command language*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2002). *LISREL8.53*. Chicago: Scientific Software International.

- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D., du Toit, S., & du Toit, M. (1999). *LISREL8: New statistical features* (3rd printing with revision). Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Krause, N., & Shaw, B. A. (2002). Welfare participation and social support in late life. *Psychology and Aging, 17*(2), 260-270.
- Lakey, B., Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(2), 337-343.
- Li, K. Z., Hasher, L., Jonas, D., Rahhal, T. A., & May, C. P. (1998). Distractibility, circadian arousal, and aging: A boundary condition? *Psychology and Aging, 13*(4), 574-583.
- Linn, M. W. (1986). Elderly women's health and psychological adjustment: Life stressors and social support. In S. E. Hobfoll (Ed) *Stress, Social Support, and Woman* (pp.223-238). USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The Association between activity and wellbeing in later life: what really matters? *Ageing and Society, 26*, 225-242.
- Luo, A., & Argyle, M. (1992). Receiving and giving support: Effects of relationships and well-being. *Counselling Psychology Quarterly, 5*(2), 123-133.
- Martins, C. (2009). Género, saúde funcional subjectiva e depressão em adultos idosos: Teste de um modelo estrutural. Dissertação de Mestrado não publicado, Ispa, Lisboa.
- Mauritti, R. (2004, Maio). *Contextos e tendências da vivência a só em Portugal*. Actas do V Congresso Português de Sociologia. Braga: Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção.
- Moustaki, I., Jöreskog, K. G., & Mavridis, D. (2004). Factor models for ordinal variables with covariate effects on the manifest and latent variables: A comparison of *LISREL* and *IRT* approaches. *Structural equation modelling, 1*(4), 487-513.
- Neri, A. L. (2004). O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In Neri, A. N., Sanchez, M. Y. (orgs.) *Velhice bem-sucedida* (pp. 13-27). Campinas: Papirus.

- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, J. B. (2004). Desejabilidade social: Um constructo de difícil avaliação. *Psychologica*, 35, 233-247.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), 333-339.
- Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C.D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-oncology*, 12, 183-193.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Pillemer, K., Moen, P, Wethington, E., & Glasgow, N. (2000) Social integration and aging: Background and trends. In K. A. Pillemer, P. Moen, & E. Wethington (Eds), *Social Integration in the Second Half of Life*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 470-482.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 403-412.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558.
- Sarason, I. G. (1988). Social support, personality, and health. In M.P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress, and health psychology* (pp. 109-128). NY: Springer-Verlag.
- Sarason, B., & Duck, S. (Eds). (2001). *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.

- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousands Oaks, CA: SAGE.
- Schaefer, C, Coyne, J. C, & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In T.L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp. 165-173). NY: The Haworth Press, Inc.
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging*, 13(4), 676-695.
- Steiger, J. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180.
- Strazdins, L., & Broom, D. H. (2007). The mental health costs and benefits of giving social support. *International Journal of Stresse Management*, 14(4), 370-385.
- Tanaka, J. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K. Bollen & J. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp.10-39). London: SAGE.
- Wills, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 61-82). Orlando, FL: Academic Press.
- Wills, T. A., Weiss, R. L., Patterson, G. R. (1974). A behavioural analysis of determinants of marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 802-811.
- Wiltmoth, J. (2002). Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias*, 7, 136-155.

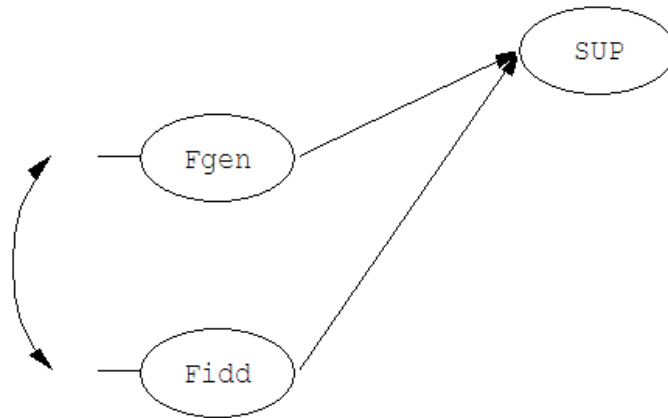
Anexo

Figura 1. Modelo Estrutural Predictor do Suporte Social em adultos idosos. Fgen= Factor género; Fidd= Factor idade; SUP= Suporte Social.

Tabela 1. Índices de ajustamento do Modelo do Suporte Social em Adultos idosos.

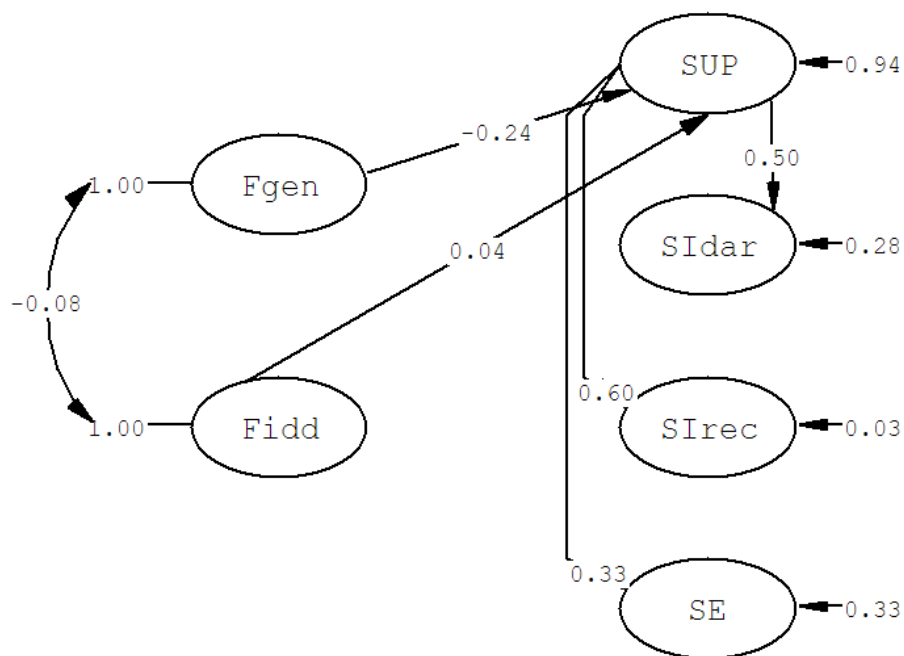
Modelo	$SB\chi^2/gl$	<i>RMSEA</i>	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>
Factores(nºitens)	(ratio)	IC 90%		
M1a	608.81/246	.079		
4(24)	(2.47)	.071; .086	.96	.11
M1b	273/113	.077		
4 (17)	(2.46)	.065; .089	.98	.091
M2	592.78/227	.082		
3 (23)	(2.61)	.074; .090	.95	.11
M2a	96.88/51	.061		
3 (12)	(1.90)	.042; .080	.99	.084
M3	96.88/51	.061		
3 (12)	(1.90)	.042; .080	.99	.084

Nota. M1a e M1b= Modelo tetrafactorial oblíquo; M3= Modelo tridimensional oblíquo; M2a= Modelo tridimensional oblíquo; M3= Modelo tridimensional hierárquico; IC = intervalo de confiança;

Tabela 2. *QSIE: Análise factorial do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional.*

Factores	Itens	CF	R^2	VME	Fiabilidade Compósita
SIdar	1	.73	.53	.52	.76
	7	.67	.45		
	22	.44	.58		
SIrec	4	.58	.34	.52	.80
	9	.72	.52		
	12	.97	.94		
	17	.52	.27		
SE	10	.71	.50	.54	.85
	11	.79	.62		
	15	.81	.66		
	18	.67	.45		
	23	.68	.46		

Nota. SIdar = Dar Suporte Instrumental; SIrec = Receber Suporte Instrumental; SE= Suporte Emocional; CF = cargas factoriais; R^2 = coeficientes de determinação dos itens; VME= variância média extraída.



$SB\chi^2/df=1.99$; CFI=.98 RMSEA=.064, intervalo de confiança a 90%=.049; .080

SMRS=.095

Figura 2. Teste do Modelo Estrutural Preditivo do Suporte Instrumental e Emocional em adultos idosos (solução não estandardizada). Fgen= Factor género; Fidd= Factor idade; SUP= Suporte Social; SIdar= Dar Suporte Instrumental; SIrec=Receber Suporte Instrumental; SE= Suporte Emocional;

Anexo

Que ao envelhecer permaneça tudo belo... Há tantas coisas boas para fazer. O ouro, as rendas, o marfim e as sedas não precisam de ser novos. E as velhas árvores também curam, as velhas ruas também têm o seu encanto. Então por que não poderei eu, como elas, permanecer belo ao envelhecer? (cit. in Conservar-se em Forma na Idade Avançada, 2000)

Até 1940, pouco se pesquisou sobre a vida adulta e velhice, sendo este assunto relativamente recente quando comparado com outras áreas da Psicologia, nomeadamente a Psicologia ligada à infância. A verdadeira expansão da Gerontologia (ciência que investiga, multidisciplinarmente, os fenómenos fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais do envelhecimento humano), só ocorre no final da década de 1950, graças principalmente, ao rápido envelhecimento da população e à grande necessidade de resposta face a esta mudança.

Dados Estatísticos

Calcula-se que nos tempos pré-históricos a velhice era extremamente rara, e mesmo no século XVII, provavelmente apenas 1% da população vivia até aos 65 anos. No século XIX, essa proporção subiu para aproximadamente 4% (Cowgill, 1970 in Stuart-Hamilton, 2002). Pensou-se durante muito tempo que a “explosão demográfica da terceira idade era uma consequência directa do aumento da EMV (esperança média de vida), no entanto essa hipótese não foi confirmada porque sabe-se hoje que o principal factor responsável por este fenómeno é o declínio da natalidade (Nazareth, 1994).

Em termos estatísticos, e fazendo uma comparação dos dados relativos aos últimos trinta anos, em 1970, 14.4% da população tinha 60 ou mais anos de idade, 9.7% tinha 65 ou mais anos de idade e 3.3% da população ultrapassava os 75 anos. Em 2001, as pessoas com 65 anos ou mais representavam 16.4% da população e as de 75 ou mais anos cresceram para os 5.9% (INE, 2002). Outro dado significativo foi o aumento de pessoas envelhecidas que ocorreu no período entre 1991 e 1997 em que se registou um aumento de 159 000 pessoas com 65 anos ou mais (INE, 2002). Ao nível do território nacional (incluindo assim as ilhas), a repartição de idosos, não é homogénea, principalmente devido às diferentes evoluções demográficas regionais. A região norte, por exemplo, detinha tanto em 1990 (11,4%) como em 1998 (12,8%) a mais baixa percentagem de idosos no continente como resultado das

elevadas taxas de natalidade observadas. A maior importância relativa de idosos em 1998 (21.6%) pertencia ao Alentejo, tal como acontecia em 1990 (19.3%). A região autónoma dos Açores (11.9%) substituiu a região autónoma da Madeira (12%) em 1998, passando a pertencer-lhe o lugar da região com menor nível de envelhecimento. Há ainda a salientar que a taxa de crescimento natural com uma tendência de redução, apresentou em 2007, pela primeira vez na história demográfica recente, um valor negativo, facto que já não era assinalado desde 1918. Outra grande diferença entre os grupos, é que envelhecer (especialmente entre octogenários e seguintes) é principalmente uma experiência feminina. Como resultado de uma maior longevidade, as mulheres evidenciam-se, onde a importância relativa do grupo etário dos 65 anos ou mais é de 19.3% contra 14.8% na população masculina (INE, 2002). Estima-se que aos 70 anos haverá uma proporção de seis mulheres para cada cinco homens e que aos 80, a razão será de 4:1 (Stuart-Hamilton, 2002).

O total da população portuguesa no final de 2002 rondava os 10 milhões e quinhentas mil pessoas, mas o estudo prevê que a população portuguesa comece a decrescer a partir de 2010, prevendo um total que não chega aos 10 milhões em 2050. Este relatório refere explicitamente que Portugal encara, desde os anos 90, uma situação demográfica decadente, sendo que a conjugação de uma taxa de fertilidade baixa com o previsível aumento da EMV, resulta num progresso envelhecimento da população portuguesa, prevendo-se que em 2050 haja 243 pessoas idosas para 100 jovens. A problemática do envelhecimento não se aplica só ao nosso país, trata-se de uma questão mundial, sendo que os resultados populacionais estatísticos se tornam mais ou menos homogéneos, obrigando a uma reestruturação familiar e social. O relatório sobre a “Evolução Demográfica recente na Europa” contém dados de 1 de Janeiro de 2003 e projecta a evolução demográfica até 2040 em 45 países. Ora, tais transformações demográficas trazem consigo consequências sociais, culturais e Epidemiológicas: As sociedades industrializadas e informatizadas de hoje constroem também o seu próprio isolamento futuro; não há tempo para conviver, comer correctamente, para fazer novos amigos; faz-se uma vida profundamente sedentária, porque não há tempo, ou meios económicos, para a prática regular de exercício físico. O grupo dos adultos idosos, historicamente minoritário, está tornar-se num dos mais populosos sectores da sociedade também em Portugal (INE, 2007a).

Isolamento, Solidão e a Necessidade de Suporte

Actualmente existe uma grande percentagem de pessoas que vivem sós, ou porque perderam o/a companheiro/a de toda a sua vida (solidão emocional), ou porque perderam os amigos que foram falecendo (solidão social). A identificação dos factores preditores da solidão, na vida de uma pessoa idosa pode permitir protegê-la deste sentimento. Russell, Peplau e Cutrona (1980) e Wheeler, Reis e Nezlek (1983) constataram que a qualidade do relacionamento interpessoal relaciona-se mais negativamente com a solidão do que a sua quantidade. Hawkley *et al.* (2006, p. 152) confirmam esta ideia, afirmando que “o isolamento tende a promover sentimentos de solidão, mas esta está mais fortemente relacionada com aspectos qualitativos dos encontros sociais do que quantitativos”. Fischer e Phillips (1982), sublinham que a solidão pode ser, como sugere Weiss (1973), um sentimento que consiste no isolamento emocional resultante da perda ou inexistência de laços íntimos e do isolamento social, com a consequente ausência de uma rede social com os seus “pares”. Na verdade, Weiss (1973) distingue entre solidão emocional e social: solidão social é, por exemplo, não fazer parte de um grupo de amigos, sendo que as pessoas com uma vida social activa raramente sofrem de solidão social, ao contrário da solidão emocional, onde existe a incapacidade de se ser íntimo de alguém ou ser capaz de depender de outrem. A solidão emocional é a ausência de um relacionamento emocional íntimo. Jong-Gierveld e Raadschelders (1982) verificaram na sua pesquisa que as pessoas podem ter um leque variado de rede social extensa e diversificada e sentirem-se sós, caso essa rede não supra as suas necessidades de intimidade e de proximidade. Pode considerar-se que o sentimento de solidão não é unívoco para todos e pode apresentar pesos diferentes, pois “a avaliação que cada um faz das suas relações pessoais são influenciadas pela comparação com as experiências do passado e as das outras pessoas, de acordo com Weiss (1982) e a perspectiva do *deficit*, segundo Dykstra e Fokkema (2007).

O principal interesse actual no estudo do SS diverge ainda para outras vertentes não menos importantes como a reciprocidade no suporte, as implicações deste no seu provedor e as transacções sociais negativas (Hupcey, 1998). Muitas pesquisas mostram que as relações sociais podem ter aspectos tanto a nível positivo, falo do SS (instrumental ou emocional), mas também aspectos negativos, como o criticismo, as expectativas e a ajuda prestada mas não solicitada, reflectindo-se no bem-estar dos adultos idosos (Liang, Krause & Bennett, 2001; Brown, Nesse, Vinokur & Smith, 2003; Newson, Nishishiba, Morgan & Rook, 2003). A

teoria do auto-controlo vem deste modo demonstrar, que o controlo sobre acontecimentos pessoais é um determinante no BES, tanto a um nível de *locus de controlo* ou como na percepção de uma auto-eficácia geral e controlo sobre os acontecimentos (Bandura in Amado 2009). As redes sociais criam assim uma espécie de intencionalidade interna graças à sua disponibilidade para fornecer ajuda e recursos em tempos de crise, o que no geral se traduz por uma maior fiabilidade na rede social quando em comparação com outros actuais intercâmbios que providenciem uma função de apoio. Sabe-se que as relações sociais próximas marcadas pelo apoio e confiança são consideradas fundamentais para o bem-estar (Ryan & Deci, 2001).

Múltiplas teorias behavioristas consideraram as relações interpessoais em termos da sua capacidade em providenciar recompensas que uma pessoa valoriza. Teoricamente falando, seria esperado que quando maiores são as recompensas fornecidas, mais coeso será o apoio na relação. Essa troca de recompensas é assumida no sistema social como sendo simples coisas como bens monetários ou prestação de serviços, ou mais personalizáveis como simples expressões de agrado (Wills, 1985). Foa sugere em 1971 que as recompensas comutadas eram amor, estatuto, dinheiro, haveres e serviços. Não sendo apenas materiais mas também simbólicas tais recursos não são intermutáveis, ou seja, por exemplo, o dinheiro pode ser trocado por qualquer outro recurso, em relação ao amor, tal como diz o ditado “amor, com amor se paga”. La Gaipa (1981) acrescenta mais cinco recompensas: identidade, afectividade, expressividade e sociabilidade.

O Homem é um ser social por natureza. Vivemos da interacção com o outro, construímos laços de confiança, aumentamos as nossas probabilidades de sobrevivência psíquica, pois a solidão pode eventualmente não matar, mas moí o ser humano, torna-o mais fraco de recursos físicos e psíquicos, torna-o mais triste. Será então que as relações sociais que nos envolvem e o apoio que daí advém nos poderão ajudar a compreender como a nossa vida poderá tornar-se mais satisfatória, com a chegada a uma idade em que o trabalho passa para segundo plano (ou deixa mesmo de existir), e cujo relacionamento social adquirido ao longo dos anos assume uma maior importância? Os estudos até agora elaborados mantêm-se inconsistentes. Se por um lado existem estudos que reclamam que maiores níveis de actividade e de envolvimento social levam a um maior bem-estar emocional e de saúde (Baker et al., 2005; Cobb, 1976; Fast et al., 2004; Lang & Baltes, 1997; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006; Nezlek et al., 2002), outros indicam que largas redes sociais podem efectivamente

levar a um aumento nos níveis de ansiedade, especialmente nas mulheres (Antonucci et al. 1998; Brown & Lowis, 2003; Haines & Hurlbert, 1992; Israel & Antonucci, 1987).

Alguns estudos têm revelado que o facto de a pessoa viver ou não sozinha se torna num factor importante no que diz respeito ao SS. Viver só na fase final do ciclo de vida é, no contexto de residência, vivido por cerca de 30% das mulheres portuguesas com 75 ou mais anos, e 14% dos homens na mesma faixa etária. Neste contexto, viver só apesar de poder implicar, também, trajectórias sociais de autonomização/individualização, pode, muitas vezes, aprofundar quadros de exclusão social, associados ao isolamento e à pobreza (Mauritti, 2004). Ainda que viver com um cônjuge ou sozinho sejam arranjos de vida socialmente desejáveis para o idoso, é facto que pessoas mais velhas, nestas situações, estão sob risco de precisar de assistência – particularmente aqueles que vivem sós. Idosos que vivem sozinhos precisam, muitas vezes, de apoio para várias actividades que vão desde tarefas doméstica rotineiras, (*i.e.* actividades instrumentais do viver diário), como limpar, preparar refeições ou cuidar do jardim, até cuidados pessoais (*i.e.* actividades físicas do dia-a-dia), como alimentar-se ou tomar banho. Família, amigos, vizinhos (rede informal) ou os serviços comunitários formais encarregam-se da provisão desses serviços. Uma pesquisa mais aprofundada nas redes de idosos apontam para uma hierarquia de dependência de outros, hierarquia na qual amigos e vizinhos preenchem as necessidades básicas, diárias, e cujos membros da família se encarregam do cuidado mais pessoal, de longo prazo. O acto de viver só é amplamente aceite como um factor positivo para o bem-estar do idoso (Debert in Camarano, 2002), pois permite-lhe que se mantenha independente. Qualquer impacto negativo é, geralmente, compensado pela independência proporcionada pelo viver só (Wiltmoth, 2002). Viver só tornou-se numa situação cada vez mais frequente na nossa sociedade. O isolamento dos idosos e o fraco suporte ao nível das relações familiares, bem como a fraca sociabilidade são indicadores de vulnerabilidade social a que se encontram expostas muitas destas pessoas. Quando uma pessoa passa a morar sozinha, por opção ou por circunstâncias da vida, é importante que haja um apoio estruturado para esta, de modo a garantir, inclusive, a sua segurança física e saúde mental. Um suporte emocional e instrumental adequado é um dos apoios necessários para o idoso conquistar a sua independência, sem implicar necessariamente solidão. Há, para isso, que manter o convívio social, para não correr o risco de isolamento, participando em actividades de convivência ou mantendo o contacto permanente com a família.

A perspectiva defendida nesta tese é de que o envelhecimento é um processo multi-dimensional, nele encontramos as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, multi-determinadas e multi-direccionadas. Defende-se a importância do suporte social num momento da vida em que culturalmente existe o preconceito de que não são mais necessários, mas que no fundo, têm um papel fundamental tanto no seio familiar, como no grupo de amigos, e mais recentemente “descoberto”, no grupo comunitário. Ajudar a cuidar dos netos, provendo suporte aos filhos são factores importantes, se não fundamentais, para que ainda se sintam tão úteis quanto realmente o são, aliás, as relações sociais de intimidade, confiança e apoio são consideradas fundamentais para o bem-estar (Ryan & Deci, 2001).

Suporte Social, Qualidade de Vida e Bem-Estar

A população idosa portuguesa caracteriza-se por baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica, às quais se juntam as condições de saúde precárias. O isolamento juntamente com diversas formas de exclusão social de que são alvo grande parte das pessoas idosas condiciona o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida (INE, 2007b). Uma das componentes mais pertinentes para a qualidade de vida é o apoio da família, dos amigos e a participação em actividades sociais.

Uma considerável panóplia de estudos têm também tentado mostrar que o SS se encontra relacionado com o aumento de BES e a uma diminuição de doença física (House, Landis, & Umberson, 1988; Wills, 1985). Sarason, Sarason & Gurung (2001) entre muitos outros autores, avançam um pouco mais afirmando que o SS é promotor da saúde e do seu restabelecimento, diminuindo assim o risco de mortalidade. Surge como uma forma de protecção dos indivíduos relativamente aos aspectos negativos do stress, tornando-se evidente que os recursos providenciados pelas relações interpessoais jogam um importante papel no modo adaptativo de funcionamento saudável do sujeito.

Segundo Pinquart e Sorensen (2000) tanto a quantidade como a qualidade das interacções sociais são igualmente importantes para o BES com idades mais avançadas. Uma das possíveis razões para tais resultados poderá estar relacionado com a importância que os velhos idosos dão ao SS quando em comparação com os jovens idosos, para além do facto destes primeiros terem uma maior propensão a eventos de vida negativos bem como a

angústia crónica (viuvez, declínio da saúde) que aumenta enquanto que as capacidades de *coping* diminuem (Krause, 2005).

À medida que envelhecemos, as nossas necessidades sociais, tornam-se mais focada no afecto, isto é, nas relações de maior proximidade (Steverink & Lindenberg, 2006). Sabe-se que os membros da família tal como os amigos são importantes no bem-estar, não só na terceira fase da nossa vida, mas durante todo o nosso ciclo vital. Investigações sugerem, que em geral, é o apoio familiar que mais contribui para a SV, quando em comparação com o apoio dos amigos, embora ambos sejam importantes. Enquanto que o suporte emocional da família é benéfico para a SV, independentemente dos cuidados negligentes que esta possa fornecer, o SS é importante também, na medida em que aumenta, positivamente os efeitos de auto-confiança, autonomia e sentimento de satisfação pessoal. Para Yeung & Fung (2007) o companheirismo, a actividade social e o SS são essenciais para a manutenção de bem-estar para um envelhecimento bem sucedido, sendo que um nível elevado de SS se associa directamente a um maior nível de SV e felicidade, e relaciona-se antagonicamente com a solidão (Aquino et al. 1996; Siu & Phillips, 2002; Wang et al. 2002). Na sociedade chinesa, a família continua a ser a principal instituição para o suporte de idosos (Li & Liang, 2007), e o mesmo se pode verificar em muitas culturas europeias. A família continua, sem dúvida, a ser o agente mais próximo do idoso e é esta quem presta mais suporte quer instrumental quer emocional.

Envelhecer e Velhice: Ideias e Teorias

A cultura, que intrinsecamente nos guia, não é estática, ela encontra-se em constante evolução: Transforma-se, sendo por isso importante, compreender o enquadramento social, económico e cultural dos indivíduos ao longo do seu percurso de vida (ao que os ingleses chamam de *LifeSpan*). Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado tiveram que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos/as, embora muitas vezes não o façam a pensar nos idosos.

“Ao oferecer-se ao “Homem” que envelhece, a possibilidade de “não adoecer” ou de minorar as suas consequências nos últimos anos de vida, temos de considerar a análise das suas condições económicas, psicológicas e sociais em que se desenvolve o processo de envelhecimento” (cit. Mendes, 1978, p.113).

A imagem da velhice é então incerta, confusa, contraditória, variável de acordo com os tempos e os lugares. Se até ao século XIX o idoso é visto, como alguém respeitável, dotado da máxima experiência e sabedoria, cuja transmissão de saber era feita oralmente, transmitida de geração em geração, temos agora, graças à alteração da estrutura económica e à consequente industrialização, o (pre)conceito de que o idoso deixou de ser reconhecido pela sua experiência para ser visto como um inútil, fraco e improdutivo. Deixámos passar a imagem de um ancião sábio, símbolo de experiência e respeito, a um velho frágil, estéril e dependente. A sociedade contemporânea marginaliza “os mais velhos”, dando prioridade a valores ligados à produtividade, rentabilidade, consumo excessivo, etc., face aos quais, as pessoas com mais de 65 anos, não estão em condições de competir, pois até são considerados “pouco produtivos”. Este facto tem grandes implicações, tanto no baixo rendimento económico auferido pela população idosa feminina, como na crescente vulnerabilidade e consequente necessidade de cuidados de saúde. Perante esta realidade, as sociedades vão tentando encontrar formas de gerir estas alterações demográficas. É necessário uma reflexão pela sociedade e pelos profissionais da área de forma a serem alcançadas as mudanças políticas necessárias para a realidade actual.

A literatura tem apresentado ao longo do tempo várias tentativas de categorizar o envelhecimento, embora seja reconhecido que nenhuma é isenta de limitações. Tantos os autores quantas as concepções de velhice, concepções essas que se alteram consoante a época e as culturas que a encaram. Tentando encontrar um conceito que exprima com clareza essa ideia, destaca-se o conceito adoptado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que diz que “envelhecer é um processo sequencial, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de modo a que o tempo torne menos capaz de fazer frente ao stress do meio ambiente, aumentando a sua possibilidade de morte (OPAS, 2003). Viver é envelhecer. A cada minuto que passa, insensível e irreversivelmente, a acção do tempo vai-se fazendo sentir sobre o ser humano. Construím-nos no momento da nossa concepção e desenvolvemo-nos, envelhecendo até que nosso corpo não consiga mais acompanhar a nossa mente. A experiência de envelhecer abrange não só os factores biológicos como também os sociais. Envelhecer não é apenas sinónimo de chegar ao fim da vida biológica, nem apenas um produto de história de vida de cada um e das circunstâncias presentes, é também fruto das

atitudes, expectativas, preconceitos e ideais das sociedades e culturas onde os indivíduos se encontram inseridos, nascem, crescem e envelhecem.

Certos povos, digamos os ocidentais, têm tendência para desprezar a velhice por compará-la com inutilidade e por ser considerada a idade de peso morto para a sociedade. A fragilidade com que nos deparamos em idades mais avançadas fazem com que orgulhosamente, passo a ironia, os adultos idosos sejam muitas vezes desprezados pelas civilizações que construíram e que valorizavam. Outras culturas, seguimos agora para oriente, incluindo a cultura árabe e israelita, dedicam respeito e veneração aos idosos, como meio de divulgação da sua história, sabedoria e experiência. O mesmo acontece na maioria das culturas africanas. Os idosos podem deixar de possuir vigor físico ou força bruta para exercer determinadas tarefas, mas em forma de compensação, são transmissores de vida passada. Infelizmente, observa-se, na nossa civilização moderna, que ainda existe um profundo sentimento negativista em relação ao processo de velhice.

Um dos recursos mais interessantes do envelhecimento humano encontra-se na imensa variabilidade que existe quanto às trajectórias do envelhecer (Wilson et al., 2002). Alguns idosos mantêm a mesma capacidade cognitiva que tinham na média idade, enquanto outros mostram declínios cognitivos que limitam a sua capacidade de viver e de funcionar de um modo independente. Poderemos então afirmar, sem qualquer medo de prejuízo, que o declínio cognitivo não é uma consequência inerente do envelhecimento. Sabemos que o avançar da idade traz consigo mudanças, quer seja com o próprio corpo, quer seja com a sua mente, ou na relação com os outros, mas isso não implica obrigatoriamente um declínio de capacidades.

A sua percepção face à vida altera-se, alterando com ela toda a forma de ver a sua envolvente biológica, psicológica e social. É comum observar-se em pessoas mais velhas a ausência de cuidados com a saúde e com o corpo, não por ser um factor inerente à velhice, muito pelo contrário, esta falta de cuidado demonstra uma baixa auto-estima e um sentimento antecipado do fim da vida, sem que haja qualquer visão positiva do que ainda há para viver. Ser indispensável aos outros e contribuir para a família ou para a sociedade como um todo, são factores importantes para manter o sentimento de auto-estima, de pertença e de utilidade. Ajudas os/as idosos/as a identificarem maneiras significativas de permanecer envolvidos nas suas vidas pessoais, e na sociedade, apesar do declínio das capacidades físicas ou mentais, é muito importante para a promoção do seu bem-estar psicológico e consequentemente, físico e social. Há portanto que ver para além das aparências, há que entender a sua vivência e as

suas expectativas. A observação de padrões distintos de envelhecimento e a busca incansável por compreender os determinantes de longevidade com qualidade de vida têm motivado alguns estudos com o intuito de perceber o que constituiria o bom envelhecer. Nos anos 90 o termo envelhecimento bem sucedido ganha relevo no campo da Gerontologia, no sentido de identificar estratégias que incrementem a proporção da população idosa que consegue alcançar este desejo multifactorial, a população envelhece bem. É como se costuma dizer na gíria popular: há que acrescentar vida aos seus anos e não anos à sua vida. No fundo podemos dizer que as teorias de envelhecimento bem-sucedido vêem os indivíduos como pró-ativos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal, de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade.

No pensamento popular, representamos frequentemente a velhice através de pessoas incapacitadas (em cadeira de rodas ou agarrado a uma bengala), depressivos, arrogantes, e os prestadores de cuidados a esta população também não deixam a imagem por menos, ordenando, abusando da autoridade que têm para transformar os seus desejos e vontades nos do idoso (como escolher o programa televisivo que a pessoa quer ver), servindo-se de formas verbais características (diminutivos como avozinha, a minha pequena Maria, vovó, etc.). O conteúdo do discurso destas pessoas vai sempre no mesmo sentido: o idoso é visto como uma pequena criança irresponsável que é felicitada ou repreendida, fazendo-se pouco caso do seu pudor, gostos ou juízos de valor. Torna o ser humano envelhecido num sujeito sem identidade, indiferenciado, assexuado, actor de escolhas que não são as suas, torna-se mais um “velho”.

A idade ajuda a ultrapassar determinadas situações, e quando um velho abana a cabeça e murmura umas quantas palavras, alguns adivinham nesta atitude uma profunda sabedoria e esclarecimento, ao passo que outros mais não vêem senão esclerose. Se o seu relacionamento com o mundo, é no fundo, resultado da sua experiência e sabedoria ou mera consequência de perturbações circulatórias, ainda ninguém conseguiu esclarecer, nem o próprio. (Cardoso & Guimarães, comunicação pessoal, 17 de Março, 2009)

À medida que vamos caminhando para a reforma e para a passagem para a terceira idade, podemos, e geralmente é o que acontece, assistir ao que Cumming & Henry (in Coleman & O’Hanlon, 2004) chamou de desinvestimento, ou num melhor português, numa retirada bilateral do indivíduo da interacção social e da sociedade do indivíduo. Podendo ser considerado como algo de social, esse afastamento provoca uma redução na quantidade de

interacção física e social com o meio e com as outras pessoas, mas também como um acontecimento psicológico, representando deste modo, uma redução do compromisso emocional com acontecimentos externos. Tal teoria postulava que ao envelhecer, o indivíduo retira-se progressivamente dos seus papéis sociais, passando a centrar-se cada vez menos no meio e cada vez mais em si mesmo. Esta retirada, mais ou menos estratégica, era assim acompanhada por uma sociedade que substituíva o adulto idoso por pessoas mais novas, tornando-se num processo irreversível logo a partir do seu início, expressando de acordo com a sociedade e cultura em que está inserido. Não se tratando de um processo voluntário (Fonseca, 2005), a teoria defende uma especificidade psicológica do idoso e dos seus processos relacionais, atribuindo-lhe autonomia e encarando-o como um ser dotado de livre arbítrio, que, por já não se encontrar preso a papéis anteriormente estabelecidos, pode realmente pensar e dizer o que quiser (Coleman & O'Hanlon, 2004). E com tal assumpção, outra teoria se lhe opôs, surgindo assim a *teoria da actividade*, relacionando o bem-estar no envelhecimento com a actividade (Kossuth & Bengtson, 1988; Papalia & Olds, 1995). Esta afirma entre outras ideias que, a satisfação vital está enraizada em papéis sócio-familiares e laborais, havendo assim a necessidade de dotar os adultos idosos de papéis que sejam socialmente apreciados, tendo sempre em conta o estado de ânimo do sujeito (Rossel, 2004). Deste modo, ao prolongar a actividade está-se a prolongar, conjuntamente a meia-idade, ou seja, o sucesso no envelhecimento é visto na capacidade do indivíduo não parecer envelhecido, devendo assim adiar o mais possível a entrada na velhice. É um processo mais ou menos natural e inevitável da última fase da vida, ajudando de certo modo, a adaptar-se à velhice, podendo levar a uma maior satisfação e a uma moral mais elevada, embora autores como Neugarten, Havighurst, Atchley afirmem o oposto, que a relação entre desinvestimento e satisfação com a vida é mais negativa que positiva (in Berryman, Hangreaves, Herbert & Taylor, 2002). Tais ideias parecem ser bastante positivas, não fosse o postular de uma fórmula geral aplicada a todos os idosos, não tendo em conta a sua especificidade e heterogeneidade. Ainda assim, a teoria que menos procura a homogeneidade na velhice, perspectivando-a como específica e única é a teoria de Lars Törnstram (in Amado, 2009), a *gerotranscendência*. Para este autor, esta teoria corresponde a uma mudança de perspectiva, deixando de lado uma visão materialista e pragmática e dando valor a uma visão mais cósmica e transcendente, conduzindo assim a um aumento na satisfação de vida e no bem-estar.

A imagem de Épinal das idades (Figura 1) representa a vida como um ciclo onde o fim é relativamente parecido ao início: a vida começa por uma dependência extrema e termina por uma dependência extrema. Tal ideia dá a imagem de uma escada cujos degraus nos convidam a subir até à meia-idade, e a partir daí uma escada, que somos obrigados a descer.

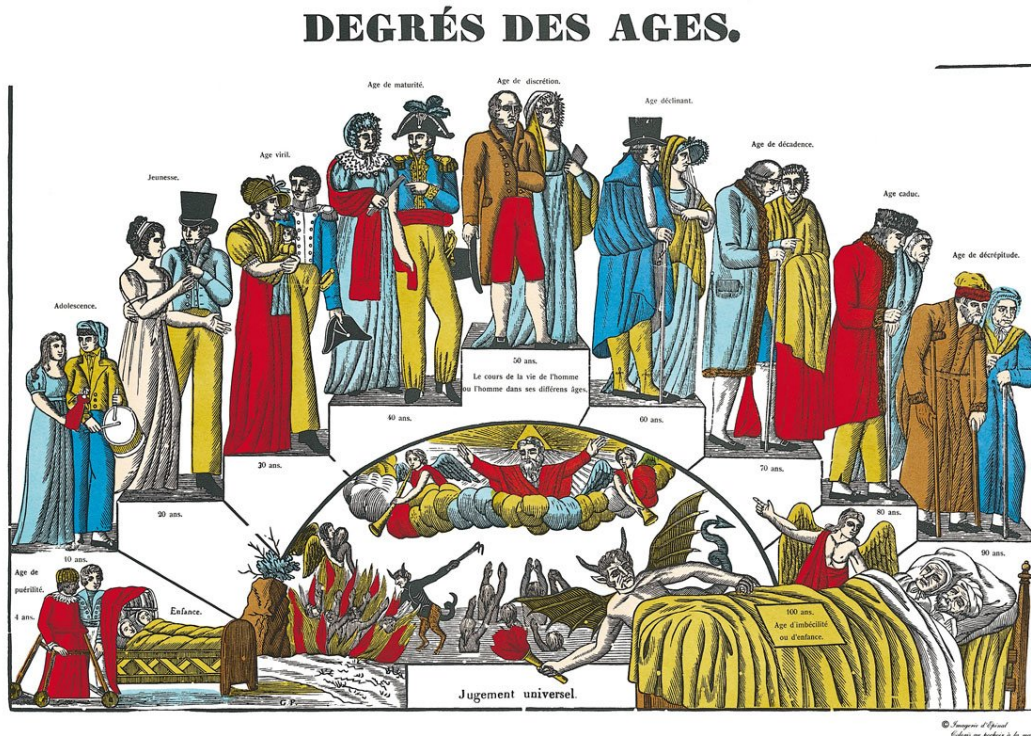


Figura 1 – Imagem do ciclo de vida segundo Épinal Pellerin (1840).

Em Gerontologia encontramos três preconceitos frequentemente devastadores: (1) Envelhecer é voltar à infância; (2) Os velhos vivem maioritariamente em lares e centros de acolhimento; e (3) Os velhos são todos iguais, todos com os mesmos defeitos.

Com a idade, temos tendência a indiferenciar os géneros. O indivíduo deixa de ser considerado como uma pessoa única, inteira. A mulher não é mais considerada como tal: na banda desenhada é representada com pêlos, bigode. Aliás são as mulheres que mais sofrem com o envelhecimento, sendo muitas vezes objecto de caricaturas, é ela que é tendencialmente estigmatizada pelo tempo, buscando o elixir da juventude que nunca encontrarão senão dentro de si. O problema reside no facto do trabalho de envelhecer (sim, porque envelhecer é trabalhoso) ser cada vez mais dificultado, na nossa cultura, pois somos constantemente

assediados por publicidades *anti-âge* que se apresentam sobre forma de injunções: “batalhem”, “lutem”; tudo isto com um vocabulário de guerra contra a velhice, dito de outro modo, se envelhecemos, a culpa é nossa porque não fizemos esforços suficientes para a combater. Ensinam às pessoas a manterem-se jovens, mas não ensinam a viver com a sua idade.

Actualmente, os julgamentos feitos acerca sobre o que é que torna velha uma pessoa baseia-se em diversos critérios, incluindo aparência, atitudes e quantidade de tempo livre, no entanto, uma série de desenvolvimentos sócio-culturais modificará tudo isso no futuro. É praticamente certo que as pessoas com mais de 60 anos não mais parecerão velhas, no sentido estereotípico do termo, obrigando-nos à busca de outros indicadores de idade, de modo que, em vez de procurarmos rugas ou cabelos grisalhos, a nossa atenção passará, por exemplo para o brilho do olhar? (Stuart-Hamilton, 2002) Temos que ter calma com as assumpções que fazemos e com aquilo que desejamos. Como diz Wilde (in Stuart-Hamilton, 2002), a verdade nunca é pura e raramente é simples. No entanto há que compreender que o envelhecimento é um processo contínuo, que não pode ser parado, por muitas transformações que façamos. É um processo natural, começa desde a nascença. Não vamos então confundir velhice e envelhecimento. Enquanto a velhice é um estado, a última fase da vida, o envelhecimento é um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida. Hoje em dia, estes dois conceitos tornaram-se tão parecidos que fazemos confusão entre envelhecer e ser velho.

Os primeiros grandes autores não falavam de desenvolvimento na idade adulta, e apenas Erickson teve uma visão mais ampla. Freud afirmou que a personalidade fixa-se aos 5 anos; Piaget pensava que o desenvolvimento experimenta a sua última fase no período da adolescência com a aquisição das operações abstractas. Os piagetianos acreditavam que de seguida, com a senescência, observamos apenas regressões; Maslow estabeleceu uma hierarquia de necessidades nas quais inclui, na vida adulta, a necessidade de auto-realização. No entanto considera a idade adulta como um só bloco; Erickson é o primeiro a ter uma visão do desenvolvimento durante o período adulto do ser Humano. Três são as visões do desenvolvimento na idade adulta e sobretudo na velhice: como linear, como uma etapa, e em função dos acontecimentos da vida (Bouisson, comunicação pessoal, 10 de Abril, 2008).

Paul Baltes começou, nos anos 70, a reformular o quadro da psicologia do desenvolvimento (PD) e os seus princípios teóricos. Para o autor são três as precisões importantes a serem feitas para percebermos o que é a PD:

A psicologia do desenvolvimento ao longo da vida diz respeito à descrição e explicação das mudanças ontogenéticas ligadas à idade, desde a nascença à morte. A idade não tem um estatuto específico na PD. A idade cronológica não constitui mais do que uma variável bruta cuja significação psicológica deverá ser referenciada tendo em conta os processos psicológicos que constituem o desenvolvimento e tendo como referência as condições que a modulam (Bouisson, comunicação pessoal, 10 de Abril, 2008). A psicologia do desenvolvimento deverá assim descrever, explicar e otimizar os processos desenvolvimentais ao longo de toda a vida, da concepção à morte, estudando a constância e a mudança que se manifesta na conduta humana ao longo da ontogénese.

O desenvolvimento é um processo que tem a mesma duração que a vida do sujeito. Este processo é tanto contínuo como descontínuo, multidimensional e multidireccional, dotado de plasticidade multi-contextual, implicando não só ganhos como também perdas, que o indivíduo tenta compensar. As pessoas idosas apercebem-se muito bem das perdas que sofrem e da restrição das suas capacidades funcionais, e provavelmente, também se apercebem bem das reduzidas capacidades de que dispõem para evitar uma tal deterioração. Contudo, parece que tratam as informações que lhes dizem respeito de modo a preservar o sentido do seu valor pessoal e da continuidade: de modo a manter também a visão positiva do seu desenvolvimento, mesmo se esse balanço entre ganhos e perdas lhes for desfavorável (Brandstädter & Renner, 1992: 315-216)

Existe uma panóplia surpreendente de métodos capazes de descrever o envelhecimento, alguns menos óbvios que outros. Os aspectos universais de envelhecer são aqueles que todas as pessoas mais velhas compartilham em certa extensão (por exemplo, a pele enrugada), no entanto, se abordarmos o envelhecimento tendo em vista todo o percurso de vida individual, podemos considerar que existem três tipos de envelhecimento. Este pode ser *primário*: normal e sem doenças, afectando a velocidade perceptiva, onde existem mudanças corporais da idade; *secundário*: envelhecimento relacionado com a doença, afectando o primeiro raciocínio, pela capacidade indutiva, onde ocorrem mudanças com maior frequência; e *terciário*: período mais ou menos longo, próximo da morte, deterioração maioritariamente física, afectando o processo de informação, pela compreensão verbal (Stuart-Hamilton, 2002).

Outra maneira de medir o envelhecimento é criar uma divisão entre vida adulta inicial e tardia. Stuart-Hamilton (2002) refere que o processo, gradual e contínuo, torna qualquer medida arbitrária. Dá, seguidamente, o exemplo do espectro das cores, questionando em que

ponto desta fronteira vermelho-laranja somos capazes de dizer que a cor mudou. Sabemos que existem faixas de vermelho e laranja, mas elas misturam-se entre si. Projectando tal ideia para o nosso assunto: em que ponto exacto da vida deixamos de ser de meia-idade e passamos a idosos? A mudança é tão gradual como as cores no arco-íris e é essa nuance que nos permite ir mudando e adquirindo novas características sem que haja o efeito de choque. Não acordamos de um dia para o outro, velhos.

Nas nossas representações, na nossa cultura, todos, ou a grande maioria pensa, que quando envelhecemos não mudamos mais e que são as crianças e os adolescentes os que os que mais mudam. Mas tal não corresponde à verdade, os adultos idosos também sofrem mudanças. Aliás é de salientar que as pessoas muito velhas são verdadeiros atletas da mudança, mas interpretamos e abordamo-los como se fizesse parte do corre-corre do quotidiano. Existe uma ruptura fenomenológica entre a representação social por um lado e o que é vivido por outro. Ao dar ao envelhecimento fronteiras que pertencem de facto à velhice (entenda-se estado) a nossa cultura contribuiu para uma dupla confusão: Primeiramente, uma assimilação do processo em estado, segundo, uma percepção do envelhecimento como um fenómeno patológico onde a senilidade será o termo final. Na representação actual, quanto mais velhos vivemos, menor a probabilidade de escapar à senilidade (associação velhice/doença). O envelhecimento deverá situar-se tendo em conta a história do sujeito, onde o seu desenvolvimento não cessa que com o fim da vida. Tal como Paúl (1997) nos diz: *“Não há futuro sem os nossos idosos, se eles não nos legam actualmente o saber, legam-nos seguramente o afecto e nós projectamo-nos em cada ruga deles, como que ao espelho, somos nós próprios e é toda a nossa cultura que olhámos.”*

Com esta última ideia, queria apenas deixar uma mensagem que foi transmitida por Stuart-Hamilton (2002, pp. 194) no seu livro *A psicologia do envelhecimento*:

“... Uma boa velhice é uma recompensa, não um direito automático. Só chegaremos a ela encarando-a com a mente clara e aberta à perspectiva de envelhecer. (...) Para aqueles que não se deixaram tocar por esse argumento e ainda insistem em estereotipar as pessoas mais velhas como um grupo homogéneo e inferior, resta um pensamento final. Todas as pessoas mais velhas são sobreviventes: esse é um prémio que nem todos os seus detractores mais jovens viverão o suficiente para receber.”

Referências:

- Amado, N. M. (2009). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Antonucci, T. C., Akiyama, H., & Lansford J. E. (1998). Negative effects of close social relationships. *Family Relations*, 47, 379-384.
- Aquino, J. A., Russell, D. W., Cutrona, C. E., & Altmaier, E. M. (1996). Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology*, 43, vol.4, 480-489.
- Baker, L. A., Cahalin, L. P., Gerst, K., & Burr, J. A. (2005). Productive activities and subjective well-being among older adults: The influence of number of activities and time commitment. *Social Indicators Research*, 73, 431-458.
- Berryman, J., Hargreaves, D., Herbert, M., & Taylor, A. (2002). *Psicologia do Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Brandtstader, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58-67.
- Brown, C., Lowis, M. J. (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erickson's ninth stage. *Journal of Aging Studies*, 17, 415-426.
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14(4), 320-327.
- Camarano, A. A. (2002). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development*. New York: Oxford University.

- Dykstra, P.A. e Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspective. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1-12.
- Fast, J., Keating, N., Otfinowski, P., & Derksen, L. (2004). Characteristics of family/friend care networks of frail seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23,(1), 5-19.
- Fischer, C. S. e Phillips, S. L. (1982). Who is alone? Social characteristics of people with small networks. In L. A. Peplau e D. Perlman. (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp.21 – 39). New York: John Wiley & Sons.
- Foa, U. G. (1971). Interpersonal and economic resources. *Science*, 171, 345-351.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Haines, V. A. & Hurlbert, J. S. (1992). Network Range and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 254-266.
- Hawkey, L.C., Masi, C.M., Berry, J.D. e Cacioppo, J.T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging*, 21, 152-164.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241.
- In Conservar-se em Forma na Idade Avançada (2000). *Auto cuidados na Saúde e na Doença, Guia para as pessoas idosas* (3ªed.), 1, Lisboa: Direcção-geral de Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 187-207.
- Instituto Nacional de Estatística (2007a). *Estatísticas demográficas 2005*. Portugal: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2007b). *Revista de estudos demográficos*, 40. Portugal: INE.
- Israel, B. A. & Antonucci, T. C.(1987). Social network characteristics and psychological well-being: A replication and extension. *Health Education Quarterly*, 14, (4), 461-481.

- Jong-Gierveld, J. e Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. In L. A. Peplau, D. Perlman (Ed.s), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp.105–119).New York: John Wiley & Sons.
- Krause, N. (2005). Exploring age differences in the stress-buffering function of social support. *Psychology and Aging, 20*, 714–717.
- Kossuth, P. M., & Bengtson, V. L. (1988). Sociological theories of aging: Current perspectives and future directions. In J. E. Birren, & V. L. Bengtson (Eds.), *Emergent Theories of Aging* (pp. 333-355). New York: Springer Publishing Company.
- La Gaipa, J. J. (1982). Social networks and social support. *Canadian Psychology, 23*(3), 213-214.
- Lang, F. R. & Baltes, M. M. (1997). Being with people and being alone in later life: costs and benefits for everyday functioning.” *International Journal of Behavioral Development, 21*(4), 729-746.
- Li, W. L., Liang, J. (2007). Social exchanges and subjective well-being among older chinese: Does age make a difference?. *Psychology and Aging, 22*(2), 386–391.
- Liang, J., Krause, N. M., & Bennett, J. M. (2001). Social Exchange and Well-Being: Is giving better than receiving?. *Psychology and Aging, 16*(3), 511-523.
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and well-being in later-life: what really matters? *Ageing and Society, 26*, 225-242.
- Mauritti, R. (2004, Maio). *Contextos e tendências da vivência a só em Portugal*. Actas do V Congresso Português de Sociologia. Braga: Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção.
- Mendes, J.C. (1978). *As Origens do Homem. Bases Anatómicas da Hominização*. Lisboa: F. Calouste Gulbenkian.
- Nazareth, J. M. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatrics, 7*(64),5-17.
- Newson, J. T., Nishishiba, M., & Morgan, D. L. (2003). The relative importance of three domains of positive and negative social exchanges: A longitudinal model with comparable measures. *Psychology and Aging, 18*(4), 746–754.

- Nezlek, J. B., Richardson, D. S., Green, L. R. & Schatten-Jones, E. C. (2002). Psychological well-being and day-to-day social interaction among older adults. *Personal Relationships*, 9(1), 57-71.
- Organização Pan-Americana de Saúde (2003). Guia clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ªed. Washington: OPAS.
- Papalia, D., & Olds, S. (1995). *Human development* (6th ed.). New York: McGraw Hill.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15, 187–224.
- Rossel, N. Y. (2004). Hipotesis psicologicas, biológicas y sociológicas. En N. Y. Rossel, R. R. Herrera, & M. A. Rico (Eds.), *Introducción a la psicogerontologia* (pp. 47-88). Madrid: Pirâmide.
- Russell, D.W., Cutrona, C.E., Rose, J. e Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness; An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1313–1321.
- Russell, D.W., Peplau, L.A. e Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472–480.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Revision Psychology*, 52, 141-166.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. R. (2001). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. In B. R. Sarason & S.W. Duck (Eds.), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (pp. 15–43). New York: Wiley.
- Siu, O., Phillips, D. R. (2002). A study of family support, friendship and psychological well-being among older woman in Hong Kong. *International Journal of Aging & Human Development*, 55(4), 299-320.

- Steverink, N., Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging?. *Psychology and Aging, 21*(2), 281–290.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A meta-theoretical re-formulation of the Disengagement Theory. *Aging, 1*, 55–63.
- Tornstam, L. (1992). The quo vadis of gerontology: On the gerontological research paradigm. *The Gerontologist, 3*, 318–326.
- Tornstam, L. (1996). Caring for the elderly: Introducing the theory of gero-transcendence as a supplementary frame of reference for caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 10*, 144-150.
- Wang, C., Iwaya, T., Kumano, H., Suzukamo, Y., Tobimatsu, Y., & Fukudo, S. (2002). Relationship of health status and social support to the life satisfaction of older adults. *Tohoku University Medical Press, 198*, 141-149.
- Weiss, R.S. (1982). Issues in the study of loneliness. In L. A. Peplau e D. Perlman, (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp.71- 80). New York: John Wiley & Sons.
- Wheeler, L., Reis, H. e Nezlek, J. (1983). Loneliness, social interaction, and sex roles. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 943-953.
- Wills, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 61-82). Orlando, FL: Academic Press.
- Wilson, R.S., Beckett, L.A., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bach, J., Evans, D.A., & Bennet, D. A. (2002). Individual differences in rates of change in cognitive abilities of older persons. *Psychology and Aging, 17*, 179-193.
- Wiltmoth, J. (2002). Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias, 7*, 136-155.
- Yeung, G. T. Y., Fung, H. H. (2007). Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese. *European Journal Ageing, 4*, 219–227.