

DM
XAVI

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

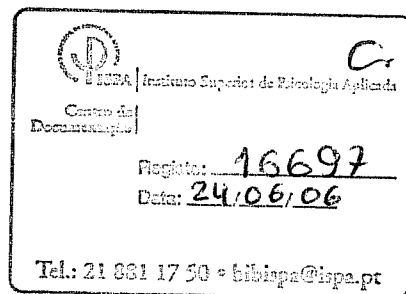
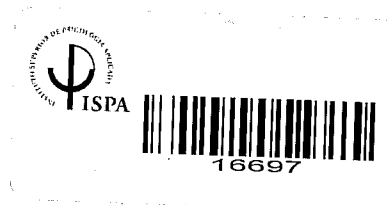
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

EDIÇÃO 2002 -- 2004

Patrícia Maria Candeias Xavier

UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO:
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E AUTONOMIA FUNCIONAL
EM IDOSOS COM APOIO FORMAL

DH
XAVI 1



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde, em conformidade com o disposto na Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro e em cumprimento da alínea “b” do n.º 2 do art.º 5º do Dec.- Lei n.º 216/92, de 13 de Outubro.

Ao Guilherme

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Pereira Leal e ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro pela mestria com que dirigiram este Mestrado e nos orientaram;

Às pessoas idosas que participaram neste estudo, sem as quais não teria sido possível a sua realização;

Aos colegas e amigos de mestrado com quem se partilharam as ansiedades e descobertas da elaboração deste trabalho;

Aos amigos que me incentivaram e não me deixaram desistir;

Aos meus pais e ao Hugo por estarem sempre a meu lado.

RESUMO

O envelhecimento pode ser encarado, do ponto de vista bio-psico-social, como um fenómeno dissociativo em que existem domínios que resistem à idade, enquanto outros declinam. As respostas de apoio formal existentes, nomeadamente o Apoio Domiciliário, o Centro de Dia e o Lar de Idosos, procuram minimizar os diferentes processos dissociativos com vista à melhoria da qualidade de vida e ao incremento do bem-estar subjectivo dos utentes. No presente estudo, de carácter exploratório, pretende-se avaliar os níveis de bem-estar das pessoas idosas, relacionando-os com a sua autonomia funcional, em contextos diferenciados, designadamente os apoios formais enunciados. Interessa-nos ainda perceber se existem relações directas entre as variáveis em estudo e como se comportam em função da diferenciação da idade, concretamente a 3ª e a 4ª Idades. A amostra é constituída por 336 indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos, do distrito de Setúbal, utentes de diversas valências de apoio à terceira idade em Instituições Particulares de Solidariedade Social. Os instrumentos utilizados são uma entrevista de caracterização de factores sócio-demográficos, psicossociais e ambientais, a Escala de Ânimo de Lawton e a escala EASYcare. Os resultados revelam-nos a existência de relações de interdependência entre domínios das escalas aplicadas. Existem ainda indícios de diferenças significativas no que respeita à autonomia funcional quando comparados os grupos em função do apoio formal e da idade. Dos domínios de bem-estar, apenas a avaliação do ciclo de vida parece sofrer alterações consoante o apoio formal prestado. O bem-estar psicológico não é influenciado pela idade.

ABSTRACT

Aging can be considered from the bio-psycho-social point of view, as a dissociation phenomenon where some domains resist to old age while others decline. The existing actions from social support, namely home help, day care and nursing home, try to minimize the different dissociation processes regarding the improvement of life quality and the increase of subjective well-being of the users. In the present study with exploratory character, there is the pretension to evaluate the levels of well-being in older people relating them with their functional autonomy in distinguished contexts, namely the announced social supports. It's important to understand if exists direct relations between the variables at study and the way they behave toward the age differentiation, objectively old and very old people. The sample is composed of 336 individuals with ages that vary between 65 and 100 years, from Setúbal district, users of several types of support to third age in private institutions for social support. The instruments used are an interview of characterization of social-demographic factors, psycho-socials and environmentals, the Philadelphia Geriatric Centre Morale scale and the EASYcare scale. The results reveal the existence of interdependence relations between domains of the applied scales. Also exists signs of significant differences regarding functional autonomy when compared with groups in function of social support and age. From the domains of well-being, only the evaluation of the life cycle seems to suffer changes according to the social support given. Psychological well-being is not influenced by age.

ÍNDICE

RESUMO.....	1
ÍNDICE.....	2
ÍNDICE DE FIGURAS	4
ÍNDICE DE QUADROS	5
INTRODUÇÃO.....	8
CONCEPÇÕES DO ENVELHECIMENTO.....	10
Envelhecimento e Adaptabilidade.....	13
Bem-Estar e Satisfação de Vida.....	18
AUTONOMIA FUNCIONAL DO IDOSO.....	22
Autonomia versus Dependência	25
REDES SOCIAIS DE APOIO A IDOSOS	29
ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO	39
METODOLOGIA.....	47
Desenho	47
Participantes.....	48
Caracterização da Amostra	49
Material.....	56
Procedimento	62
ANÁLISE DE RESULTADOS.....	67
Análise Correlacional	70
Análise Comparativa com Base no Apoio Formal	73
Análise Comparativa com Base na Idade	90
DISCUSSÃO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS	
Anexo I – Entrevista de caracterização de factores sócio-demográficos, psicossociais e ambientais	
Anexo II – Escala de Ânimo de Lawton	
Anexo III - EASYcare	
Anexo IV – Cotação Lawton	

Anexo V – Cotação EASYcare

Anexo VI – Consentimento Informado

Anexo VII – Alpha de Crohnbach Lawton

Anexo VIII – Análise de Componentes Principais Lawton

Anexo IX – Alpha de Crohnbach EASYcare

Anexo X – Análise de Componentes Principais EASYcare

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Stress e Redes Sociais de Apoio.....	18
Figura 2. Envelhecimento Funcional.....	24
Figura 3. Modelo do Controlo Pessoal.....	40
Figura 4. Modelo de Relação entre Doença e Envelhecimento Bem Sucedido	45

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição Geográfica dos Participantes.....	49
Quadro 2. Distribuição dos Participantes de Acordo com o Género	50
Quadro 3. Distribuição dos Participantes de acordo com o Estado Civil	51
Quadro 4. Distribuição dos Participantes de acordo com a Escolaridade	51
Quadro 5. Distribuição dos Participantes de Acordo com a Profissão Exercida.....	52
Quadro 6. Distribuição dos Participantes de Acordo com a Habitação Actual	52
Quadro 7. Distribuição dos Participantes de Acordo com a Situação Económica	53
Quadro 8. Distribuição dos Participantes de acordo com a Existência de Filhos.....	53
Quadro 9. Média de N.º de Filhos por Idoso	54
Quadro 10. Distribuição dos Participantes de acordo com a Residência dos Filhos .	54
Quadro 11. Distribuição dos Participantes de acordo com o Contacto Familiar.....	54
Quadro 12. Distribuição dos Participantes de acordo com o Convívio Social	55
Quadro 13. Distribuição dos Participantes de acordo com a Actividade Diária.....	55
Quadro 14. Distribuição dos Participantes de acordo com a Razão da Solicitação do Apoio	56
Quadro 15. Análise de Correlações de Spearman Lawton / EASYcare	70
Quadro 16. Análise de Correlações de Spearman Lawton / EASYcare original.....	72
Quadro 17. Distribuição dos Participantes de acordo com o Apoio Formal Prestado	74
Quadro 18. Média de Idades em função do Apoio Formal.....	74
Quadro 19. Classificação Etária dos Idosos em função do Apoio Formal	75
Quadro 20. Distribuição dos Participantes de acordo com o Género em função do Apoio Formal	76
Quadro 21. Distribuição dos Participantes de acordo com o Estado Civil em função do Apoio Formal.....	76
Quadro 22. Distribuição dos Participantes de acordo com o Nível de Escolaridade em função do Apoio Formal	77
Quadro 23. Distribuição dos Participantes de acordo com a Profissão em função do Apoio Formal.....	79
Quadro 24. Distribuição dos Participantes de acordo com a Habitação Actual em função do Apoio Formal	79

Quadro 25. Distribuição dos Participantes de acordo com a Situação Económica em função do Apoio Formal	80
Quadro 26. Distribuição dos Participantes de acordo com Caracterização da Descendência em função do Apoio Formal.....	81
Quadro 27. Média de Filhos por Participante em função do Apoio Formal.....	81
Quadro 28. Distribuição dos Participantes de acordo com a Residência dos Filhos em função do Apoio Formal	82
Quadro 29. Distribuição dos Participantes de acordo com o Contacto Familiar em função do Apoio Formal	83
Quadro 30. Distribuição dos Participantes de acordo com o Convívio Social em função do Apoio Formal	84
Quadro 31. Distribuição dos Participantes de acordo com a Actividade Diária em função do Apoio Formal	84
Quadro 32. Distribuição dos Participantes de acordo com a Razão da Solicitação do Apoio em função do Apoio Formal	85
Quadro 33. Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Apoio Prestado para as Escalas Lawton / EASYcare	86
Quadro 34. Posições Médias Estatisticamente Significativas do Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Apoio Prestado para as Escalas Lawton / EASYcare ..	87
Quadro 35. Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Apoio Prestado para as Escalas Lawton / EASYcare Original.....	89
Quadro 36. Posições Médias Estatisticamente Significativas do Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Apoio Prestado para as Escalas Lawton / EASYcare Original	90
Quadro 37. Média de Idades em função da Classificação Etária dos Idosos.....	91
Quadro 38. Distribuição dos Participantes de acordo com o Género em função da Classificação Etária.....	91
Quadro 39. Distribuição dos Participantes de acordo com o Estado Civil em função da Classificação Etária.....	92
Quadro 40. Distribuição dos Participantes de acordo com o Nível de Escolaridade em função da Classificação Etária.....	93
Quadro 41. Distribuição dos Participantes de acordo com a Profissão em função da Classificação Etária.....	94

Quadro 42. Distribuição dos Participantes de acordo com a Habitação Actual em função da Classificação Etária.....	94
Quadro 43. Distribuição dos Participantes de acordo com a Situação Económica em função da Classificação Etária.....	95
Quadro 44. Distribuição dos Participantes de acordo com a Existência de Filhos em função da Classificação Etária.....	95
Quadro 45. Média do N.º de Filhos por Idoso em função da Classificação Etária....	96
Quadro 46. Distribuição dos Participantes de acordo com a Residência dos Filhos em função da Classificação Etária.....	96
Quadro 47. Distribuição dos Participantes de acordo com o Contacto Familiar em função da Classificação Etária.....	97
Quadro 48. Distribuição dos Participantes de acordo com o Convívio Social em função da Classificação Etária.....	98
Quadro 49. Distribuição dos Participantes de acordo com a Actividade Diária em função da Classificação Etária.....	98
Quadro 50. Distribuição dos Participantes de acordo com o Apoio Prestado em função da Classificação Etária.....	99
Quadro 51. Distribuição dos Participantes de acordo com a Razão da Solicitação de Apoio em função da Classificação Etária.....	100
Quadro 52. Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Idade para as Escalas Lawton / EASYcare.....	101
Quadro 53. Médias Estatisticamente Significativas do Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Idade para as Escalas Lawton / EASYcare.....	101
Quadro 54. Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Idade para as Escalas Lawton / EASYcare Original.....	102
Quadro 55. Médias Estatisticamente Significativas do Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Idade para as Escalas Lawton / EASYcare Original.....	103

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano acompanha todo um processo evolutivo individual que, inserido no contexto sócio-familiar, traduz o progresso de medidas protectoras que visam o aumento da esperança de vida. (Netto & Ponte, 2000).

Em 1900 menos de 1% da população tinha mais de 65 anos de idade. Actualmente a mesma aumentou para os 6,2%, acreditando-se que no ano 2050, os idosos sejam um quinto da população mundial (Netto & Ponte, 2000). Em Portugal, a população idosa já atingiu os 16,44%, assistindo-se ao rápido e inegável envelhecimento populacional (INE, 2002).

Com o aumento do número de pessoas idosas, e o incremento da vida activa sócio-familiar, surgiu a necessidade da criação de serviços de apoio formal.

Quando se fala de Instituições para idosos associamos, quase de imediato, a um asilo, com características sombrias, onde os idosos permanecem em estado de semitorpor, como se aguardassem o anúncio da sua morte (Born, 2000; Zimmerman, 2000). Esta imagem remete-nos para os “lares de doentes”, propícios à massificação de cuidados (Carapinheiro, 1993), ao invés dos actuais “lares de idosos” onde se procura a individualização de cuidados salutogénicos que visam a promoção da autonomia e qualidade de vida do idoso (Carletti & Rejani, 2000; Joyce, O’Boyle & McGee, 1999; Twycross, 2001; Waldran et al., 1999).

Com base nestes objectivos, procurou-se prolongar os cuidados à rede social envolvente, aliviando os “síndromes familiares” capazes de dificultar a prevenção terciária pretendida (Merimsky, 1997; Paúl, 1997). Assim, surgem de forma cada vez

mais frequente outros recursos sociais de apoio a idosos, com o são os serviços de Centro de Dia e de Apoio Domiciliário.

Neste contexto parece-nos pertinente estudar a problemática do bem-estar de pessoas idosas em função do seu grau de autonomia, no contexto social em que se inserem, nomeadamente quando existe a necessidade de recorrer ao apoio formal.

Assim, num primeiro momento, propomos uma revisão de literatura alusiva às concepções do envelhecimento, considerando as necessidades adaptativas necessárias a esta nova realidade, com vista à obtenção de bem-estar e satisfação de vida. Abordamos ainda as temáticas da autonomia funcional e das redes sociais de apoio a idosos, visando o objectivo último de alcançar o envelhecimento bem sucedido.

Após a apresentação da estrutura metodológica de suporte a este trabalho, realizou-se a análise dos resultados, seguida da sua discussão.

CONCEPÇÕES DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento não deve ser pensado como o período de tempo que medeia o fim da vida activa, com a atribuição da reforma, e o momento em que a vida se extingue. O modo como envelhecemos está relacionado com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece (Birren & Cunningham, 1985), pelo que podemos dizer que o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento.

Birren e Cunningham (1985) sugerem uma classificação dual da senescência, polarizando-a entre o envelhecimento normal, ou primário, que não implica a ocorrência de doença, e o envelhecimento patológico, ou secundário, que é aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte.

Nesta linha de pensamento, o objectivo de intervenção terá necessariamente de ser, para além de alongar a esperança de vida, fazer com que o envelhecimento normal se torne a regra e não a excepção. Trata-se no fundo de fazer aproximar a curva da morbilidade da curva de mortalidade, ou seja, procurar que os indivíduos vivam mais, mas vivam saudáveis.

O envelhecimento normal, enquadrado no Modelo Biomédico, baseia-se numa perspectiva individualista, sem ter em consideração factores sociais e ambientais mais abrangentes. Assim, resolve situações críticas que surgem na vida dos indivíduos de forma linear, quer seja através de medicamentos, ou através da institucionalização, que com frequência é decidida numa relação desigual entre o idoso, ou a sua família, e o médico (Paúl & Fonseca, 2001).

Equiparando o envelhecimento à doença, o Modelo Biomédico encaminhou a sociedade a pensá-lo como anormal e patológico. Desta forma, a indesejabilidade da doença molda as atitudes dos indivíduos em relação a si próprios e dos outros em relação a si, conduzindo a comportamentos de afastamento, redução da actividade e aumento da dependência, falta de eficácia e controlo e no domínio social dos idosos através da medicina (Estes & Binney, 1989).

Não obstante o valor do contributo da medicina para o incremento da saúde e do bem-estar em idosos, o controlo por esta exercido sobre todos os aspectos da vida, não tem permitido à sociedade colocar-se questões por forma a compreender e resolver problemas complexos relacionados com a terceira idade, de forma inovadora e ajustada às necessidades dos idosos e respectivas famílias (Paúl & Fonseca, 2001).

Outro ponto de vista é o de Lima e Viegas (1988) que consideram o envelhecimento um processo que deve ser encarado de acordo com a forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida, enquanto construção social inscrita numa dada conjectura histórica.

Nas sociedades actuais deparamo-nos com um paradoxo básico acerca da velhice, uma vez que se considera que as pessoas idosas já contribuíram para o desenvolvimento da sociedade. Neste sentido seria de esperar que, após a reforma estas pessoas fossem livres de regular a sua vida de acordo com a sua vontade. No entanto, assim não acontece, pois o desenvolvimento do trabalho assalariado veio retirar à família a sua função educativa e de apoio social, passando esta responsabilidade a ser de índole pública, aumentando em larga escala a institucionalização dos idosos como forma de os reintegrar na sociedade. O idoso passa portanto a ser institucionalizado e a velhice a ser encarada como uma doença social (Lima & Viegas, 1988).

Do ponto de vista biopsicossocial, podemos encarar o envelhecimento como um fenómeno dissociativo, em que existem domínios que resistem à idade, enquanto outros declinam (Fontaine, 2000). Schroots e Birren (1980) consideram que o processo de envelhecimento apresenta três componentes:

- Biológica, em que existe um declínio involutivo em função da idade (senescência), fazendo com que o indivíduo apresente uma vulnerabilidade crescente, aumentando a probabilidade de morte;
- Psicológica, que é definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência;
- Social, relacionada com os papéis sociais definidos pelas expectativas da sociedade como apropriados a este nível etário.

Nesta perspectiva podemos considerar a existência de condições que se reúnem em proporções variáveis, de acordo com as diferentes influências de desenvolvimento que os indivíduos sofreram durante a vida. Segundo Baltes (1987) estas influências podem ser agrupadas em três factores: grupo etário, período histórico, história pessoal.

Podemos referir que as influências ligadas ao grupo etário são o conjunto das determinantes biológicas e ambientais, fortemente correlacionadas com a idade cronológica, susceptíveis de predição e comuns a todos os indivíduos. Por outro lado, o período histórico parece estar associado à cadeia geracional mediante diferentes factos históricos. No que respeita às influências oriundas da história pessoal, estas permanecem num padrão individualizado, uma vez que estão ligadas a acontecimentos autobiográficos. Desta forma, o envelhecimento surge como um processo de individualização e personalização.

Envelhecimento e Adaptabilidade

O Envelhecimento, enquanto parte integrante do ciclo de vida dos indivíduos, invoca necessidades de adaptação a novas situações de vida, tanto do ponto de vista físico, como psicológico ou social.

A noção de adaptação está inequivocamente ligada às noções de stress, de mecanismos de confronto e de bem-estar, em que o resultado da adaptação é a preservação da saúde física e do bem-estar psicológico dos indivíduos (Paúl, 1996).

Na tentativa de explicar a noção de adaptação na terceira idade, surgem alguns modelos, dos quais se realçam os seguidamente descritos.

O Modelo dos Acontecimentos de Vida parte da noção de que o estado normal do indivíduo é de homeostase e que os acontecimentos de vida, que requerem mudanças, correspondem a crises que exigem energia para restabelecer o equilíbrio. O stress surge como mediador entre o acontecimento e a adaptação. A resposta da pessoa é considerada no conjunto dos seus recursos (reservas e ajudas de que o indivíduo dispõe e a que recorre quando necessita), aquando da sua ocorrência. Os traços de personalidade e as estratégias de confronto facilitam a prevenção, a superação e a resposta aos acontecimentos que causam stress.

O Modelo de Avaliação Cognitiva introduz o papel da subjectividade no processo de adaptação (Lazarus, 1966). O stress surge não como o mediador entre o acontecimento e a reacção, mas como resultado do acontecimento e simultaneamente o desencadeador de reacções subsequentes e ainda o resultado dessas reacções. O indivíduo faz uma avaliação cognitiva do ambiente que determina a sua reacção emotiva. Essa reacção corresponde ao significado que o acontecimento tem para o bem-estar e é feita em função das crenças, objectivos e valores de cada um. Há uma

primeira avaliação do acontecimento como sendo irrelevante, benigno, positivo ou causador de stress.

O Modelo de Bem-Estar Subjectivo visa essencialmente explicar o resultado das estratégias de confronto na adaptação. Começa por considerar que a adaptação se reflecte na satisfação que surge da avaliação individual dos recursos pessoais e sociais. Essa avaliação subjectiva do eu e do ambiente inclui, quer elementos afectivos, quer cognitivos, centrando a sua atenção na qualidade de vida percebida. Os mecanismos de adaptação baseiam-se essencialmente nos níveis de aspiração (Campbell, Converse & Rogers, 1976), que determinam em que medida os aspectos da vida são percebidos como positivos ou negativos, permitindo a existência de discrepâncias como a constatação de que os idosos mostram menores índices de felicidade considerando-se mais satisfeitos com a vida, situação oposta à que se observa com adultos jovens (Whitbourne, 1985).

Numa perspectiva mais abrangente, surge o Modelo do Curso de Vida que considera o processo de adaptação activo, envolvendo a reestruturação da identidade, em resposta às necessidades reais de desenvolvimento da mudança, com vista a atingir um maior nível de congruência (Whitbourne, 1985). A questão não é unicamente a preservação da auto-estima, mas também a necessidade de resolver os problemas do quotidiano e de sentir que se foi capaz de os resolver. O processo de adaptação é considerado não só do ponto de vista emocional, mas também implicado num desenvolvimento da identidade.

No Modelo do Curso de Vida os acontecimentos considerados não são unicamente os que exigem grandes mudanças, mas também os problemas do dia-a-dia, quer seja de forma isolada ou com efeito cumulativo. É um modelo claramente transaccional de adaptação entre o passado, o presente e o futuro, tendo em conta a

avaliação cognitiva e também o bem-estar subjectivo, numa contínua transacção entre o indivíduo e o meio em que este tem um papel activo na estruturação do desenvolvimento (Paúl, 1996).

Caspi e Elder (1986) adoptam a perspectiva do ciclo de vida ao considerarem que o envelhecimento bem sucedido se exprime pela satisfação de vida, reflectindo esta a vida passada da pessoa. Assim sendo, a satisfação de vida diz respeito à avaliação do conjunto de condições de vida de cada um, sendo esta o resultado da comparação entre as aspirações e os feitos e a evolução no sentido dos objectivos de vida, visando o balanço obtido entre o indivíduo e a sociedade. A avaliação de vida feita pela pessoa idosa é, desta forma, regulada pelas suas experiências passadas que aumentam ou reduzem o efeito do stress.

Em consequência da revolução industrial, a vida tornou-se predominantemente urbana, desenvolvendo-se num contexto físico e social muito exigente ou mesmo agressivo, sendo objecto de estudo ao nível das repercussões sobre a saúde e o bem-estar dos indivíduos. A banalização do stress como principal efeito negativo deste estilo de vida é disto mesmo um bom exemplo.

O stress começou por ser um conceito estritamente biológico, mas foi adoptado pelas ciências sociais e humanas ligado ao mal-estar provocado pelo quotidiano. Assim, o stress que visamos é o stress psicológico e social experienciado de forma automatizada, com inegáveis repercussões na saúde física e mental dos indivíduos (Paúl & Fonseca, 2001).

O actual estilo de vida nos países desenvolvidos surge como um dos factores responsáveis pelo aumento das doenças crónicas e, conseqüentemente pela diminuição da qualidade de vida.

De acordo com o modelo biopsicossocial, Green e Shellenberger (1991) colocam em evidência a dinâmica da saúde e do bem-estar enquanto ausência de doença e de parâmetros de risco, manutenção de um estilo de vida saudável, definição de objectivos de vida, capacidade de adaptação e disponibilidade para assumir responsabilidades sociais.

O conceito de stress pressupõe a existência de reacções emocionais e cognitivas às ameaças e desafios inerentes ao quotidiano e aos acontecimentos de vida. Esta perspectiva prevê a existência de estímulos internos ou externos susceptíveis de serem sujeitos a uma avaliação individual que gera um determinado nível de stress num indivíduo concreto (Paúl & Fonseca, 2001).

O stress verifica-se quando existe um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo. Este varia com as condições ambientais e físicas, com o estado psicológico da pessoa e com interpretações e percepções individuais de situações concretas.

Qualquer acontecimento pode ser stressante, tudo depende da forma como nos adaptamos a ele. As três teorias gerais que o definem são:

- *A Fisiológica*, que define o stress como uma resposta não específica do organismo a exigências de adaptação diversas, cujos agentes são distintos dos indivíduos que os experimentam ou das circunstâncias que os rodeiam (Seyle, 1956);
- *A Psicológica*, que considera dever ter-se em consideração os factores cognitivos que levam à interpretação da ameaça externa e, para que um dado agente de stress seja considerado de natureza psicológica, é preciso que esta interpretação permita reconhecer se a situação é agradável ou lesiva para o bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984);

- *A Ambiental*, que prevê que o indivíduo avalie as ameaças potenciais e determine em que medida o ambiente é sentido como um agente de stress que afecta a sua saúde e o seu bem-estar (Evans & Cohen, 1987).

Uma das abordagens actuais mais frequentes do stress e da sua relação com a saúde mental e física faz-se através do estudo dos acontecimentos de vida ocorridos no passado (Paúl, 1997). De acordo com Gottlieb (1981), os pressupostos do modelo dos acontecimentos de vida podem resumir-se da seguinte forma:

- A mudança é uma propriedade crítica dos acontecimentos de vida, que define o seu carácter de stress;
- Um dado acontecimento de vida requer um grau de ajustamento que varia de acordo com cada indivíduo;
- Os diferentes tipos de acontecimentos podem ser agrupados de acordo com o ajustamento que exigem;
- Os níveis normativos de ajustamento que são exigidos a um indivíduo podem ser substituídos por medidas de ajustamento de base individual.

A análise contextual dos acontecimentos de vida e do stress potencial que possam originar, considera que tais eventos estão integrados num contexto temporal, psicológico e social que caracteriza o seu significado, determinando desta forma a capacidade do indivíduo para lidar com esse contexto. O stress refere-se então a acontecimentos que conduzem a alterações nas actividades usuais das pessoas e cujo poder é subjectivo.

De acordo com Eckenrode e Gore, (1981) os acontecimentos de vida são avaliados no contexto da complexidade individual e das condições de vida presentes. Embora a sua ocorrência nem sempre seja casual, muitas vezes são originados por condições precárias de saúde física ou mental, preexistentes.

Os sistemas ou redes de apoio são recursos sociais e contextuais que permitem que se lide com êxito com os acontecimentos de vida susceptíveis de provocar stress e com as perturbações a eles associadas (Eckenrode & Gore, 1981), numa relação de interdependência.

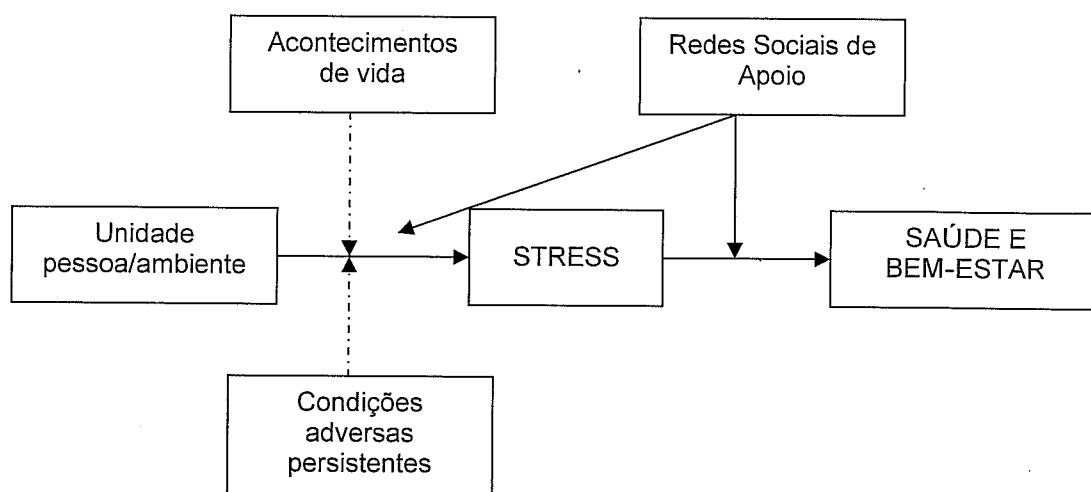


Figura 1. Stress e Redes Sociais de Apoio
(Adaptado de Paul & Fonseca, 2001)

A relação entre o stress e os sistemas de apoio, parte do princípio que o estudo das redes sociais é uma forma privilegiada de compreender as fontes de perturbação e o papel do apoio social sugerindo que este último possa actuar quer como variável atenuante, quer como variável preventiva do stress (Eckenrode & Gore, 1981).

Bem-Estar e Satisfação de Vida

De facto, se a saúde física não é por si só, condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento físico e psicológico e quebra no bem-estar através de interacções complexas, directas e indirectas, com outros factores da qualidade de

vida. Ainda assim, a saúde surge como uma das variáveis determinantes da satisfação de vida (Willits & Crider, 1988).

Hilleras, Agüero-Torres e Winblad (2001) verificaram a existência de evidências de que a saúde subjectiva está fortemente relacionada com o bem-estar, sugerindo mesmo que a satisfação de vida diminui na terceira idade, sendo os preditores mais significantes desse declínio a saúde e as actividades de vida diária. Os mesmos autores referem também que a participação activa em actividades de lazer com familiares e amigos permite que os indivíduos se sintam de bom humor.

No entanto, para os idosos, o contacto com os seus familiares tem maior relevância que o contacto social generalizado (Antonucci, 1990; Diener, Such, Lucas & Smith, 1999; Freund & Smith, 1999; Headey & Wearing, 1992; Hilleras, Jorm, Herlitz & Winblad, 1998; Peterson, 1999).

Já outros autores defendem que as interacções sociais com amigos são geralmente associadas ao bem-estar positivo, enquanto que as interacções com os membros da família não estão associadas ao bem-estar psicológico, ou estão de forma negativa (Crohan & Antonucci, 1989; Litwak, 1989; Norris, Stephens & Kinney, 1990).

Não podemos deixar de ter em conta que, para além dos factores sócio-demográficos como a idade, o género, a cultura, a religião, a educação e o estado civil terem influência no bem-estar subjectivo dos idosos (Bowling & Grundy, 1997; Diener & Diener, 1996; Diener, Such, Lucas & Smith, 1999; Furnham & Cheng, 1999; Headey & Wearing, 1992; Hilleras, Agüero-Torres & Winblad, 2001; Hilleras, Jorm, Herlitz & Winblad, 1998; Myers & Diener, 1995; Sirgy, 1998; Such, Diener, Oishi & Triandis, 1998), as diferenças de personalidade estão fortemente

relacionadas com o bem-estar (Erikson, 1982; Hilleras, Agüero-Torres & Winblad, 2001).

Indivíduos extrovertidos e emocionalmente estáveis têm uma maior sensação de bem-estar que indivíduos introvertidos e com maiores níveis de neuroticismo (Diener, Such, Lucas & Smith, 1999; Headey & Wearing, 1992; Hilleras, Jorm, Herlitz & Winblad, 1998). Independentemente das correlações existentes, não devemos deixar de levar em linha de conta que a personalidade do indivíduo tende a estabilizar os níveis de bem-estar ao longo do ciclo de vida (Hilleras, Agüero-Torres & Winblad, 2001).

Tudo indica que o bem-estar está associado a uma maior e mais vasta nomeação de domínios do auto-conceito, como o são os acontecimentos de vida, a história de vida, a integridade física e a capacidade funcional (Baltes & Baltes, 1990; Erikson, 1982; Freund & Smith, 1999).

Na verdade, é difícil para o idoso manter a moral inabalável face às realidades das velhices, onde se fala mais do passado do que do presente e do futuro. Pelo contrário, o bem-estar continua a ser possível, e representa um objectivo a atingir e a manter, uma vez que este é um dos grandes preditores da qualidade de vida percebida. (Mailloux-Poirier, 1995).

Se a qualidade de vida é a percepção, por parte dos indivíduos ou grupos, de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência (Lemos, 2000), não devemos deixar de levar em linha de conta que este é um conceito subjectivo que se baseia em percepções pessoais sobre saúde e bem-estar, sendo de realçar que cada indivíduo

tem uma ideia diferente acerca dos factores que para ela contribuem e lhes atribui importância diferente (Bowling, 1997).

AUTONOMIA FUNCIONAL DO IDOSO

De uma forma geral e ao longo dos anos, o processo de envelhecimento tem sido associado, de forma simplista, à perda de capacidades conducentes à dependência e até mesmo à perda de controlo sobre a própria vida.

Difícilmente falamos de autonomia funcional sem falar saúde, uma vez que, tanto a autonomia, como a independência são indicadores de Saúde e qualidade de vida (Paschoal, 2000).

O conceito de saúde tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, de acordo com o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico (Ribeiro, 1998). Em meados do século XX, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social total e não apenas a ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948).

Posteriormente, a mesma Organização, veio expandir e objectivar o conceito, definindo então saúde como a extensão em que um indivíduo ou grupo é capaz de realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e modificar ou lidar com o meio que o envolve, sendo encarada como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não um objectivo de vida (WHO, 1986).

Nesta linha de pensamento, um indivíduo portador de doença, poderá sentir-se saudável, desde que se sinta capaz de desempenhar funções e actividades, alcançar expectativas e desejos, efectivar projectos mantendo-se activo no seu meio, desempenhando o seu papel social. Desta forma, conseguirá alcançar uma boa qualidade de vida (Paschoal, 2000). Assim, saúde é também a capacidade que um

indivíduo tem para, apesar de portador de doença, continuar a exercer funções no seu meio físico e social, contribuindo desta forma para a sociedade.

De acordo com Ribeiro (1998) estas definições de saúde têm características que devem ser salientadas, nomeadamente:

- A saúde não é apenas a ausência de doença;
- Abrange os domínios mental, social e físico, numa relação sistémica de interdependência;
- Resulta de uma interacção complexa entre aspectos pessoais e ambientais, físicos e sociais;
- Manifesta-se nas áreas do bem-estar e da funcionalidade;
- Define-se através de uma noção de bem-estar resultante de uma opinião pessoal acerca de si próprio.

Com o envelhecimento populacional a que se assiste a nível mundial, e com os avanços da medicina, as doenças crónicas substituíram as doenças infecciosas enquanto causas de morbilidade e mortalidade. Neste quadro de prevalência aumentada de doenças crónicas, o maior objectivo da prática clínica deverá ser então, a manutenção da qualidade de vida do indivíduo (Paschoal, 2000). Neste contexto, parece-nos importante reter que a Saúde, incrementando a longevidade, deve implicar acima de tudo, a melhoria da qualidade de vida (Ribeiro 1998).

É peremptório que as doenças crónicas conduzem a uma maior prevalência de incapacidades. Por outro lado, o processo natural de envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema no nosso organismo – envelhecimento funcional (Paschoal, 2000).

A capacidade funcional dos indivíduos desenvolve-se desde o nascimento até aos 20 ou 30 anos, altura em que atinge o seu auge. A partir daí, com o passar dos

anos, o desempenho funcional dos indivíduos deteriora-se, pouco a pouco, motivado pelo processo natural e fisiológico do envelhecimento. É um processo lento, mas inexorável e universal (Paschoal, 2000). A figura seguinte ilustra como se processa esse declínio decorrente do processo de envelhecimento e da incidência de doenças crónicas.

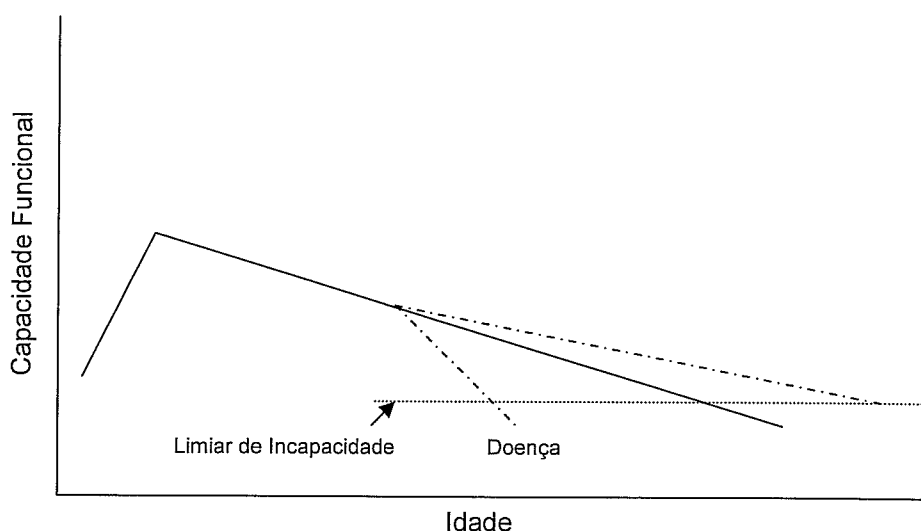


Figura 2. Envelhecimento Funcional
(Adaptado de Netto, 2000)

A trajetória do declínio funcional pode ser mais rápida ou mais lenta, de acordo com uma série de factores como a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente e o contexto socio-económico e cultural (Paschoal, 2000). Quando surge a doença, o que acontece normalmente é o acentuar da incapacidade, acelerando o declínio no sentido da dependência (Fried, 1994).

Pode, no entanto, existir declínio funcional sem se atingir o limiar de incapacidade, factor este indispensável para a manutenção da boa qualidade de vida.

O processo biológico de envelhecimento é contínuo, progressivo e assemelha-se mais a um declive regular que a um degrau de uma escada. São as sociedades

humanas que clivam a vida em pedaços por dificuldade de apreensão dos fenómenos em evolução permanente, não a natureza (Lemos, 2000). No entanto devemos ter em conta que o envelhecimento não é simplesmente um processo físico, mas um estado de ânimo generalizado.

Falar de saúde na velhice implica necessariamente falar de autonomia, ou seja, falar da capacidade que um idoso tem para executar com independência e autodeterminação as suas actividades de vida diária. O conceito básico que fundamenta a estruturação dos serviços de saúde é de que deverá ajudar o idoso a viver em casa, desfrutando de uma boa qualidade de vida.

Uma situação frequentemente observada é a de que idosos portadores de doenças crónicas, se vêm como portadores de boa saúde, porque têm autonomia e podem executar independente e satisfatoriamente as suas actividades do dia-a-dia, mantendo as suas relações e actividades sociais e gozando dos seus plenos direitos e deveres de cidadãos (Paschoal, 2000).

Autonomia versus Dependência

Numa sociedade envelhecida como é a nossa, cada vez mais é importante envelhecer mantendo a autonomia e a independência, diminuindo assim as dificuldades subjacentes, quer para o próprio, quer para a família e sociedade. Este fenómeno é denominado compressão da morbilidade (Paschoal, 2000).

Desta forma, uma velhice com uma vida mais saudável está intimamente ligada à manutenção, ou mesmo restauração da autonomia e independência. Estes são dois bons indicadores de saúde, nomeadamente para a população idosa, em que a

autonomia é definida como a capacidade de decisão sobre a própria vida e a independência a capacidade de auto-realização (Paschoal, 2000; Zimmerman, 2000).

Deste ponto de vista, a dependência está presente ao longo de todo o ciclo de vida, não sendo um atributo da velhice. A criança passa por estágios de dependência. O que a difere do idoso é que a sua dependência é transitória, cedendo lugar à competência, ao passo que nas idades avançadas a dependência amplia-se e multiplica-se e tende a ser permanente e definitiva (Paschoal, 2000).

Segundo Buchner e Wagner (1992) esta situação pode ser devida à interação de três tipos de factores:

- Factores de influência contínua, como doenças crónicas e inactividade;
- Factores agudos, como as doenças agudas e as lesões traumáticas;
- Factores que impedem a recuperação de perdas fisiológicas ocorridas, como a depressão ou a má nutrição.

Devemos ainda realçar que a relação entre doença e incapacidade não é linear. Idosos que padecem do mesmo problema de saúde desenvolvem, por vezes, diferentes formas de realização das suas actividades. Noutras situações, e sem motivo aparente, existem idosos que apresentam um elevado grau de dependência de terceiros. Esta perda de capacidade funcional é um fenómeno frequente denominado excesso de incapacidade (Lemos, 2000), que pode definir-se como sendo um nível de funcionamento do idoso no desempenho das suas actividades quotidianas inferior ao que pode ser explicado pelas suas condições de saúde.

A capacidade funcional de um indivíduo deve ser relacionada com factores físicos e mentais intrínsecos, mas também com factores extrínsecos, de natureza

psicológica, social, económica e ambiental (Botelho, 2000; Lemos 2000) que, por um ou outro motivo, interfiram na função.

Podemos então objectivar o conceito que está intimamente relacionado com a autonomia de execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos (Botelho, 2000; Lemos, 2000). Neste seguimento, a dependência funcional surge como consequência de uma deficiência, incapacidade ou restrição da actividade, constituindo uma desvantagem social (Botelho, 2000) que conduz à necessidade de auxílio de terceiros para a execução de determinadas actividades (Lemos, 2000).

Assim, e de acordo com Lemos (2000), é possível estabelecer níveis de autonomia e dependência, que nos permitem, posteriormente, enquadrar as pessoas idosas de acordo com a sua capacidade funcional:

- *Autónomo*: Idoso que é capaz de realizar, sem apoio de terceira pessoa, os cuidados de necessidade básica, como são a higiene pessoal, a nutrição e a deslocação;
- *Semi-Dependente*: Idoso que necessita de apoio de terceira pessoa numa forma de cuidados básicos, como a higiene pessoal ou a deslocação;
- *Dependente*: Idoso que necessita de apoio de terceira pessoa para a satisfação das necessidades básicas, bem como vigilância periódica no âmbito da saúde;
- *Grande Dependente*: Idoso que necessita de apoio permanente de terceira pessoa para a satisfação das suas necessidades básicas, bem como de cuidados permanentes de saúde.

Nesta linha de pensamento, parece-nos relevante enquadrar os conceitos de autonomia e dependência de forma sucinta. Assim, podemos dizer que uma pessoa é dependente quando apresenta uma perda mais ou menos importante da sua autonomia funcional e necessita de ajuda de terceiros para poder fazer face ao seu quotidiano de vida, vendo diminuída em maior ou menor grau, a sua capacidade para realizar de forma independente as actividades de vida diária (Lemos, 2000).

REDES SOCIAIS DE APOIO A IDOSOS

Com o aumento da esperança de vida devido ao desenvolvimento da medicina, tornou-se imperativo começar a pensar na forma como se iriam encarar esses tempos de “fim de vida” que gradualmente foram sendo mais dilatados.

No entanto, não basta viver mais anos, é necessário atender ao modo como esses anos vão decorrer e como os indivíduos se sentem ao passar por eles.

Nesta perspectiva foi necessário criar e desenvolver um conjunto de serviços de apoio que respondesse às necessidades dos idosos, uma vez que a proporção de pessoas que requer ajuda parcial ou total para desempenhar as suas actividades de vida viária parece ser maior nos grupos etários mais velhos (Ramos, 1987).

Com o aumento exponencial de pessoas idosas, o número de indivíduos que necessitam de cuidados também cresce de forma exorbitante. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América, permitiu prever que o número de pessoas idosas institucionalizadas aumentará de 1.3 para 4.5 milhões em cerca de 75 anos (Manton, 1989).

Com base na noção do crescimento grotesco de necessidade de cuidados, Sin, Beers e Morgenstern (1993) propuseram três abordagens para evitar ou diminuir essa necessidade aumentada de cuidados institucionais de longa duração:

- Aumentar a provisão de cuidados informais na sociedade;
- Aumentar a provisão de cuidados formais não institucionais de longa duração;
- Diminuir o número de pessoas idosas que desenvolvem incapacidades funcionais.

A primeira abordagem é a do cuidado familiar e comunitário, que tem carácter voluntário, afectivo e de solidariedade. No entanto, o seu acesso tenderá a ser limitado, pois as pessoas que providenciam tais cuidados são esposas ou filhas que não trabalham. Morar sozinho, não ter filhos ou não estar casado são factores de risco para a institucionalização de idosos que necessitam de cuidados de longa duração.

A segunda viabiliza-se através de políticas que retardam a institucionalização, tais como o apoio domiciliário, a ajuda doméstica, entre outras. São serviços formais que suplementam ou substituem o cuidado informal. Apesar de serem importantes e fundamentais, a tendência é a de postergação do internamento do idoso.

A última, dirigida para a diminuição de incidência do declínio funcional através da prevenção de doenças, sequelas e complicações, e da promoção e protecção da saúde das futuras coortes de pessoas idosas.

Parece-nos claro que a abordagem dirigida à prevenção primária seria a melhor e mais eficaz a longo prazo. No entanto, não podemos esquecer que o crescimento da população idosa não espera, pelo que, actualmente, a grande incidência de atenção recai sobre as duas primeiras alternativas.

Em Portugal, os idosos constituem um grupo significativo da população (Xavier e Manuel, 2002), pelo que, cada vez mais se torna necessário desenvolver mecanismos, que permitam o equilíbrio da relação envelhecimento / qualidade de vida (Lemos, 2000). É que não basta que se vivam mais anos. É importante que se associe o cada vez maior prolongamento da vida com a qualidade.

É neste contexto que surgem as redes sociais de apoio à terceira idade que, actualmente integram diversos serviços visando um resposta adequada a cada tipo de problemática decorrente do processo de envelhecimento.

As redes sociais de apoio, podem constituir-se formais ou informais, de acordo com a sua origem.

São consideradas redes informais, aquelas que se constituem naturalmente junto do círculo de pessoas chegadas da pessoa idosa e que desenvolvem a acção no sentido da entreatajuda, como são os familiares, amigos e vizinhos (Branch & Jette, 1983; Lemos, 2000).

No presente momento e com as actuais exigências de vida, é extremamente difícil a constituição de redes informais de apoio, uma vez que os principais intervenientes da acção, os filhos, são pessoas de meia idade que têm dificuldade em assumir as suas responsabilidades filiais, pois são por sua vez pais, avós e filhos de pais com doenças crónicas ou com um estado de saúde precário, necessitando de cuidados particulares (Mailloux-Poirier, 1995).

Um olhar atento para Portugal, permite-nos verificar que a constituição familiar sofreu evoluções importantes sendo uma das mais notórias, o decréscimo da sua dimensão, que é, em média de 3,1 pessoas por agregado familiar (Lemos, 2000). Aumentaram pois, as famílias pequenas e diminuiu o número de famílias numerosas.

Ainda assim, em cerca de 30,8% das famílias vivem pessoas idosas, o que reforça a necessidade de uma abordagem abrangente destas situações, já que os familiares, vizinhos e voluntários constituem o grupo mais numeroso e importante de prestadores de cuidados informais aos seus idosos (Lemos, 2000).

Dwyer, Lee e Jankowsky (1994) verificaram mesmo que, quando os idosos vivem com os seus prestadores de cuidados ajudam mais nos afazeres do dia-a-dia do que quando não vivem juntos.

Partilhar a casa com os prestadores de cuidados pode ter um efeito positivo no idoso. Walker, Martin e Jones (1992) concluíram que viver em casa, em detrimento

da instituição, pode providenciar oportunidades aos idosos debilitados de incrementar o seu sentido de competência, contribuindo para as actividades domésticas.

Estudos sobre prestadores de cuidados que incluíram a perspectiva das pessoas idosas evidenciaram que estas estão insatisfeitas com o seu papel de dependentes, referindo que os seus prestadores de cuidados procuram fazer demasiado por elas, chegando a criar situações com base na dependência (Fengler & Goodrich, 1979; Noelker & Poulshock, 1982).

A deficiência e a dependência surgem então, como os principais desafios que se colocam aos doentes idosos e às famílias (Galleno et al., 2001), pois estas não foram treinadas para responder às exigências da situação com que se deparam. Prestam cuidados sem supervisão e apoio, mas partilham com os profissionais enormes responsabilidades (Lage, 2002; Lemos, 2000). O sentimento destes cuidadores é, por vezes, de revolta e depressão, perante os quadros clínicos a que muitas vezes assistem (Brodaty, 1999; Wagner, Logsdon, Pearson & Teri, 1997).

A manutenção do idoso em casa, em detrimento da Institucionalização, tem um ganho significativo do ponto de vista psicológico no desenvolvimento do tratamento da doença crónica e na prevenção, quer da doença, quer da recaída. No entanto, devemos ter em conta que o cuidador informal acarreta a responsabilidade do doente idoso, e está por vezes só, fatigado, desamparado, sem recursos, dando ajuda sem peso nem medida (Cattanach & Tebes, 1991; Cohen et al., 1990). Por estes motivos, o cuidador formal, sem substituir a família, deve dar-lhe suporte, vir em seu socorro, apoiando-a no que necessitar a fim de que possa prosseguir os seus esforços (Styckman & Paré-Morin, 1986).

Ainda assim, a possibilidade dos cuidadores informais repousarem e beneficiarem de uma relação de ajuda deve figurar nos meios que são postos à sua disposição. Quando estão exaustos, deixam de poder fazer face à situação, ou quando a situação de saúde do idoso se deteriora é preciso encarar outras soluções e recorrer à rede de suporte formal (Mailloux-Poirier, 1995).

Estes serviços existem para ajudar a pessoa idosa a conservar a sua autonomia, a sua dignidade e o seu bem-estar, permitindo-lhe viver no seu ambiente natural, próxima da família e dos amigos (Mailloux-Poirier, 1995).

As redes formais são as constituídas através de Organismos Governamentais ou outras Instituições que desenvolvem um apoio específico, sistemático e organizado à população idosa de acordo com as necessidades específicas de cada um (Branch & Jette, 1983).

A pessoa idosa vê-se frequentemente face a problemas com facetas múltiplas, que afectam em graus diversos a sua autonomia funcional e as capacidades do seu meio para os superar. Assim que as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam, e as capacidades do meio diminuem, torna-se necessário encarar a hipótese de recorrer ao apoio formal (Mailloux-Poirier, 1995).

A acção social tem procurado actuar de forma a responder às necessidades sentidas e vividas pela população idosa. O Lar de Idosos foi, durante muito tempo, a única resposta social existente no apoio à terceira idade. Porém como consequência de uma cada vez maior consciencialização por parte da sociedade face aos crescentes problemas dos idosos, foram implementadas medidas no sentido de beneficiar e remodelar estas instituições e desenhar novas respostas, nomeadamente a do acompanhamento do idoso no seu quadro habitual de vida (Lemos, 2000).

Criam-se assim, novas respostas sociais que têm por objectivo a promoção das condições de autonomia e bem-estar, favorecendo a sua permanência no domicílio e no seu meio social e privilegiando a sua inserção social comunitária.

Os *Lares de Idosos* são equipamentos de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia (Lemos, 2000). Constituem uma alternativa para as pessoas mais frágeis e dependentes que, por diversas razões de ordem médica e social, não têm condições de manutenção na sua residência (Brito & Ramos, 2000).

Estes estabelecimentos integram na sua prestação de serviços, para além do alojamento, cuidados de higiene, alimentação, e apoio nas actividades de vida diária, cuidados de saúde, apoio psicossocial, actividades de lazer e serviços religiosos.

De acordo com Brito e Ramos (2000), nos países desenvolvidos estima-se que 5% das pessoas maiores de 65 anos estão institucionalizadas, número este que aumenta nos idosos mais velhos.

Os *Lares de Grandes Dependentes* são equipamentos de alojamento colectivo, e utilização temporária ou permanente, tendo em vista os idosos com grau de dependência acentuado (Lemos, 2000).

As *Residências de Idosos* são equipamentos constituídos por um conjunto de apartamentos, com serviços de utilização comum, para idosos que se bastem a si próprios e que possam cuidar da sua habitação (Lemos, 2000). Os serviços comuns dispõem normalmente de espaços comuns onde é possível o convívio e o desenvolvimento de actividades de lazer.

O *Acolhimento Temporário* visa oferecer um recurso residencial a pessoas e famílias que têm a seu cargo pessoas idosas. Tem por objectivo assegurar a

continuidade desses mesmos cuidados permitindo momentos de descanso aos cuidadores informais (Mailloux-Poirier, 1995).

O Acolhimento Familiar de Idosos é uma medida de política social que consiste em integrar em famílias idóneas, temporária ou permanentemente, pessoas idosas (Brito & Ramos, 2000; Lemos, 2000).

Os Centros de Dia são estruturas abertas à comunidade, onde se presta um conjunto de serviços e se desenvolvem actividades que permitam a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar (Lemos, 2000).

Esta resposta social tem como destinatários pessoas idosas que, por sofrerem de problemas psíquicos, psicológicos e sociais, vêm a sua manutenção no domicílio, comprometida por perda de capacidades funcionais (Mailloux-Poirier, 1995).

Criados para os idosos que não apresentam incapacidades severas, os Centros de Dia garantem um apoio sustentado às famílias, uma vez que assumem os cuidados durante oito a doze horas por dia (Brito & Ramos, 2000). Desenvolvem actividades que visam, através do desenvolvimento de relações interpessoais, realizar diversas actividades sociais através de jogos, terapia ocupacional, práticas desportivas e passeios, não descurando as necessidades de apoio nas actividades de vida diária.

As actividades de um Centro de Dia, além de constituírem um poderoso vínculo de estímulo e socialização da pessoa idosa, aliviam a sua enorme sobrecarga emocional, constituindo desta forma, um importante recurso para controlar e evitar que idosos solitários e deprimidos se tornem dependentes na comunidade (Brito & Ramos, 2000).

Os Centros de Convívio são estruturas de apoio a actividades sócio-educativas e culturais organizadas e desenvolvidas pelos idosos de uma comunidade

(Lemos, 2000). O Centro de Convívio pode proporcionar aos idosos um motivo para sair de casa regularmente, assim como uma oportunidade de contacto social. A mais valia desta resposta social, reside na importância deste contacto com bases regulares, pois a sua ausência é, por si só, um problema, com um impacto extremamente negativo para a saúde, tanto física, como mental (Veras, 2000).

Os *Grupos Comunitários* são, como o nome indica, grupos de pessoas idosas que, através da realização de actividades recreativas e culturais, muitas delas intergeracionais, procuram manter-se activos e saudáveis.

Estes grupos reúnem-se em locais próprios da comunidade, como as igrejas, ou utilizam as casas dos próprios idosos. O objectivo pretendido é a participação espontânea e activa nas actividades de promoção e prevenção da saúde física e mental, através da integração em diversas formas de actividades físicas, culturais e recreativas como natação, ioga, excursões, bailes, artes plásticas, jogos teatrais e outros (Brito & Ramos, 2000).

O *Apoio Domiciliário* consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias, quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento não possam assegurar, temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades e/ou actividades de vida diária (Lemos, 2000).

Os idosos beneficiários deste serviço seriam, primeiramente, os que se encontram em situação de isolamento por viverem sozinhos ou permanecerem sós por necessidade de trabalho dos seus familiares e/ou apresentarem algum tipo de incapacidade (Brito & Ramos, 2000).

Esta resposta social integra serviços que visam a satisfação das necessidades básicas de vida diária do idoso e pode dar uma resposta mais ou menos integrada que cubra entre oito a vinte e quatro horas do dia. Este tipo de serviço constitui um dos pilares básicos de qualquer rede de apoio social (Brito & Ramos, 2000). No entanto é ainda o “parente pobre” do sistema de saúde, apesar da sua incontestável necessidade (Mailloux-Poirier, 1995).

Fica-nos alguma preocupação quando se verifica que a limitação da actividade cresce claramente com a idade e, face a este panorama, a preocupação com a saúde dos mais velhos é tanto maior quanto escasseiam unidades de cuidados continuados, a assistência domiciliária é incipiente e as famílias portuguesas, mostram cada vez menos disponibilidade para acolher os seus idosos (Paúl & Fonseca, 2001).

De uma forma geral, quando falamos de redes sociais de apoio, a associação quase imediata que fazemos é a de um asilo, com características onde os idosos permanecem a aguardar o anúncio da sua morte (Born, 2000; Zimmerman, 2000), ideia oposta aos actuais lares de idosos que visam a promoção da autonomia e a qualidade de vida do idoso (Carletti & Rejani, 2000; Joyce, O’Boyle & McGee, 1999; Twycross, 2001; Waldran et al., 1999).

Tendo presente estes objectivos, procurou-se prolongar os cuidados à rede social envolvente. Desta forma surgiram serviços mais ligados à comunidade com o objectivo de auxiliar os cuidadores informais, diminuindo os problemas familiares que dificultam a intervenção do apoio formal (Merimsky et al., 1997; Paúl, 1997). Falamos pois da necessidade de colaboração da família na prestação de cuidados,

uma vez que a boa relação entre cuidadores formais e informais predispõe a pessoa idosa a participar activamente com a equipa (Nekolaichuck et al., 1999; Trindade & Teixeira, 1998; Trindade, 2000), qualificando os serviços prestados e incrementando a qualidade de vida do idoso.

ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO

A sociedade atribui-nos, ao longo da vida, diversas idades como o são a idade cronológica, a idade para andar, para ir à escola, para tirar a carta de condução, a idade da reforma. Temos ainda a idade que sentimos ter e a idade que os outros vêem em nós. Assim, as características mais importantes do envelhecimento são, pois, a sua individualidade e diversidade (Lemos, 2000).

Aos 65 anos, inscritos no bilhete de identidade, as pessoas passam a ser consideradas idosas. No entanto, o nível económico ou cultural, o estado civil, as relações familiares e o lugar onde habitam, subdividem este grupo, aparentemente homogéneo, num número indeterminado de subgrupos com necessidades diversas (Lemos, 2000). Na grande maioria dos casos, as diferenças notórias com que nos deparamos, devem-se sobretudo a factores extrínsecos (Fiatarone et al., 1994; Rowe & Kahn, 1987), de ordem social, que foram actuando ao longo do tempo.

Os estudos de Krause, Herzog e Baker (1992) sustentam a ideia de que o facto do indivíduo prestar auxílio a terceiros tende a promover sentimentos de controlo pessoal e, conseqüentemente, a aumentar os níveis de bem-estar.

O *Modelo do Controlo Pessoal* sugere que os idosos que ajudam outras pessoas vivenciam um maior nível de bem-estar, do que os idosos menos envolvidos na ajuda aos seus pares (Krause, 1986).

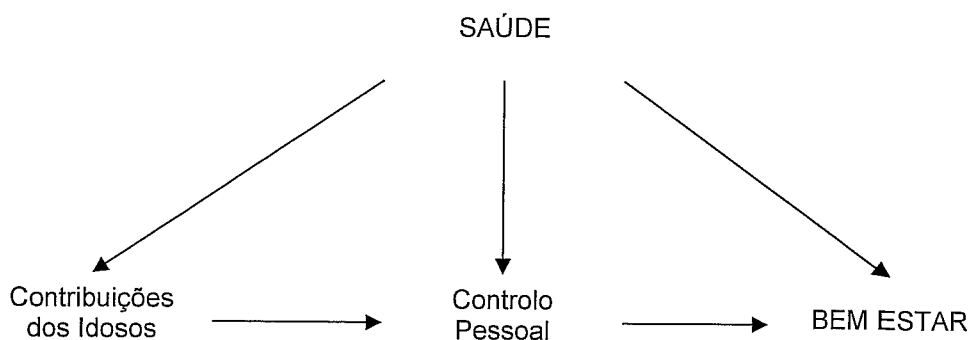


Figura 3. Modelo do Controlo Pessoal
(Adaptado de Pruchno, Burant & Peters, 1997)

A saúde foi incluída no modelo como uma variável externa, uma vez que melhor saúde física está associada ao incremento da assistência a terceiros e também com um maior sentimento de controlo pessoal (Pruchno, Burant & Peters, 1997).

Nesta linha de pensamento, permitir aos idosos ajudar os membros da sua família mantém o sentido de independência, que está positivamente correlacionado com o bem-estar (Atchley, 1991; Duncke, 1985).

A associação positiva entre o controlo pessoal e o bem-estar sugere que quanto mais forte for a sensação de controlo sobre a própria vida, maior será o nível de bem-estar psicológico (Pruchno, Burant & Peters, 1997). Assim, os idosos podem tornar-se mais autónomos quando se sentirem capazes de contribuir para o bem-estar dos membros da sua família. Neste sentido os trabalhadores sociais que desenvolvem a sua acção a par da família prestadora de cuidados, estão numa posição excelente de ajudar a autonomizar os seus idosos (Pruchno, Burant & Peters, 1997).

Parece pois, que o bem-estar social aumenta a capacidade de lidar com os problemas de saúde e manter a autonomia (Broadhead et al., 1983; Bowling & Grundy, 1998). De acordo com esta noção devemos considerar relevante a definição

de conceitos e limiares de disfunção por forma a facilitar o alcance dos objectivos pretendidos ao nível da rede social e do apoio social (Kane & Kane, 1981, Grundy, 1996).

A rede social diz respeito ao conjunto de pessoas com quem um indivíduo tem e mantém contactos, quer sejam familiares, amigos, vizinhos ou outras. Já o apoio social é representado pela disponibilidade das pessoas com as quais um indivíduo pode contar para determinadas ajudas (Botelho, 2000).

Falar de idosos obriga a que se atenda, permanentemente, à sua condição de saúde, um dos aspectos chave do seu bem-estar geral e, por isso mesmo, um factor a ter em conta em qualquer intervenção que tenha por objectivo a promoção do envelhecimento bem sucedido (Paúl & Fonseca, 2001).

Na sua interacção com o meio ambiente os indivíduos vão adoptando comportamentos que caracterizam o seu estilo de vida e têm influência tanto na sua saúde e bem-estar como na sua longevidade (Kligman, 1986; Leber & Parsons, 1982; Read, 1984).

Segundo Baltes (1996) as pessoas com um envelhecimento bem sucedido adaptam-se aos desafios relacionados com o avanço da idade, sendo responsáveis pelo processo do seu próprio envelhecimento.

As teorias que visam explicar os processos adaptativos conducentes a um envelhecimento bem sucedido são seguidamente descritas.

A *Teoria da Actividade* (Kuhlen, 1959, In Paúl, 1996) considera que a satisfação de vida e a auto-estima, enquanto sinais de envelhecimento bem sucedido, são proporcionais à actividade desenvolvida e à intensidade das interacções sociais.

Consequentemente, parece ser importante estar ocupado a desempenhar vários papéis, ter actividades e contactos sociais diversificados (Freund & Smith, 1999). A Teoria da Actividade pressupõe a satisfação de viver em função da existência de uma imagem positiva de si mesmo, resultante da percepção da eficácia em atingir os objectivos pessoais e manter interacções sociais satisfatórias (Barreto, 1984). Assim, o idoso que envelhece de uma forma óptima é o que permanece activo, encontrando substitutos para as actividades que teve de abandonar, para as amizades que perdeu (Lemon, Bengtson & Peterson, 1972; Paúl, 1996).

No pólo oposto, encontra-se a Teoria do Desligamento que prevê que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca quer do indivíduo, quer da sociedade (Ducharme, 1984).

Esta teoria considera que o processo de desligamento tem qualidades intrínsecas ou desenvolvimentistas, correspondendo a um movimento mútuo entre o idoso e a sociedade, em que o idoso aceita, ou mesmo deseja, a diminuição da interacção, havendo um prévio ou simultâneo aumento da centralização sobre si próprio e uma diminuição do investimento emotivo nas pessoas ou objectos do meio (Cummings & Henry, 1961).

Barreto (1984) considera que nem a teoria da actividade, nem a do desligamento integram as diferenças individuais, seja a nível de personalidade, seja de história de vida. Ambas tendem a conceber a adaptação ao envelhecimento como um processo linear, com um sentido único e obrigatório para todos os indivíduos.

Parece que o conceito de velhice bem sucedida faz mais sentido quando pensado numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto actual e passado, integrando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas

capacidades adaptativas (Paúl, 1996). Esta é uma vertente estritamente intimista, relativa ao sentir subjectivo de cada indivíduo, que não se compadece com as características reais do seu meio ambiente, passível de ser compreendido à luz da reestruturação da história de vida de cada um.

Neste âmbito, surge o *Modelo Ecológico de Lawton* que considera o comportamento num dado contexto, implicando isto que o desempenho de cada indivíduo deva ser visto como um resultado da sua transacção com o meio, e em que a força relativa da pessoa e do meio variam, havendo competências comportamentais determinadas por questões internas e outras por factores externos.

Os indicadores de bem-estar psicológico interno e bem-estar psicológico externo formam grupos separados, em que o último tem uma forte ligação aos comportamentos sociais e à qualidade de vida percebida (Paúl, 1996).

A afirmação teórica de que os dois aspectos do bem-estar psicológico são compostos por elementos, que se distribuem ao longo de um contínuo de aspectos interiores e exteriores da experiência, tem o seu paralelo na hipótese de que os afectos positivo e negativo são, por sua vez, determinados diferenciadamente por aspectos interiores e exteriores da competência comportamental.

O afecto negativo é previsível pela saúde funcional e o uso do tempo e a interacção com os amigos relacionam-se significativamente com o afecto positivo, sendo que os acontecimentos negativos atingem de forma mais significativa o interior psicológico da pessoa, sendo mais provável prever o seu efeito nefasto (Lawton, 1983).

De acordo com o autor, existem muitos caminhos para o bem-estar psicológico, nos quais a pessoa versus o meio, a causa versus o alvo, a introversão

versus a extroversão, os domínios da competência comportamental e os domínios da qualidade de vida percebida são os aspectos centrais.

Ao falarmos de bem-estar nos idosos, não é possível detectar padrões causais diferentes consoante as idades, ainda que se verifiquem algumas diferenças no nível de bem-estar referido.

Nos idosos parece haver menos acontecimentos de vida passíveis de mudança, menor extroversão e competência comportamental, uma rede social mais pequena, diminuição de algumas capacidades cognitivas, menor participação nas actividades, o afecto positivo e negativo são mais baixos, e por outro lado, a qualidade de vida percebida, em muitos domínios da interacção social, é maior. No fundo, há um contínuo de bem-estar e não categorias, efeitos recíprocos assimilativos e não passos causais (Paúl, 1996).

Ainda assim, não podemos deixar de relacionar alguns factores com a satisfação de vida e o bem-estar, uma vez que existem uns que interferem mais que outros na problemática em estudo.

Um bom exemplo disso é a avaliação da saúde, que, de acordo com Chatters (1988) e do conjunto de variáveis de influência, parece ser um dos melhores preditores, nomeadamente em pessoas mais idosas. Também a idade tem uma relação positiva com o bem-estar subjectivo, donde as pessoas mais idosas têm menos stress e mais felicidade geral (Chatters, 1988).

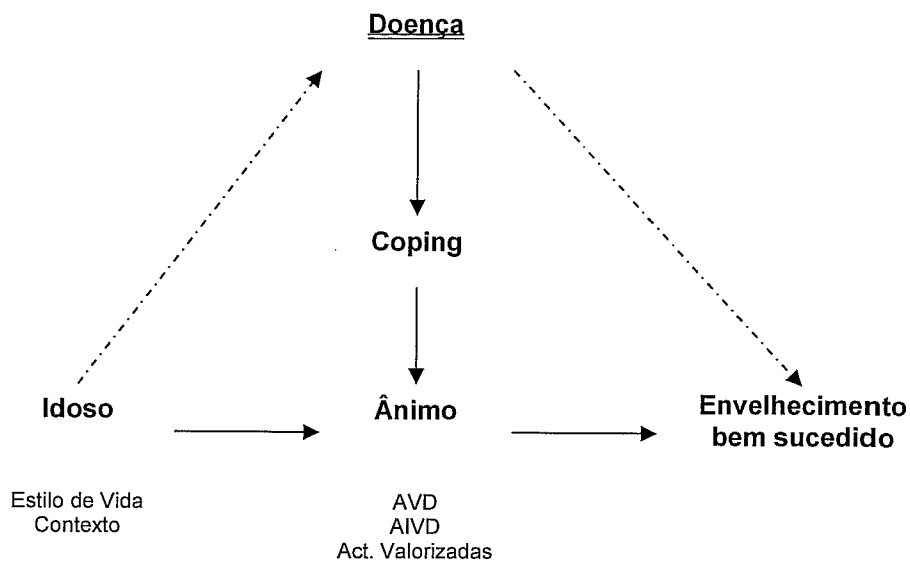


Figura 4. Modelo de Relação entre Doença e Envelhecimento Bem Sucedido
(Adaptado de Paul & Fonseca, 2001)

De acordo com o Modelo de Doença e Envelhecimento Bem Sucedido (Figura 4), a doença é influenciada pelas características psicológicas do idoso, pelo seu estilo de vida e pelo contexto que o rodeia, interferindo, de acordo com a morbilidade da doença e os recursos de coping de que o indivíduo dispõe, com o estado de ânimo do idoso.

As implicações directas desta alteração do estado de ânimo podem ser verificadas na forma como a pessoa idosa vai lidar com as exigências inerentes às suas actividades de vida diária, às actividades instrumentais de vida diária e às actividades valorizadas pelo próprio que, por inerência da doença, possam ficar comprometidas (Paul & Fonseca, 2001). As actividades valorizadas pelo próprio foram tidas em linha de conta uma vez que a qualidade de vida é um conceito profundamente cultural e individual.

Para Paúl e Fonseca (2001) tentar estabelecer um padrão de actividades de “nível superior” para os idosos à semelhança do que se faz para as actividades de vida diária que se avaliam em termos de capacidades de vida autónoma, seria um erro que impediria a compreensão plena das consequências de uma dada doença ao nível do bem-estar do indivíduo, pois os idosos avaliam a respectiva situação de saúde em função das limitações que se produzem também a nível das actividades que valorizam.

Quando colocamos a questão da velhice bem ou mal sucedida estamos, por norma, a definir padrões de adaptação do idoso às suas capacidades actuais de funcionamento, dentro do seu contexto de vida. Isso implica a avaliação de critérios externos, sociais, relativos ao que se espera do idoso em cada cultura, e de critérios internos, numa perspectiva individual, o sentir e a vontade subjectiva do indivíduo (Paúl, 1996).

No envelhecimento bem sucedido a contribuição de factores psicossociais é de extrema importância pois são eles que moldam e mantêm o estilo de vida adoptado pelos indivíduos, donde se realça a influência benéfica do apoio social, desde que este seja encorajador e promotor de auto-suficiência.

METODOLOGIA

Desenho

Propusemo-nos desenvolver uma investigação com o objectivo final de avaliar o bem-estar de pessoas idosas que usufruem de apoio social formal em função do seu grau de autonomia, uma vez que se considera imperativo promover estratégias de intervenção que facilitem a manutenção da capacidade funcional e promovam a qualidade de vida dos idosos que necessitam recorrer a redes formais de apoio.

Especificamente, interessa-nos perceber se:

- O grau de autonomia da pessoa idosa diminui consoante diminui a sua percepção de bem-estar;
- Esta percepção de bem-estar em função do grau de autonomia não difere no que respeita ao tipo de apoio social formal de que a pessoa idosa usufrui;
- A idade interfere nos níveis de bem-estar e autonomia funcional percebidos.

Desenhou-se assim um estudo exploratório transversal, de comparação entre grupos, sendo estes definidos em função do apoio social formal de que beneficiam e em função da idade. Assim, o grupo de apoio formal subdivide-se em idosos que usufruem de Apoio Domiciliário, que frequentem Centro de Dia ou residam em Lares de Terceira Idade. O grupo definido em função da idade subdivide-se em idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos – 3.^a Idade – e idosos com mais de 85 anos – 4.^a Idade (Freund & Smith, 1999).

As variáveis principais do presente estudo são o bem-estar psicológico e a autonomia funcional percebidos pelos indivíduos, factores sócio-demográficos e económicos (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, habitação actual, profissão exercida, situação económica), factores psicossociais e ambientais (apoio social formal, razão da solicitação do apoio, caracterização da descendência, contacto com a família, convívio social, actividade diária), depressão e nível cognitivo dos sujeitos.

Participantes

A população em estudo é constituída por pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no Distrito de Setúbal e a usufruir de Apoio Social Formal, nomeadamente utentes das valências de Lar de Idosos, Centro de Dia e Apoio Domiciliário.

Foi critério de exclusão a presença de patologia diagnosticada cuja consequência seja a alienação da realidade (perturbações psiquiátricas, quadros degenerativos demenciais, doença de Alzheimer).

A recolha da amostra é de natureza acidental por conveniência, incluindo todos os sujeitos que satisfizessem os critérios definidos e se disponibilizassem a participar no estudo.

Da amostra total de 364 idosos avaliados, 28 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Assim, esta é constituída por 336 sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos, sendo a média de idades de 80,45

anos, de ambos os sexos, distribuídos por diversos concelhos do distrito de Setúbal, acompanhando as taxas de população idosa residente dos últimos censos (INE, 2002).

Caracterização da Amostra

Tendo por base os censos de 2001, e considerando o distrito onde foi recolhida a amostra, determinou-se, com um grau de confiança a 99%, o erro amostral, sendo inferior a 0,015, pelo que os dados são extrapoláveis para toda a população idosa deste distrito. O mesmo não se passa com a população nacional, uma vez que o erro é superior a 5%.

A amostra foi recolhida em várias Instituições Particulares de Solidariedade Social do Distrito de Setúbal, sendo a sua *Distribuição Concelhia* expressa no quadro seguinte:

	Frequência	Percentagem
Alcochete	61	18,20
Moita	99	29,50
Almada	10	3,00
Barreiro	72	21,40
Montijo	30	8,90
Palmela	28	8,30
Santiago do Cacém	36	10,70
Total	336	100,00

Quadro 1. Distribuição Geográfica dos Participantes

Grande parte da amostra foi recolhida em concelhos urbanos, como o Barreiro e suburbanos, como Moita e Alcochete. No entanto, concelhos predominantemente rurais, como Santiago do Cacém também foram tidos em consideração, acompanhando de alguma forma a distribuição da densidade populacional entre áreas urbanas e rurais descrita nos últimos censos de 2001 (INE, 2002).

Analisados em função do *Género* (Quadro 2), constatamos que 205 indivíduos são mulheres, correspondendo a 61% da amostra, e 131 homens, representando 39 % dos entrevistados.

	Frequência	Percentagem
Feminino	205	61,00
Masculino	131	39,00
Total	336	100,00

Quadro 2. Distribuição dos Participantes de Acordo com o Género

Quando analisamos o *Estado Civil* dos idosos (Quadro 3), constatamos que 60% dos inquiridos são viúvos, 19,4% são casados ou vivem em união de facto e 15,9% são solteiros, evidenciando-se uma grande percentagem de idosos a viver sozinhos.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Solteiro	50	14,90	15,90
Casado/U. de Facto	61	18,20	19,40
Divorciado/Separado	15	4,50	4,80
Viúvo	189	56,30	60,00
Total	315	93,80	100,00
Casos Omissos	21	6,30	

Total	336	100,00
--------------	-----	--------

Quadro 3. Distribuição dos Participantes de acordo com o Estado Civil

Atendendo ao *Nível de Escolaridade* (Quadro 4), é de realçar que 94,4% dos indivíduos não atingiram mais que a escolaridade básica, em que 50,8% frequentou o ensino primário, não tendo este necessariamente sido concluído, e 43,7% não tem qualquer instrução.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos	Percentagem Cumulativa
Analfabeto	141	42,00	43,70	43,70
Ensino Primário	164	48,80	50,80	94,40
Ensino Preparatório	4	1,20	1,20	95,70
Ensino Secundário	9	2,70	2,80	98,50
Ensino Pré Universitário	1	0,30	0,30	98,80
Ensino Universitário	4	1,20	1,20	100,00
Total	323	96,10	100,00	
Casos Omissos	13	3,90		
Total	336	100,00		

Quadro 4. Distribuição dos Participantes de acordo com a Escolaridade

No que concerne à *Profissão* exercida (Quadro 5), houve alguma dispersão de respostas. No entanto, pudemos agrupá-las de acordo com o quadro seguinte:

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Nunca Trabalhou	10	3,0	3,6
Têxteis	20	6,0	7,3
Pescas	5	1,5	1,8
Indústria	65	19,3	23,7
Domésticos	50	14,9	18,2
Comércio	15	4,5	5,5

Agricultura	73	21,7	26,6
Construção Civil	13	3,9	4,7
Escritório	11	3,3	4,0
Outros	12	3,6	4,4
Total	274	81,5	100,0
Casos Omissos	62	18,5	
Total	336	100,0	

Quadro 5. Distribuição dos Participantes de Acordo com a Profissão Exercida

Podemos constatar que 26,6% dos inquiridos, durante a sua vida activa, trabalharam na lavoura, seguidos dos trabalhadores da indústria com 23,7% das respostas. De referir ainda que, os trabalhadores domésticos ascendem a 18,2% da população em estudo.

No que respeita à *Habitação Actual*, verifique-se os resultados do seguinte quadro:

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Casa Própria	109	32,40	33,20
Casa de Familiar	31	9,20	9,50
Casa de Vizinho / Amigo	1	0,30	0,30
Lar de Idosos	187	55,70	57,00
Total	328	97,60	100,00
Casos Omissos	8	2,40	
Total	336	100,00	

Quadro 6. Distribuição dos Participantes de Acordo com a Habitação Actual

Desta leitura verifica-se que 57% dos idosos vivem em Lar, e 33,2% em casa própria.

Em relação à *Situação Económica* percebida pelos indivíduos, podemos constatar os seguintes valores:

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válidos
Excelente	1	0,30	0,30
Boa	30	8,90	9,00
Média	167	49,70	50,00
Má	136	40,50	40,70
Total	334	99,40	100,00
Casos Omissos	2	0,60	
Total	336	100,00	

Quadro 7. Distribuição dos Participantes de acordo com a Situação Económica

De acordo com o quadro, assinala-se que a maioria dos inquiridos percebem a sua situação económica como mediana e má, com valores de 50% e 40,7%, respectivamente.

No que concerne à *Caracterização da Descendência*, podemos verificar no quadro 8 que 70,7% dos idosos têm pelo menos 1 filho e 29,3% afirmam não ter descendentes.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válidos
Sem filhos	98	29,20	29,30
Com filhos	237	70,50	70,70
Total	335	99,70	100,00
Casos Omissos	1	0,30	
Total	336	100,00	

Quadro 8. Distribuição dos Participantes de acordo com a Existência de Filhos

Dos 70,7% de idosos com filhos, verificamos, de acordo com o quadro 9, que a média destes por sujeito é de 2,33 filhos.

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
---	--------	--------	-------	---------------

N.º de Filhos	231	1	13	2,33	1,79
----------------------	-----	---	----	------	------

Quadro 9. Média de N.º de Filhos por Idoso

Ainda neste seguimento, refira-se a percepção dos progenitores em relação à proximidade de *Residência dos Filhos* (quadro 10).

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Próxima	161	67,90	73,90
Distante	57	24,10	26,10
Total	218	92,00	100,00
Casos Omissos	19	8,00	
Total	237	100,00	

Quadro 10. Distribuição dos Participantes de acordo com a Residência dos Filhos

É de salientar que 73,9% dos idosos considera que os seus filhos residem na sua proximidade, enquanto que 26,1% percepcionam-na como distante.

A atender à percepção do contacto estabelecido com a família, segue-se a leitura do quadro seguinte:

	Frequência	Percentagem
Sem Contacto	35	10,40
Pouco Frequente	93	27,70
Frequente	120	35,70
Muito Frequente	88	26,20
Total	336	100,00

Quadro 11. Distribuição dos Participantes de acordo com o Contacto Familiar

Como podemos ver 35,7% dos indivíduos consideram ter relações familiares frequentes, 27,7% pouco frequentes e 26,2% afirmam ter um convívio muito assíduo

com os seus familiares. Ainda assim, não podemos deixar de referir que 10,4% dos entrevistados afirmam não ter qualquer tipo de contacto com a sua família.

	Frequência	Percentagem
Sem Convívio	<i>12</i>	<i>3,60</i>
Convive Pouco	<i>85</i>	<i>25,30</i>
Convive Moderadamente	<i>133</i>	<i>39,60</i>
Convive Muito	<i>106</i>	<i>31,50</i>
Total	<i>336</i>	<i>100,00</i>

Quadro 12. Distribuição dos Participantes de acordo com o Convívio Social

Ao analisarmos a percepção sobre o convívio social (quadro 12), verificamos que 39,6% dos indivíduos consideram que desenvolvem relações sociais suficientes, 31,5% afirmam conviver muito, considerando os restantes ter pouco ou nenhum convívio social.

	Frequência	Percentagem
Inactivo	<i>38</i>	<i>11,30</i>
Pouco Activo	<i>114</i>	<i>33,90</i>
Moderadamente Activo	<i>123</i>	<i>36,60</i>
Muito Activo	<i>61</i>	<i>18,20</i>
Total	<i>336</i>	<i>100,00</i>

Quadro 13. Distribuição dos Participantes de acordo com a Actividade Diária

A percepção que os idosos têm da sua actividade física diária (Quadro 13) é média baixa, sendo que 36,6% se considera moderadamente activo e 33,9% com pouca actividade.

No que se refere à razão da solicitação do apoio, verificamos que 33,6% dos idosos pediram auxílio devido a problemas de saúde, 31,8% devido a sentimentos de solidão

e 10,7% por problemas familiares, onde se inclui a imposição filial, nomeadamente em termos de internamento em Lar.

	Frequência	Percentagem
Solidão	107	31,80
Dificuldades Financeiras	11	3,30
Problemas de Saúde	136	40,50
Opção de Vida	16	4,80
Problemas Familiares	36	10,70
Alteração Agregado Familiar	17	5,10
Outros	13	3,90
Total	336	100,00

Quadro 14. Distribuição dos Participantes de acordo com a Razão da Solicitação do Apoio

Material

Para a realização do presente estudo, e de acordo com os objectivos a que nos propomos, utilizámos os seguintes instrumentos:

- Uma entrevista de caracterização de factores sócio-demográficos, psicossociais e ambientais (Anexo I);
- A Escala de Ânimo de Lawton – “Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale” – escala de medida de bem-estar psicológico construída para a população idosa (Anexo II) e com adaptação à população portuguesa por Paúl (1992);
- A Escala EASYcare que visa ser um sistema de avaliação de bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa e que permite a descrição das suas necessidades globais, construída para a população idosa (Anexo

III) e com adaptação à população portuguesa (Sousa & Figueiredo 2000; Sousa, Galante & Figueiredo, 2002).

A Entrevista de Caracterização de Factores Sócio-demográficos, Psicossociais e Ambientais, é uma entrevista estruturada de resposta, na sua maioria, fechada. É constituída por 17 perguntas que visam caracterizar a amostra, em que três são de resposta aberta (n.º de filhos, razão da solicitação do apoio e profissão exercida) e as restantes de resposta fechada.

A Escala de Ânimo de Lawton, originalmente denominada “Philadelphia Geriatric Center Morale Scale” (Lawton, 1975) é uma escala desenvolvida para avaliar o ânimo de pessoas idosas. Na sua versão original é composta por 17 itens dicotómicos, que constituem 3 factores: Solidão-Insatisfação (6 itens), Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento (5 itens) e Agitação (6 itens).

A versão portuguesa, desenvolvida por Paúl (1992), passou a ser constituída por 14 itens de resposta dicotómica (sim/não). Embora se mantivesse a distribuição pelos factores originais, o seu conteúdo sofreu ligeiras alterações. Assim na sub-escala Solidão-Insatisfação passaram a constar 5 itens, nas Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento mantiveram-se os 5 itens e na sub-escala de Agitação, 4 itens.

A sub-escala de Solidão-Insatisfação (itens 2, 3, 5, 13 e 14) procura uma avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais, tendo como resultado a presença ou não de sentimentos de solidão ou insatisfação.

A sub-escala de Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento (itens 8, 9, 10, 11 e 12) pretende avaliar a comparação entre a vida passada e a presente permitindo a reflexão acerca do cenário presente, além do percurso vivencial de cada um.

A sub-escala de Agitação (itens 1, 4, 6 e 7) corresponde às manifestações comportamentais de ansiedade, comparando a evolução do humor do idoso no último ano.

A escala na sua totalidade, fornece-nos indicadores que nos permitem estabelecer um perfil de bem-estar psicológico dos idosos na sua vertente actual, devidamente integrado na história de vida de cada um.

No que respeita à avaliação quantitativa da escala, esta fornece-nos resultados totais e intermédios, através da cotação das respectivas sub-escalas.

A cotação oscila entre os valores 0 e 1 e é feita de acordo com a grelha apresentada no Anexo IV. O total da escala apresenta valores que oscilam entre 0 e 14, em que um valor mais alto corresponde a um melhor índice de bem-estar e, conseqüentemente a uma melhor qualidade de vida.

A Escala EASYcare é um sistema de avaliação de idosos, desenvolvido com o intuito de caracterizar a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. É um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos a nível social e de saúde.

A versão portuguesa da escala (Figueiredo & Sousa, 2001; Sousa & Figueiredo, 2000) avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades e não às suas competências (Sousa, Galante & Figueiredo, 2002).

A EASYcare é constituída por 24 questões de resposta fechada tipo Likert, agrupadas em 6 sub-escalas visando aspectos da vida quotidiana do idoso. São elas: a incapacidade física (4 itens), a qualidade de vida percebida (3 itens), a funcionalidade (6 itens), a mobilidade (6 itens), os cuidados pessoais (3 itens) e o controlo esfinteriano (2 itens). As últimas 4 sub-escalas podem ainda ser agrupadas numa escala de incapacidade, que inclui 17 itens.

A EASYcare dispõe ainda de outras duas escalas, que são optativas, a Escala Geriátrica de Depressão e o Teste de Diminuição Cognitiva. Por questões de controlo da amostra, decidiu-se pela aplicação destas duas escalas, pelo que falaremos delas mais adiante.

A sub-escala de Incapacidade Física (itens 1, 2, 3 e 4) procura avaliar a acuidade visual e auditiva e as dificuldades de mastigação e comunicação com o objectivo de avaliar eventuais dificuldades que possam surgir no decorrer do uso de próteses.

A sub-escala de Qualidade de Vida Percebida (itens 5, 6 e 7) pretende avaliar factores subjectivos da qualidade de vida tais como a solidão, a habitação e a saúde.

A sub-escala da Área Funcional (itens 8, 9, 10, 11, 12 e 13) refere-se às capacidades instrumentais do idoso, como o desenvolver o trabalho doméstico e preparar refeições, ir às compras, administrar dinheiro, usar o telefone e tomar medicamentos.

A sub-escala da Mobilidade (itens 14, 15, 16, 17, 18 e 19) refere-se às capacidades de locomoção dos indivíduos, nomeadamente no sair de casa e caminhar na rua, movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, sair da cama, utilizar a casa de banho.

A sub-escala de Actividade de Cuidados Pessoais (itens 20, 21 e 22) pretende avaliar a capacidade do idoso para cuidar da sua aparência pessoal, vestir-se e alimentar-se.

A sub-escala de Controlo Esfincteriano (itens 23 e 24) está intimamente ligada à avaliação da incontinência urinária e fecal.

A Escala de Incapacidade (itens 8 a 24) pretende fazer uma avaliação global das capacidades dos idosos, não avaliando aquilo que a pessoa idosa faz na realidade, mas sim aquilo que ela sente que é capaz de fazer. Este conjunto de perguntas permite ainda caracterizar o tipo de apoio de terceiros de que a pessoa idosa dispõe em função de cada uma das dificuldades, permitindo analisar a rede social de apoio de que a pessoa dispõe.

A avaliação quantitativa é feita de forma ponderada, de acordo com cada uma das questões (Anexo V). O EASYcare oferece-nos resultados total e intermédios, consoante a cotação das sub-escalas. A Escala de Incapacidade oscila entre 0 e 100, resultado que pode ser calculado através das cotações das questões de referência, em que um valor mais alto corresponde a uma maior incapacidade e, conseqüentemente a uma menor autonomia funcional.

Os trabalhos de Sousa, Galante e Figueiredo (2002) sugerem ainda uma alternativa à organização das sub-escalas iniciais de forma a otimizar a escala na sua totalidade.

Assim, os itens da escala ficaram agrupados na sub-escala Actividades de Vida Diária (itens 8, 9, 10, 14 e 19), que compreende variáveis relativas à independência do idoso no seu quotidiano; na sub-escala de Saúde e Qualidade de Vida (5, 6, 7 e Depressão) que abrange as variáveis relacionadas com o estado geral

de saúde e as componentes que favorecem o bem-estar do idoso; na sub-escala de Competências Cognitivas (11, 12, 13, 22 e Cognição) que agrupa as variáveis que exigem ou envolvem a capacidade de raciocínio; e na sub-escala de Mobilidade que envolve as variáveis que exigem capacidades motoras para a sua realização.

A *Escala Geriátrica de Depressão* faz parte integrante da EASYcare e é de aplicação optativa. Neste caso, a decisão foi pela sua aplicação de forma a proceder ao controlo do estudo. A Escala Geriátrica de Depressão (Anexo III) visa a identificação da possibilidade de presença de sintomatologia depressiva, dando indicações sobre a necessidade de avaliação adicional mais detalhada.

É composta por quatro itens de resposta dicotómica (sim / não), sendo a sua avaliação quantitativa directamente proporcional: quanto maior a cotação atingida, maior a incidência de sintomatologia depressiva passível de ser avaliada em pormenor.

O *Teste de Diminuição Cognitiva* (Anexo III) é também uma das provas optativas da EASYcare que, neste caso concreto e por motivos de controlo da amostra, decidiu-se pela sua aplicação.

Este Teste visa detectar estados demenciais e é constituído por 6 questões que pretendem discriminar a capacidade cognitiva do indivíduo. A cotação é ponderada e a avaliação quantitativa feita de forma directa, quanto maior o valor atribuído, maiores as dificuldades cognitivas do sujeito. Pontuações de 0 a 10 apontam no sentido da normalidade ou diminuição cognitiva ligeira e de 11 a 28, no sentido de diminuição moderada a grave.

Tendo em conta a caracterização esperada da amostra (postula-se um índice elevado de analfabetismo), decidiu-se pela aplicação dos instrumentos através de entrevista. Desta forma foi o próprio investigador a proceder á leitura das questões e ao preenchimento dos instrumentos de modo a homogeneizar o procedimento.

Procedimento

Uma vez que se pretendia estudar a população que usufrísse de Apoio Social Formal decidiu-se pela selecção de Instituições Particulares de Solidariedade Social e efectuaram-se os respectivos pedidos formais para que nos possibilitassem a entrada nas suas instalações e o acesso aos idosos. Não havendo oposição formal aos pedidos efectuados, Instituições houve que não deram resposta. Outras porém, ao saberem do trabalho que se estava a realizar, disponibilizaram-se a participar.

A amostra foi recolhida entre finais 2002 e início de 2004, tendo-se encontrado algumas pequenas dificuldades, nomeadamente de disponibilidade dos dirigentes das Instituições para nos receberem e nos apresentarem aos idosos e trabalhadores, protocolo que faziam questão que precedesse o trabalho que iríamos desenvolver, bem como disponibilidade dos Directores Técnicos para orientarem o nosso trabalho, nomeadamente na disponibilização de espaços reservados onde fosse possível o desenvolvimento da entrevista. Para além disso tinham de ser respeitados todos os horários da Instituição, pelo que o tempo útil para a execução das entrevistas não era grande.

Havendo uma indicação prévia do participante por parte do Director Técnico ao entrevistador, este dirigia-se até ele, que normalmente se encontrava na sala de estar. Era convidado a deslocar-se até uma sala mais reservada previamente posta à disposição para a boa execução das entrevistas.

O protocolo de aplicação dos instrumentos iniciava-se pela Entrevista de Caracterização de Factores Sócio-demográficos, Psicossociais e Ambientais, seguida da aplicação da Escala de Ânimo de Lawton, a Escala EASYcare, a Escala Geriátrica de Depressão e o Teste de Diminuição Cognitiva. No entanto, nem sempre era possível obter esta sequência, pelo que esta era alterada em função da relação estabelecida com o idoso. Sempre que se iniciava uma prova, esta era terminada antes de passar à seguinte. A Escala de Ânimo de Lawton era aplicada de forma rígida de acordo com o protocolo, bem como a Escala Geriátrica de Depressão e o Teste de Diminuição Cognitiva. A Entrevista estruturada e a escala EASYcare podiam não seguir a orientação das perguntas facilitando o contacto com os indivíduos. De notar que este procedimento está previsto na aplicação da EASYcare e descrito na bibliografia referente ao modo de aplicação da prova.

As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos, oscilando entre os 15 e os 60 minutos, de acordo com as dificuldades de cada indivíduo.

Uma vez que as entrevistas foram realizadas por mais de um entrevistador, foram feitas diversas reuniões para explicar os objectivos do estudo e a sua aplicabilidade. Foi desenvolvida uma pequena formação no sentido de procurar homogeneizar a recolha de informação e, após a pré-aplicação de alguns questionários não foram encontradas diferenças significativas de comportamento

entre os entrevistadores (estudantes universitários), garantindo desta forma uma homogeneidade de procedimento.

Antes do início de qualquer tipo de protocolo, os indivíduos eram devidamente informados sobre o estudo que se estava a realizar sendo, também pedido o seu consentimento para a participação no mesmo.

Um dos pontos que fez parte da formação dos entrevistadores, foi a necessidade vital de informar os indivíduos sobre o que se iria passar, tendo mesmo sido desenvolvido e distribuído um documento escrito (Anexo VI) explicativo sobre a importância deste procedimento e qual a informação pertinente a passar ao possível entrevistado.

Para proceder à *Análise dos Dados* começou-se por elaborar o estudo descritivo da informação recolhida de forma a caracterizar a amostra.

Antes da verificação das hipóteses em estudo, considerámos relevante fazer a análise inferencial das escalas aplicadas e compará-la com a versão portuguesa de cada um dos instrumentos utilizados de forma a verificar a validade dos dados fornecidos pela nossa amostra.

Assim, procedemos à verificação dos dados de cada uma das escalas em separado, analisando em primeiro lugar a consistência interna dos itens da escala, recorrendo à determinação do coeficiente de Alpha de Cronbach.

Seguidamente efectuámos uma análise de componentes principais para podermos aferir da relação entre factores nas escalas utilizadas, de acordo com os estudos realizados na versão portuguesa dos instrumentos seleccionados.

A análise factorial é uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo definir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores, que de alguma forma, controlam as variáveis originais (Maroco, 2003). Assim a análise factorial de componentes principais permite identificar novas variáveis, em número menor que o conjunto inicial, mas sem perda significativa de informação contida neste conjunto (Reis, 2001), com o objectivo de permitir a compreensão dos processos de comportamento dos indivíduos, através da identificação e interpretação dos factores subjacentes.

Analisada a validade interna das escalas e identificados os seus componentes principais, passou-se à verificação das hipóteses em estudo, através de uma análise inferencial.

Este processo foi iniciado com o estudo da curva de normalidade das variáveis a ser avaliadas. Concluiu-se que estas não tinham um comportamento normativo.

Para testar as hipóteses levantadas, desenvolveu-se uma análise de correlações de Spearman, uma vez que as variáveis não têm uma distribuição normal. Desta forma procurou-se verificar o comportamento das variáveis e inferir os comportamentos associados em função da sua progressão.

Foi também efectuada uma análise comparativa entre variáveis através do teste de Kruskal-Wallis, uma vez que não existia uma distribuição normal nas variáveis em estudo. O teste de Kruskal-Wallis pode ser considerado como uma alternativa não paramétrica à ANOVA one-way (Kruskal e Wallis, 1952), e pode ser

utilizado para testar duas ou mais amostras que provêm de uma mesma população ou de populações distintas.

ANÁLISE DE RESULTADOS

A análise de resultados será apresentada de acordo com o desenvolvimento estatístico efectuado. Assim, primeiramente faremos uma análise das propriedades psicométricas das escalas utilizadas, uma vez que, embora existam versões portuguesas dos instrumentos, estas não estão aferidas à população portuguesa.

Seguidamente optou-se pelo estudo do comportamento das escalas, quando relacionadas, pelo que se apresentam os resultados da análise correlacional entre a Escala de Ânimo de Lawton e a EASYcare.

Por último são apresentados os estudos de comparação entre grupos, nomeadamente entre os grupos dos diversos tipos de apoio formal de que os idosos usufruem, Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Lar de Idosos, e os grupos de classificação etária, 3ª Idade e 4ª Idade.

Para testarmos as propriedades psicométricas da *Escala de Ânimo de Lawton*, verificámos primeiramente a consistência interna da escala. De acordo com os dados apresentados no Anexo VII, a escala apresenta uma boa validade interna, dada pelo coeficiente Alpha de Cronbach total em que $\alpha = ,83$.

Para proceder à comparação dos factores existentes, tanto na escala original, como na versão portuguesa, analisaram-se os componentes principais (Anexo VIII), resultando algumas diferenças que consideramos relevantes. Assim, podemos constatar que o Factor 1 – sub-escala de Agitação – difere da versão portuguesa em dois itens (2 e 3), aproximando-se mais da versão original da escala. O Factor 2 –

sub-escala de Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento – corresponde integralmente à escala original e à versão portuguesa. O Factor 3 – sub-escala de Solidão-Insatisfação – difere da versão portuguesa em dois itens, mas aproxima-se mais da escala original.

Pelo acima descrito, considerou-se aceitável a utilização dos factores de acordo com os resultados obtidos, pois estes surgem no mesmo sentido da versão portuguesa da escala e, em dois dos factores, aproximam-se mais dos resultados obtidos nos estudos feitos com a escala original.

De acordo com os critérios utilizados na versão portuguesa da escala *EASYcare* (Sousa, Galante & Figueiredo, 2002), fomos verificar a consistência interna (Anexo IX) do instrumento em uso, concluindo haver uma boa validade interna, dada pelo coeficiente Alpha de Cronbach total em que $\alpha = ,83$.

Efectuada a análise de componentes principais em que todas as variáveis foram submetidas a avaliação, considerámos que deveriam ser retirados os itens 1, 2 e 3 por não se identificarem com nenhum dos factores (valores abaixo de 0,4), o que, em parte, difere do estudo da versão portuguesa, em que foram retirados os itens 1, 2, 3, 4, 20 e 23.

No seguimento dos estudos realizados com a escala *EASYcare* (Sousa, Galante & Figueiredo, 2002), procedeu-se então a nova análise de componentes principais, como consta no Anexo X.

Desta forma foi possível verificar que o Factor 1 – Sub-escala de Mobilidade – difere da versão portuguesa em 4 itens. Avaliadas as diferenças conclui-se que dois deles (20 e 23), na versão portuguesa tinham sido retirados, o que não se considerou

pertinente na nossa análise. Os outros dois (14 e 22) estavam agrupados noutros factores. Analisados qualitativamente verificamos o seguinte, o item 14 refere-se a sair de casa e andar na rua, o 20 a cuidados com a aparência pessoal, o 22 a alimentar-se e o 23 a incontinência urinária. Parece-nos pois que, efectivamente todos eles têm uma relação lógica com a mobilidade do indivíduo.

O Factor 2 – sub-escala de Actividades de Vida Diária – evidencia diferenças em dois itens (11 e 14). O item 14 transitou para a sub-escala da mobilidade o que parece fazer todo o sentido e o 11 – Gerir o Dinheiro – surge ligado às actividades de vida diária como a realização do trabalho doméstico, preparar as refeições e ir às compras, parecendo-nos bem enquadrado.

O Factor 3 – sub-escala de Competências Cognitivas – difere da versão portuguesa por ausência de dois itens (11 e 22) que nos parecem melhor enquadrados nas outras sub-escalas e a emergência de um (item 4 - fala) que tinha sido eliminado mas que nos parece pertinente a sua inclusão.

O Factor 4 – sub-escala de Saúde e Qualidade de Vida – corresponde na íntegra aos resultados apresentados na versão portuguesa.

Após a análise das propriedades psicométricas da escala EASYcare, considerou-se aceitável a utilização dos factores de acordo com os resultados obtidos, pois estes são semelhantes aos da versão portuguesa.

Análise Correlacional

Antes de se proceder à análise correlacional das escalas, foi necessário verificar a existência de curva de normalidade nos dados em estudo. Uma vez que os resultados não apontam para uma distribuição normal, foi utilizado o coeficiente de Spearman na análise de correlações entre as escalas e sub-escalas, obtendo-se os seguintes resultados:

		Easy_mob	Easy_avd	Easy_ccog	Easy_sqdv	Easy_tot
Law_Soll	Corr Coef	-,17(**)	-,12(*)	-,18(**)	-,62(**)	-,16(**)
	Sig.	,00	,02	,00	,00	,00
	N	336	336	336	331	336
Law_env1	Corr Coef	-,28(**)	-,33(**)	-,043	-,35(**)	-,32(**)
	Sig.	,00	,00	,43	,00	,00
	N	336	336	336	331	336
Law_agil	Corr Coef	-,25(**)	-,21(**)	,01	-,45(**)	-,25(**)
	Sig.	,00	,00	,89	,00	,00
	N	336	336	336	331	336
Law_tot1	Corr Coef	-,32(**)	-,29(**)	-,06	-,63(**)	-,33(**)
	Sig.	,00	,00	,31	,00	,00
	N	336	336	336	331	336

* Correlação a um nível de significância de 0,05

** Correlação a um nível de significância de 0,01

Quadro 15. Análise de Correlações de Spearman Lawton / EASYcare

Decidimos considerar apenas os resultados que se situassem acima de 0,3 em relações entre as sub-escalas dos instrumentos utilizados.

Assim, podemos verificar que existem correlações negativas estatisticamente significativas ($p < 0,01$) entre a sub-escala de Saúde e Qualidade de Vida (Easy_sqdv)

e as sub-escalas de Solidão-Insatisfação (Law_soll), Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento (Law_env1), Agitação (Law_agi1) e Lawton Total (Law_tot1) com valores de $-.62^{**}$, $-.35^{**}$, $-.45^{**}$ e $-.63^{**}$ respectivamente. Uma vez que a sub-escala Easy_sqdv é inversa, podemos constatar que a variação destas sub-escalas é directa, pelo que sempre que os níveis de Qualidade de Vida sobem, aumentam também os valores relacionados com o bem-estar psicológico. É ainda se salientar que a relação existente entre as variáveis enunciadas é mais forte entre a percepção de Saúde e Qualidade de Vida e os níveis de Solidão-Insatisfação e Bem-estar.

Existe também uma correlação negativa moderada ($-.32^{**}$) a um nível de significância de 0,01 entre a sub-escala de Mobilidade (Easy_mob) e o total da escala de Lawton (Law_tot), o que significa que quanto maior a incapacidade de mobilização, menores são os índices de bem-estar gerais.

Para além destas, existe uma correlação negativa ($-.33^{**}$) moderada ($p < 0,01$) entre as sub-escalas de Actividades de Vida Diária (Easy_avd) e Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento, evidenciando que quanto maior a incapacidade para a execução das actividades de vida diária, pior a atitude perante o envelhecimento.

No que respeita à EASYcare total (Easy_tot), esta está correlacionada negativamente ($p < 0,01$) de forma moderada com as Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento (Law_env1) e com a Lawton Total (Law_tot1) com valores de $-.32^{**}$ e $-.33^{**}$ respectivamente. Estes resultados apontam no sentido de quanto maior o nível de incapacidade geral, ou menor a autonomia funcional, menor o bem-estar psicológico e pior a atitude perante o envelhecimento.

Uma vez que temos duas versões da escala EASYcare (a actual pertencente a este estudo e a original) optámos por testar as duas e compará-las, uma vez que a

original tem factores mais específicos de avaliação, enquanto que aquela que corrobora o estudo da versão portuguesa é mais abrangente. Assim, passamos a apresentar os resultados da análise correlacional entre a escala de Lawton e a EASYcare original:

		Easy_if	Easy_qdv	Easy_fun	Easy_mob	Easy_cp	Easy_ce	Easy_tot	Egd_tot	Tdc_tot
Law_Sol1	Corr Coef	-,12(*)	-,59(**)	-,11(*)	-,19(**)	-,09	-,06	-,16(**)	-,45(**)	-,18(**)
	Sig.	,03	,00	,05	,00	,10	,25	,00	,00	,00
	N	336	331	336	336	336	336	336	336	336
Law_env1	Corr Coef	-,16(**)	-,30(**)	-,33(**)	-,26(**)	-,17(**)	-,18(**)	-,32(**)	-,32(**)	-,01
	Sig.	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,87
	N	336	331	336	336	336	336	336	336	336
Law_agi1	Corr Coef	-,12(*)	-,32(**)	-,18(**)	-,28(**)	-,11(*)	-,16(**)	-,25(**)	-,51(**)	,02
	Sig.	,03	,00	,00	,00	,04	,00	,00	,00	,77
	N	336	331	336	336	336	336	336	336	336
Law_tot1	Corr Coef	-,20(**)	-,51(**)	-,27(**)	-,33(**)	-,17(**)	-,19(**)	-,33(**)	-,60(**)	-,04
	Sig.	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,47
	N	336	331	336	336	336	336	336	336	336

* Correlação a um nível de significância de 0,05

** Correlação a um nível de significância de 0,01

Quadro 16. Análise de Correlações de Spearman Lawton / EASYcare original

Podemos verificar que, no que concerne à sub-escala de Qualidade de Vida Percebida (Easy_qdv), esta tem uma relação negativa com todas as sub-escalas da Escala de Lawton, embora nenhuma delas seja muito elevada. Não esquecendo que a sub-escala de Qualidade de Vida é cotada de forma invertida, podemos afirmar que quanto maiores os níveis de bem-estar psicológico, melhor qualidade de vida percebida o sujeito evidencia.

A sub-escala que avalia a área funcional na EASYcare (Easy_fun) está negativamente relacionada (-,33**) com a sub-escala de Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento (Law_env1), em que se evidencia a par de um aumento da

incapacidade funcional, uma diminuição na qualidade das atitudes face ao envelhecimento.

Também a sub-escala da mobilidade (Easy_mob) está moderadamente correlacionada (-,33**) em sentido negativo com a Lawton Total (Law_tot1), dando indícios de que o aumento do bem-estar psicológico pressupõe a diminuição da incapacidade de mobilização.

Evidencia-se também uma correlação negativa entre a EASYcare total e a sub-escala de Atitudes Face ao Envelhecimento (Law_env1) e Lawton total (Law_tot1), com valores de -,32** e -,33**, respectivamente, em que se verifica que o aumento de incapacidade geral, ou seja, a diminuição da autonomia funcional, diminui os níveis de bem-estar geral e as atitudes face ao envelhecimento, especificamente.

Existem ainda correlações entre as sub-escalas da Escala de Lawton (Law_soll, Law_env1 e Law_agil) e a Lawton total (Law_tot1) com a Escala Geriátrica de Depressão (Egd_tot), evidenciando que quanto mais deprimido o idoso estiver, menos bem-estar experimenta.

Análise Comparativa com Base no Apoio Formal

Na tentativa de compreender quais as diferenças existentes entre os indivíduos que recorrem a diferentes tipos de apoio formal, foram analisados os resultados descritivos e inferenciais da comparação entre grupos de apoio social, nomeadamente o Apoio Domiciliário, o Centro de Dia e o Lar de Idosos.

Assim, quando atentamos no total da nossa amostra e no que respeita ao Apoio Formal de que os indivíduos beneficiam, podemos ver os seguintes resultados:

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Apoio Domiciliário	43	12,8	13,0
Centro de Dia	100	29,8	30,3
Lar de Idosos	187	55,7	56,7
Total	330	98,2	100,0
Casos Omissos	6	1,8	
Total	336	100,0	

Quadro 17. Distribuição dos Participantes de acordo com o Apoio Formal Prestado

Denota-se que 43 indivíduos usufruem de Apoio Domiciliário, correspondendo a 13 % da amostra, 100 utilizam os serviços de Centros de Dia, perfazendo 30,3% da amostra e 187 encontram-se internados em Lar, constituindo 56,7% dos entrevistados.

Surge agora a oportunidade de analisar os resultados do estudo em função dos diferentes tipos de apoio social formal de acordo com as variáveis descritivas e com as escalas aplicadas.

Começando pela Idade (Quadro 18), podemos verificar que:

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Apoio Domiciliário	43	67	100	80,19	7,50
Centro de Dia	100	65	97	79,99	6,93
Lar de Idosos	187	65	98	80,74	7,34

Quadro 18. Média de Idades em função do Apoio Formal

De acordo com os dados apresentados a média de idades dos utentes de Lar de Idosos é superior às restantes valências (80,74 anos), sendo a de Centro de Dia a mais baixa (79,99 anos). No entanto, como é possível constatar, as diferenças não são discrepantes.

Atendendo à distribuição dos sujeitos em função da classificação etária (Quadro 19) pode verificar-se que, de uma maneira geral, em todos os grupo existe uma predominância de idosos dentro dos limites da terceira idade.

		Frequência	Percentagem
Apoio Domiciliário	3ª Idade	32	74,40
	4ª Idade	11	25,60
	Total	43	100,00
Centro de Dia	3ª Idade	78	78,00
	4ª Idade	22	22,00
	Total	100	100,00
Lar de Idosos	3ª Idade	124	66,30
	4ª Idade	63	33,70
	Total	187	100,00

Quadro 19. Classificação Etária dos Idosos em função do Apoio Formal

No entanto, é em Centro de Dia que a sua concentração é maior, contrastando com o Lar de Idosos em que os sujeitos de 4ª idade atingem os 33,7%.

Verificando a variável *Género*, em função do apoio formal prestado, observa-se o seguinte:

		Frequência	Percentagem
Apoio Domiciliário	Feminino	23	53,50
	Masculino	20	46,50
	Total	43	100,00
Centro de Dia	Feminino	66	66,00
	Masculino	34	34,00

	Total	100	100,00
Lar de Idosos	Feminino	112	59,90
	Masculino	75	40,10
	Total	187	100,00

Quadro 20. Distribuição dos Participantes de acordo com o Género em função do Apoio Formal

Em qualquer uma das valências existe uma predominância do género feminino. Especificamente 53,5% em Apoio Domiciliário, 66% em Centro de Dia e 59,9% em Lar de Idosos.

Tendo em conta o *Estado Civil* (Quadro 20) dos utentes verificamos algumas diferenças relevantes.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Apoio Domiciliário	Solteiro	2	4,70	4,70
	Casado	20	46,50	46,50
	Divorciado	3	7,00	7,00
	Viúvo	18	41,90	41,90
	Total	43	100,00	100,00
Centro de Dia	Solteiro	9	9,00	9,10
	Casado	13	13,00	13,10
	Divorciado	2	2,00	2,00
	Viúvo	75	75,00	75,80
	Total	99	99,00	100,00
	Casos Omissos	1	1,00	
	Total	100	100,00	
Lar de Idosos	Solteiro	39	20,90	22,50
	Casado	28	15,00	16,20
	Divorciado	10	5,30	5,80
	Viúvo	96	51,30	55,50
	Total	173	92,50	100,00
	Casos Omissos	14	7,50	
	Total	187	100,00	

Quadro 21. Distribuição dos Participantes de acordo com o Estado Civil em função do Apoio Formal

Podemos constatar que existe uma predominância de casais (46,5%) em Apoio Domiciliário, sendo o número de viúvos inferior (41,9%). Já em Centro de Dia há um acentuar do quadro de viuvez (75,8%), tal como em Lar de Idosos (55,5%). De referir ainda que nesta última valência destacam-se também os solteiros (22,5%), perfazendo no seu total 78% de pessoas que viviam sozinhas em casa.

No que se refere às *Habilitações Literárias* dos entrevistados, podemos constatar o exposto no quadro seguinte:

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos	Percentagem Cumulativa
Apoio Domiciliário	Analfabeto	21	48,80	48,80	48,80
	Ensino Primário	20	46,50	46,50	95,30
	Ensino Preparatório	1	2,30	2,30	97,70
	Ensino Secundário	1	2,30	2,30	100,00
	Total	43	100,00	100,00	
Centro de Dia	Analfabeto	38	38,00	41,30	41,30
	Ensino Primário	48	48,00	52,20	93,50
	Ensino Preparatório	2	2,00	2,20	95,70
	Ensino Secundário	3	3,00	3,20	98,90
	Ensino Universitário	1	1,00	1,10	100,00
	Total	92	92,00	100,00	
	Casos Omissos	8	8,00		
Total	100	100,00			
Lar de Idosos	Analfabeto	81	43,30	44,30	44,30
	Ensino Primário	92	49,20	50,30	94,60
	Ensino Preparatório	1	0,50	0,50	95,10
	Ensino Secundário	5	2,70	2,70	97,90
	Ensino Pré Universitário	1	0,50	0,50	98,40
	Ensino Universitário	3	1,60	1,60	100,00
	Total	183	97,90	100,00	
	Casos Omissos	4	2,10		
Total	187	100,00			

Quadro 22. Distribuição dos Participantes de acordo com o Nível de Escolaridade em função do Apoio Formal

Embora não havendo grandes discrepâncias entre valências, podemos salientar que é em Apoio Domiciliário que existe um maior índice de iletrados (48,8%). É também nesta valência que existem mais pessoas analfabetas em

detrimento de indivíduos que, no mínimo frequentaram o 1º ano ensino básico (46,5%), não tendo necessariamente de o ter concluído. Nas outras duas valências – Centro de Dia e Lar de Idosos – existem mais pessoas com frequência do Ensino Primário (52,2% e 50,3%) do que iletradas (41,3% e 44,3%) embora com valores bastante elevados.

Comparados os grupos em função da *Profissão Exercida* durante a vida activa (Quadro 23), verificamos o seguinte:

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Apoio Domiciliário	Nunca Trabalhou	3	7,00	10,70
	Têxteis	3	7,00	10,70
	Pescas	1	2,30	3,60
	Indústria	10	23,30	35,70
	Domésticos	3	7,00	10,70
	Comércio	3	7,00	10,70
	Agricultura	2	4,70	7,10
	Escritório	3	7,00	10,70
	Total	28	65,10	100,00
	Casos Omissos	15	34,90	
	Total	43	100,00	
Centro de Dia	Nunca Trabalhou	5	5,00	6,20
	Têxteis	5	5,00	6,20
	Indústria	18	18,00	22,20
	Domésticos	17	17,00	21,00
	Comércio	8	8,00	9,90
	Agricultura	18	18,00	22,20
	Construção Civil	3	3,00	3,70
	Escritório	4	4,00	4,90
	Outros	3	3,00	3,70
	Total	81	81,00	100,00
	Casos Omissos	19	19,00	
Total	100	100,00		
Lar de Idosos	Nunca Trabalhou	2	1,10	1,30
	Têxteis	10	5,30	6,30
	Pescas	4	2,10	2,50
	Indústria	37	19,80	23,30
	Domésticos	29	15,50	18,20
	Comércio	4	2,10	2,50
	Agricultura	50	26,70	31,40

	Construção Civil	10	5,30	6,30
	Escritório	4	2,10	2,50
	Outros	9	4,80	5,70
	Total	159	85,00	100,00
	Casos Omissos	28	15,00	
	Total	187	100,00	

Quadro 23. Distribuição dos Participantes de acordo com a Profissão em função do Apoio Formal

Em Apoio Domiciliário, as principais profissões são as ligadas à indústria (35,7%), como os trabalhadores fabris. Em Centro de Dia são as dos sectores da indústria (22,2%) e da agricultura (22,2%), seguidas de perto pelos trabalhadores domésticos (21%). Já na valência de Lar de Idosos existe uma predominância do sector da agricultura (31,4%), da indústria (23,3%) e dos trabalhadores domésticos (18,2%).

No Quadro 24, podemos ver a distribuição dos inquiridos de acordo com a *Habitação Actual*.

		Frequência	Percentagem
Apoio Domiciliário	Casa Própria	40	93,00
	Casa de Familiar	2	4,70
	Outros	1	2,30
	Total	43	100,00
Centro de Dia	Casa Própria	69	69,00
	Casa de Familiar	29	29,00
	Outros	2	2,00
	Total	100	100,00

Quadro 24. Distribuição dos Participantes de acordo com a Habitação Actual em função do Apoio Formal

De salientar que não se avaliou a valência de Lar de Idosos, uma vez que a residência, a partir da data de internamento, passou a ser o Lar. Nas outras duas valências podemos ver que em Apoio Domiciliário 93% dos sujeitos habitam casa

própria, enquanto que em Centro de Dia apenas 69% o fazem. Em 29% dos casos, os idosos habitam a casa de familiares, nomeadamente dos filhos.

Quando questionados sobre a sua *Situação Económica*, os idosos posicionaram-se da seguinte forma:

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Apoio Domiciliário	Boa	11	25,60	25,60
	Média	23	53,50	53,50
	Má	9	20,90	20,90
	Total	43	100,00	100,00
Centro de Dia	Boa	3	3,00	3,00
	Média	57	57,00	57,00
	Má	40	40,00	40,00
	Total	100	100,00	100,00
Lar de Idosos	Excelente	1	0,50	0,50
	Boa	16	8,60	8,70
	Média	86	46,00	46,50
	Má	82	43,90	44,30
	Total	185	98,90	100,0
	Casos Omissos	2	1,10	
	Total	187	100,00	

Quadro 25. Distribuição dos Participantes de acordo com a Situação Económica em função do Apoio Formal

Em Apoio Domiciliário, 79,1% dos participantes consideram a sua situação com média a boa, em que 53,5% a define como mediana. Já em Centro de Dia e Lar de Idosos a situação é diferente pois, de uma maneira geral, os idosos afirmam que a sua situação económica é média a má (97% e 90,8% respectivamente), predominando o sentimento de uma pensão mediana (57% e 46,5% respectivamente).

Olhando agora para a *Caracterização da Descendência*, podemos verificar que, de uma maneira geral, a maioria dos idosos tem filhos (Quadro 26).

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Apoio Domiciliário	Sem Filhos	6	14,00	14,00
	Com Filhos	37	86,00	86,00
	Total	43	100,00	100,00
Centro de Dia	Sem Filhos	23	23,00	23,00
	Com Filhos	77	77,00	77,00
	Total	100	100,00	100,00
Lar de Idosos	Sem Filhos	66	35,30	35,50
	Com Filhos	120	64,20	64,50
	Total	186	99,50	100,00
	Casos Omissos	1	0,50	
	Total	187	100,00	

Quadro 26. Distribuição dos Participantes de acordo com Caracterização da Descendência em função do Apoio Formal

Ainda assim, não deixa de ser interessante referir que é na Valência de Lar de Idosos que se concentram as pessoas sem descendentes (35,5%), seguida pelo Centro de Dia com 23% e por último o Apoio Domiciliário, que é valência em que apenas 14% dos inquiridos afirma não ter filhos.

No Quadro 27 podemos ver as médias de número de filhos por valência:

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Apoio Domiciliário	37	1	5	1,78	1,00
Centro de Dia	77	1	13	2,83	2,24
Lar de Idosos	115	1	8	2,19	1,57

Quadro 27. Média de Filhos por Participante em função do Apoio Formal

É em Centro de Dia que, de uma forma geral, a fratria é maior, com uma média de 2,83 filhos por inquirido, e em Apoio Domiciliário é menor, com 1,78 filhos por participante. Podemos então inferir que, para além de haver mais idosos com filhos em Apoio Domiciliário, é também nesta Valência que o número de filhos é menor, constituindo, de modo geral fratrias mais pequenas.

O Quadro seguinte mostra-nos a noção que os idosos têm a respeito do local de *Residência dos Filhos*.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
Apoio Domiciliário	Próxima	26	70,30	70,30
	Distante	11	29,70	29,70
	Total	37	100,00	100,00
Centro de Dia	Próxima	52	67,50	73,20
	Distante	19	24,70	26,80
	Total	71	92,20	100,00
	Casos Omissos	6	7,80	
	Total	77	100,00	
Lar de Idosos	Próxima	81	67,50	75,00
	Distante	27	22,50	25,00
	Total	108	90,00	100,00
	Casos Omissos	12	10,00	
	Total	120	100,00	

Quadro 28. Distribuição dos Participantes de acordo com a Residência dos Filhos em função do Apoio Formal

Como podemos constatar, existe uma noção homogénea que abrange todas as valências no sentido de que a maioria dos filhos moram próximo da pessoa idosa.

Desta forma, parece-nos pertinente averiguar qual a percepção que os idosos têm a respeito do *Contacto Familiar* que estabelecem (Quadro 29).

		Frequência	Percentagem
Apoio Domiciliário	Sem Contacto	5	11,60
	Pouco Frequente	14	32,60
	Frequente	20	46,50
	Muito Frequente	4	9,30
	Total	43	100,00
Centro de Dia	Sem Contacto	9	9,00
	Pouco Frequente	26	26,00
	Frequente	34	34,00
	Muito Frequente	31	31,00

	Total	100	100,00
Lar de Idosos	Sem Contacto	18	9,60
	Pouco Frequente	52	27,80
	Frequente	66	35,30
	Muito Frequente	51	27,30
	Total	187	100,00

Quadro 29. Distribuição dos Participantes de acordo com o Contacto Familiar em função do Apoio Formal

Como podemos ver, a grande maioria dos casos (79,1%) de Apoio Domiciliário considera a sua relação com a família frequente a pouco frequente, à imagem do que se passa com os idosos da valência de Lar, embora com menos discrepância. Ainda nesta última valência podemos verificar a existência de uma percentagem razoável (27,3%) de idosos que referem um contacto muito assíduo com a sua família. Reportando-nos ao Centro de Dia, existe uma inversão dos resultados descritos, uma vez que 65% dos idosos afirma ter uma relação familiar frequente a muito frequente, não deixando de existir um número considerável de pessoas (26%) a reportar pouca assiduidade no contacto familiar.

Analisando o *Convívio Social*, podemos verificar o expresso no quadro 30.

		Frequência	Percentagem
Apoio Domiciliário	Sem Convívio	5	11,60
	Convive Pouco	26	60,50
	Convive Moderadamente	12	27,90
	Total	43	100,00
Centro de Dia	Sem Convívio	2	2,00
	Convive Pouco	19	19,00
	Convive Moderadamente	47	47,00
	Convive Muito	32	32,00
	Total	100	100,00
Lar Residencial	Sem Convívio	5	2,70
	Convive Pouco	38	20,30

	Convive Moderadamente	72	38,50
	Convive Muito	72	38,50
	Total	187	100,00

Quadro 30. Distribuição dos Participantes de acordo com o Convívio Social em função do Apoio Formal

Em Apoio Domiciliário, 88,4% dos participantes afirma ter um convívio moderado a fraco, existindo mesmo 11,6% dos inquiridos a afirmar não qualquer tipo de contacto social. As outras duas valências (Centro de Dia e Lar de Idosos) comportam-se de forma semelhante reportando uma larga maioria de respostas entre o convívio moderado a intenso (79% e 77% respectivamente). Nota-se ainda que existe um maior número de respostas em “convive muito” – 38,5% - na valência de Lar.

O Quadro seguinte mostra-nos como consideram os idosos a sua Actividade Diária.

		Frequência	Percentagem
Apoio Domiciliário	Inactivo	9	20,90
	Pouco Activo	21	48,80
	Moderadamente Activo	13	30,20
	Total	43	100,00
Centro de Dia	Inactivo	4	4,00
	Pouco Activo	30	30,00
	Moderadamente Activo	40	40,00
	Muito Activo	26	26,00
	Total	100	100,00
Lar Residencial	Inactivo	25	13,40
	Pouco Activo	59	31,60
	Moderadamente Activo	70	37,40
	Muito Activo	33	17,60
	Total	187	100,00

Quadro 31. Distribuição dos Participantes de acordo com a Actividade Diária em função do Apoio Formal

De uma maneira geral, em todas as valências existe uma predominância de resposta entre o “moderadamente activo” e “pouco activo”. Podemos, no entanto, salientar que em Centro de Dia 26% dos participantes se considera muito activo e em Apoio Domiciliário 20,9% dos respondentes consideram não ter qualquer tipo de actividade, intitulado-se inactivos.

Em relação à Razão da Solicitação do Apoio, as respostas agruparam-se da seguinte forma:

		Frequência	Percentagem
Apoio Domiciliário	Solidão	10	23,30
	Dificuldades Financeiras	2	4,70
	Problemas de Saúde	22	51,20
	Opção de Vida	2	4,70
	Problemas Familiares	3	7,00
	Outros	4	9,30
	Total	43	100,00
Centro de Dia	Solidão	54	54,00
	Dificuldades Financeiras	4	4,00
	Problemas de Saúde	20	20,00
	Opção de Vida	4	4,00
	Problemas Familiares	13	13,00
	Alteração Agregado Familiar	4	4,00
	Outros	1	1,00
Total	100	100,00	
Lar de Idosos	Solidão	40	21,40
	Dificuldades Financeiras	5	2,70
	Problemas de Saúde	93	49,70
	Opção de Vida	10	5,30
	Problemas Familiares	19	10,20
	Alteração Agregado Familiar	13	7,00
	Outros	7	3,70
Total	187	100,00	

Quadro 32. Distribuição dos Participantes de acordo com a Razão da Solicitação do Apoio em função do Apoio Formal

dos idosos de Centro de Dia e, por último, com uma melhor atitude, encontram-se os indivíduos internos em Lar.

Na sub-escala de Mobilidade (Easy_mob) verificamos que os idosos que apresentam maiores níveis de mobilidade são os que usufruem da Valência de Centro de Dia e os mais incapacitados são os de Lar.

Em relação à capacidade para a execução das Actividades de Vida Diária (Easy_avd), quem se considera em melhores condições são os idosos de Centro de Dia e aqueles que apresentam mais dificuldades são os de Apoio Domiciliário.

No respeitante à área da Saúde e Qualidade de Vida Percebida (Easy_sqdv), os melhores índices situam-se nas pessoas residentes em Lar, seguidas da de Centro de Dia, sendo o Apoio Domiciliário o que percepçiona pior Qualidade de Vida.

A Escala EASYcare (Easy_tot) total apresenta diferenças no sentido da existência de uma maior autonomia funcional em idosos de Centro de Dia, seguidos dos de Apoio Domiciliário, estão os utentes de Lar mais dependentes.

À imagem do que aconteceu anteriormente quando testadas as escalas, passamos agora a analisar os resultados utilizando a versão portuguesa da EASYcare original, donde verificamos o seguinte:

	X²	df	Nível Sig.
Law_Sol1	2,33	2	0,31
Law_env1	6,92	2	0,03
Law_agi1	0,85	2	0,65
Law_tot1	4,84	2	0,09
Easy_if	0,61	2	0,74
Easy_qdv	15,43	2	0,00
Easy_fun	18,61	2	0,00
Easy_mob	25,01	2	0,00
Easy_cp	23,16	2	0,00

Easy_ce	4,70	2	0,10
Easy_tot	25,89	2	0,00
Egd_tot	2,30	2	0,32
Tdc_tot	4,86	2	0,09

Quadro 35. Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Apoio Prestado para as Escalas Lawton / EASYcare Original

Os resultados mostram-nos que, a um nível de confiança de 95%, existem diferenças estatisticamente significativas em alguns dos factores estudados, nomeadamente na sub-escala de Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento ($p=0,03<0,05$), já referenciada, e nas sub-escalas de Qualidade de Vida Percebida ($p=0,00<0,05$), Funcionalidade ($p=0,00<0,05$), Mobilidade ($p=0,00<0,05$), Cuidados Pessoais ($p=0,00<0,05$) e na escala EASYcare total ($p=0,00<0,05$), também já anteriormente descrita. Note-se ainda que a nível emocional (Egd_tot) e a nível cognitivo (Tdc_tot) não se encontram diferenças em função do apoio prestado.

O quadro seguinte mostra-nos o sentido das diferenças:

		N	Posição Média
Law_env1	Apoio Domiciliário	43	131,76
	Centro de Dia	101	166,57
	Lar de Idosos	185	171,87
	Total	329	
Easy_qdv	Apoio Domiciliário	43	193,02
	Centro de Dia	101	181,30
	Lar de Idosos	180	144,66
	Total	324	
Easy_fun	Apoio Domiciliário	43	204,92
	Centro de Dia	101	135,12
	Lar de Idosos	185	172,03
	Total	329	
Easy_mob	Apoio Domiciliário	43	157,06
	Centro de Dia	101	128,86
	Lar de Idosos	185	186,58

	Total	329	
Easy_cp	Apoio Domiciliário	43	194,95
	Centro de Dia	101	138,38
	Lar de Idosos	185	172,57
	Total	329	
Easy_tot	Apoio Domiciliário	43	180,77
	Centro de Dia	101	124,95
	Lar de Idosos	185	183,20
	Total	329	

Quadro 36. Posições Médias Estatisticamente Significativas do Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Apoio Prestado para as Escalas Lawton / EASYcare Original

Como esta versão da EASYcare se torna mais específica, podemos salientar algumas diferenças entre sub-escalas. Assim, a sub-escala de Qualidade de Vida Percebida (Easy_qdv) mostra-nos que existe um aumento da qualidade de vida percebida pelo próprio consoante a sua movimentação no sentido da proximidade física da Instituição de apoio (de notar que a escala está invertida), ou seja, os utentes têm menos qualidade de vida que os de Centro de Dia e estes menos que os de Lar de Idosos.

Em termos de Funcionalidade (Easy_fun) podemos verificar que existe menos incapacidade funcional nos utentes de Centro de Dia, estando esta mais centrada nos idosos que usufruem de Apoio Domiciliário.

Análise Comparativa com Base na Idade

Agrupados os indivíduos em função da idade (Quadro 37), verificamos que no grupo denominado de 3.^a Idade constam os indivíduos entre os 65 e os 84 anos, com 77 anos de média e representando 71,1% da amostra. No grupo denominado de

4.^a Idade estão agrupados os indivíduos com 85 ou mais anos, em que a média é de 89 anos e representando 28,9% da amostra.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
3^a Idade	239	65	84	76,97	5,04
4^a Idade	97	85	100	89,03	3,42

Quadro 37. Média de Idades em função da Classificação Etária dos Idosos

Analisada a distribuição da amostra em função do Género (Quadro 38), verificamos que:

		Frequência	Percentagem
3^a Idade	Feminino	157	65,70
	Masculino	82	34,30
	Total	239	100,00
4^a Idade	Feminino	48	49,50
	Masculino	49	50,50
	Total	97	100,00

Quadro 38. Distribuição dos Participantes de acordo com o Género em função da Classificação Etária

O grupo da 3.^a Idade é predominantemente feminino (65,7%), enquanto que o grupo da 4.^a Idade está equiparado em número de homens (50,5%) e mulheres (49,5%), havendo mesmo uma inversão na predominância de género.

No que respeita ao Estado Civil, podemos verificar no quadro seguinte a existência de algumas diferenças.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3^a Idade	Solteiro	45	18,80	20,30
	Casado	45	18,80	20,30
	Divorciado	7	2,90	3,20
	Viúvo	125	52,30	56,30

	Total	222	92,90	100,00
	Casos Omissos	17	7,10	
	Total	239	100,00	
4ª Idade	Solteiro	5	5,20	5,40
	Casado	16	16,50	17,20
	Divorciado	8	8,20	8,60
	Viúvo	64	66,00	68,80
	Total	93	95,90	100,00
	Casos Omissos	4	4,10	
	Total	97	100,00	

Quadro 39. Distribuição dos Participantes de acordo com o Estado Civil em função da Classificação Etária

De uma forma geral, a maioria dos idosos é viúvo. No entanto, no grupo dos mais novos (3ª Idade) 20,3% são casados e 20,3% solteiros. Já na 4ª Idade apenas se destacam os casados (17,2%).

Distribuídos os sujeitos em função das *Habilitações Acadêmicas*, podemos verificar o constante no seguinte quadro.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válidos	Porcentagem Cumulativa
3ª Idade	Analfabeto	99	41,40	42,90	42,90
	Ensino Primário	121	50,60	52,40	95,30
	Ensino Preparatório	1	0,40	0,40	95,70
	Ensino Secundário	7	2,90	3,00	98,70
	Ensino Pré Universitário	1	0,40	0,40	99,10
	Ensino Universitário	2	0,80	0,90	100,00
	Total	231	96,70	100,00	
	Casos Omissos	8	3,30		
	Total	239	100,00		
4ª Idade	Analfabeto	42	43,30	45,70	45,70
	Ensino Primário	43	44,30	46,70	92,40
	Ensino Preparatório	3	3,10	3,30	95,70
	Ensino Secundário	2	2,10	2,20	97,80
	Ensino Universitário	2	2,10	2,20	100,00

Total	92	94,80	100,00
Casos Omissos	5	5,20	
Total	97	100,00	

Quadro 40. Distribuição dos Participantes de acordo com o Nível de Escolaridade em função da Classificação Etária

Na 3ª Idade, 95,3% dos inquiridos não atingiram mais que o ensino básico, não tendo este necessariamente de ser concluído, dos quais 42,9% são analfabetos. Na 4ª Idade, o panorama não é muito diferente sendo que 92,4% não ultrapassaram o ensino primário e destes 45,7% são iletrados.

No que respeita ao estudo da *Profissão* podemos constatar o seguinte.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Nunca Trabalhou	7	2,90	3,50
	Têxteis	15	6,30	7,60
	Pescas	2	0,80	1,00
	Indústria	42	17,6	21,20
	Domésticos	38	15,90	19,20
	Comércio	13	5,40	6,60
	Agricultura	56	23,40	28,30
	Construção Civil	9	3,80	4,50
	Escritório	8	3,30	4,00
	Outros	8	3,30	4,00
	Total	198	82,80	100,00
	Casos Omissos	41	17,20	
	Total	239	100,00	
4ª Idade	Nunca Trabalhou	3	3,10	3,90
	Têxteis	5	5,20	6,60
	Pescas	3	3,10	3,90
	Indústria	23	23,70	30,30
	Domésticos	12	12,40	15,80
	Comércio	2	2,10	2,60
	Agricultura	17	17,50	22,40
	Construção Civil	4	4,10	5,30
	Escritório	3	3,10	3,90
	Outros	4	4,10	5,30

	Total	76	78,40	100,00
	Casos Omissos	21	21,60	
	Total	97	100,00	

Quadro 41. Distribuição dos Participantes de acordo com a Profissão em função da Classificação Etária

Dos indivíduos de 3ª Idade, 28,3% desenvolveram a sua actividade profissional ligados à agricultura e 21,2% ao ramo da indústria, sendo o grupo dos domésticos de 19,2%. Na 4ª Idade destacam-se os trabalhadores da indústria (30,3%), seguidos dos ligados à agricultura (22,4%). Os domésticos atingem os 15,8%.

No que respeita à *Habitação Actual*, observemos o quadro seguinte.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Casa Própria	73	34,70	35,90
	Casa de Familiar	26	10,90	11,30
	Outros	1	0,40	0,40
	Lar Residencial	121	50,60	52,40
	Total	231	96,70	100,00
	Casos Omissos	8	3,30	
	Total	239	100,00	
4ª Idade	Casa Própria	27	27,80	28,10
	Casa de Familiar	7	7,20	7,30
	Lar Residencial	62	63,90	64,60
	Total	96	99,00	100,00
	Casos Omissos	1	1,00	
	Total	97	100,00	

Quadro 42. Distribuição dos Participantes de acordo com a Habitação Actual em função da Classificação Etária

Se descorarmos os idosos institucionalizados, e por isso a residir em Lar, podemos constatar que no grupo da 3ª Idade 35,9% dos casos reside em casa própria

e 11,3% em casa de familiares, normalmente os filhos, enquanto que no grupo da 4ª Idade 28,1% dos idosos vivem em casa própria e 7,3% em casa de familiares.

A percepção em relação à sua *Situação Económica* é expressa no quadro 43.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Boa	22	9,20	9,20
	Média	113	47,30	47,30
	Má	104	43,50	43,50
	Total	239	100,00	100,00
4ª Idade	Excelente	1	1,00	1,10
	Boa	8	8,20	8,40
	Média	54	55,70	56,80
	Má	32	33,00	33,70
	Total	95	97,90	100,00
	Casos Omissos	2	2,10	
	Total	97	100,00	

Quadro 43. Distribuição dos Participantes de acordo com a Situação Económica em função da Classificação Etária

De uma forma geral quer os indivíduos de 3ª Idade, quer os de 4ª Idade consideram a sua situação económica média a má. No entanto, verifica-se uma maior percentagem de sujeito a considerar mediana a sua pensão na 4ª Idade (56,8%).

A *Caracterização da Descendência* está expressa nos seguintes quadros.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Sem Filhos	73	30,50	30,70
	Com Filhos	165	69,00	69,30
	Total	238	99,60	100,00
	Casos Omissos	1	0,40	
	Total	239	100,00	
4ª Idade	Sem Filhos	25	25,80	25,80
	Com Filhos	72	74,20	74,20
	Total	97	100,00	100,00

Quadro 44. Distribuição dos Participantes de acordo com a Existência de Filhos em função da Classificação Etária

Podemos verificar que existem mais idosos com filhos na 4ª Idade (74,2%) que na 3ª Idade (69,3%). Dos sujeitos com filhos podemos ainda analisar as dimensões da fratria (Quadro 45).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
3ª Idade	235	0	13	1,56	1,83
4ª Idade	94	0	8	1,84	1,85

Quadro 45. Média do N.º de Filhos por Idoso em função da Classificação Etária

É perceptível um maior número de descendentes nos idosos de 4ª Idade, sendo que a constituição média da fratria é de 1,84 filhos por entrevistado. Assim sendo, podemos perceber que existem mais idosos com um maior número de filhos em idades mais avançadas.

O quadro seguinte mostra-nos a percepção dos participantes em relação à proximidade de *Residência dos Filhos*.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Próxima	113	68,50	72,00
	Distante	44	26,70	28,00
	Total	157	95,20	100,00
	Casos Omissos	8	4,80	
	Total	165	100,00	
4ª Idade	Próxima	48	66,70	78,70
	Distante	13	18,10	21,30
	Total	61	84,70	100,00
	Casos Omissos	11	15,30	
	Total	72	100,00	

Quadro 46. Distribuição dos Participantes de acordo com a Residência dos Filhos em função da Classificação Etária

De um modo geral não existem grandes diferenças no que respeita à proximidade dos filhos. Em ambos os grupos a maioria dos idosos consideram que os filhos residem próximo de si.

Quando analisados os grupos em função do *Contacto Familiar* verificamos o seguinte (Quadro 47).

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Sem Contacto	26	10,90	10,90
	Pouco Frequente	69	28,90	28,90
	Frequente	85	35,60	35,60
	Muito Frequente	59	24,70	24,70
	Total	239	100,00	100,00
4ª Idade	Sem Contacto	9	9,30	9,30
	Pouco Frequente	24	24,70	24,70
	Frequente	35	36,10	36,10
	Muito Frequente	29	29,90	29,90
	Total	97	100,00	100,00

Quadro 47. Distribuição dos Participantes de acordo com o Contacto Familiar em função da Classificação Etária

Os idosos de 3ª Idade consideram o contacto com a sua família frequente a pouco frequente (64,5%), enquanto que os de 4ª Idade o consideram frequente a muito frequente (66%). Por outro lado, 24,7% dos idosos mais novos revelaram relações familiares muito frequentes, valor este o de idosos mais velhos com contactos pouco frequentes.

No que se confere ao *Convívio Social* podemos assinalar o resultante do Quadro 48.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Sem Convívio	9	3,80	3,80
	Convive Pouco	61	25,50	25,50
	Convive Moderadamente	91	38,10	38,10

	Convive Muito	78	32,60	32,60
	Total	239	100,00	100,00
4ª Idade	Sem Convívio	3	3,10	3,10
	Convive Pouco	24	24,70	24,70
	Convive Moderadamente	42	43,30	43,30
	Convive Muito	28	28,90	28,90
	Total	97	100,00	100,00

Quadro 48. Distribuição dos Participantes de acordo com o Convívio Social em função da Classificação Etária

A percepção das relações sociais é semelhante em ambos os grupos, em que se consideram moderadas a intensas (70,7% na 3ª Idade e 72,2% na 4ª Idade). Também a proporção de pessoas que referem pouco convívio é semelhante nas 3ª e 4ª idades (25,5% e 24,7% respectivamente).

Quando analisamos os grupos de acordo com a *Actividade Diária* verificamos o expresso no seguinte quadro.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Inactivo	24	10,00	10,00
	Pouco Activo	75	31,40	31,40
	Moderadamente Activo	95	39,70	39,70
	Muito Activo	45	18,80	18,80
	Total	239	100,00	100,00
4ª Idade	Inactivo	14	14,40	14,40
	Pouco Activo	39	40,20	40,20
	Moderadamente Activo	28	28,90	28,90
	Muito Activo	16	16,50	16,50
	Total	97	100,00	100,00

Quadro 49. Distribuição dos Participantes de acordo com a Actividade Diária em função da Classificação Etária

De um modo geral, ambos os grupos se consideram pouco a moderadamente activos. No grupo da 3ª Idade 39,7% dos inquiridos considera ter actividade diária regular, 31,4% pouca actividade e 18,8% muita actividade. Já o grupo da 4ª Idade

afirma ser pouco activo em 40,2% dos casos, moderadamente activo em 28,9% das situações e muito activo em 16,5% das respostas. É ainda se salientar que no grupo da 4ª Idade, 14,4% dos casos se consideram totalmente inactivos.

Atentando no *Apoio Formal Prestado*, verifica-se o seguinte.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Apoio Domiciliário	32	13,40	13,70
	Centro de Dia	78	32,60	33,30
	Lar Residencial	124	51,90	53,00
	Total	234	97,90	100,00
	Casos Omissos	5	2,10	
	Total	239	100,00	
4ª Idade	Apoio Domiciliário	11	11,30	11,50
	Centro de Dia	22	22,70	22,90
	Lar Residencial	63	64,90	65,60
	Total	96	99,00	100,00
	Casos Omissos	1	1,00	
	Total	97	100,00	

Quadro 50. Distribuição dos Participantes de acordo com o Apoio Prestado em função da Classificação Etária

Embora em ambos os grupos haja uma predominância da valência de Lar de Idosos, podemos salientar mais indivíduos de 3ª Idade em Apoio Domiciliário (13,7%) e em Centro de Dia (33,3%) que de 4ª Idade.

A *Razão da Solicitação do Apoio* está expressa no Quadro 51.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válidos
3ª Idade	Solidão	77	32,20	32,20
	Dificuldades Financeiras	8	3,30	3,30
	Problemas de Saúde	105	43,90	43,90
	Opção de Vida	9	3,80	3,80
	Problemas Familiares	21	8,80	8,80
	Alteração Agregado Familiar	11	4,60	4,60
	Outros	8	3,30	3,30

	Total	239	100,00	100,00
4ª Idade	Solidão	30	30,90	30,90
	Dificuldades Financeiras	3	3,10	3,10
	Problemas de Saúde	31	32,00	32,00
	Opção de Vida	7	7,20	7,20
	Problemas Familiares	15	15,50	15,50
	Alteração Agregado Familiar	6	6,20	6,20
	Outros	5	5,20	5,20
	Total	97	100,00	100,00

Quadro 51. Distribuição dos Participantes de acordo com a Razão da Solicitação de Apoio em função da Classificação Etária

Nos indivíduos de 3ª Idade podemos verificar que a principal razão de pedido de auxílio são os problemas de saúde (43,9%), seguida da solidão (32,2%). Os problemas familiares estão considerados em 8,8% dos casos. Já na 4ª Idade 32% dos indivíduos afirma recorrer aos serviços de apoio formal devido a problemas de saúde, 30,9% devido a sentimentos de solidão e 15,5% devido a problemas familiares, nomeadamente de imposição em internamentos.

Tendo em conta a diferenciação de grupos em função da classificação etária, estudou-se ainda a distribuição de respostas às escalas aplicadas, utilizando-se para isso o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Assim, podemos verificar os seguintes resultados.

	X²	df	Nível Sig.
Law_Sol1	0,66	1	0,42
Law_env1	0,03	1	0,85
Law_agil	0,02	1	0,88
Law_tot1	0,11	1	0,74
Easy_mob	3,53	1	0,06
Easy_avd	6,88	1	0,01
Easy_ccog	16,20	1	0,00
Easy_sqdv	0,06	1	0,81

Easy_tot	6,29	1	0,01
-----------------	------	---	-------------

Quadro 52. Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Idade para as Escalas Lawton / EASYcare

A análise com base na idade mostra-nos, a um ensaio de 5%, a existência de diferenças estatisticamente significativas em três áreas, que são as Actividades de Vida Diária ($p=0,01<0,05$), as Competências Cognitivas ($p=0,00<0,05$) e a EASYcare total ($p=0,01<0,05$). Não existem diferenças no que respeita às variáveis que avaliam os níveis de bem-estar (Lawton).

Para verificarmos o sentido destas diferenças, atentemos no quadro seguinte:

		N	Posição Média
Easy_avd	3ª Idade	239	159,70
	4ª Idade	97	190,19
	Total	336	
Easy_ccog	3ª Idade	239	154,92
	4ª Idade	97	201,95
	Total	336	
Easy_tot	3ª Idade	239	160,04
	4ª Idade	97	189,35
	Total	336	

Quadro 53. Médias Estatisticamente Significativas do Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Idade para as Escalas Lawton / EASYcare

Constatamos que na sub-escala de Actividades de Vida Diária (Easy_avd) os muito idosos consideram ter mais dificuldades de realização que os indivíduos de 3ª Idade. Também nas Competências Cognitivas (Easy_ccog) os idosos enquadrados no grupo da 4ª Idade apresentam índices de maior diminuição que o grupo comparativo. A EASYcare total (Easy_tot) mostra-nos que o grupo de idosos mais novos apresenta melhor autonomia funcional que o grupo de idosos mais velhos.

De acordo com o estudo efectuado, analisamos agora os dados através da EASYcare original (Quadro 54), onde notamos algumas diferenças:

	X ²	df	Nível Sig.
Law_Sol1	0,66	1	0,42
Law_env1	0,03	1	0,85
Law_agi1	0,02	1	0,88
Law_tot1	0,11	1	0,74
Easy_if	18,27	1	0,00
Easy_qdv	0,02	1	0,90
Easy_fun	6,36	1	0,01
Easy_mob	6,99	1	0,01
Easy_cp	1,57	1	0,21
Easy_ce	0,90	1	0,34
Easy_tot	6,29	1	0,01
Egd_tot	0,19	1	0,66
Tdc_tot	17,24	1	0,00

Quadro 54. Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Idade para as Escalas Lawton / EASYcare Original

Podemos evidenciar diferenças estatisticamente significativas (a um nível de confiança de 95%) nas sub-escalas de Incapacidade Física ($p=0,00<0,05$), Funcional ($p=0,01<0,05$), Mobilidade ($p=0,01<0,05$) e Cognição ($p=0,00<0,05$). A EASYcare total (Easy_tot) já foi analisada anteriormente.

No quadro seguinte podemos verificar o sentido das diferenças assinaladas.

		N	Posição Média
Easy_if	3ª Idade	239	154,51
	4ª Idade	97	202,98
	Total	336	
Easy_fun	3ª Idade	239	160,00
	4ª Idade	97	189,44
	Total	336	
Easy_mob	3ª Idade	239	159,68
	4ª Idade	97	190,22

	Total	336	
Easy_tot	3ª Idade	239	160,04
	4ª Idade	97	189,35
	Total	336	
Tdc_tot	3ª Idade	239	154,51
	4ª Idade	97	202,97
	Total	336	

Quadro 55. Médias Estatisticamente Significativas do Teste de Kruskal-Wallis com comparação por Idade para as Escalas Lawton / EASYcare Original

Todas as sub-escalas, Incapacidade física (Easy_if), funcional (Easy_fun), Mobilidade (Easy_mob) e o Teste de Diminuição Cognitiva (Tdc_tot) apontam no sentido da penalização dos idosos de 4ª Idade em detrimento dos de 3ª Idade. Assim, podemos dizer que, de uma forma geral, os muito idosos apresentam maiores índices de incapacidade nas áreas estudadas que os idosos mais novos, bem como apresentam maiores níveis de diminuição cognitiva.

DISCUSSÃO

Neste trabalho foi proposto abordar o bem-estar psicológico de idosos, relacionando-o com outras variáveis, como as redes formais de apoio, a idade e a autonomia funcional, com o objectivo de verificar as possíveis relações existentes entre estes factores.

É certo que o último limiar dos trabalhos desenvolvidos com idosos será o desenvolvimento de estratégias que permitam alcançar a velhice bem sucedida, uma vez que, como já foi referido, ao falarmos desta questão, reportamo-nos, por norma, a padrões de adaptação do idoso às suas capacidades actuais de funcionamento, dentro do seu contexto de vida (Paúl, 1996).

Uma vez que nos foi possível dispor de uma amostra representativa da população em estudo, parece-nos pertinente reportarmo-nos, em primeiro lugar, à sua caracterização socio-demográfica.

De acordo com os dados apresentados, a amostra estudada acompanha os indicadores sócio-demográficos que caracterizam a população idosa portuguesa, nomeadamente no que respeita a idade e densidade populacional. Os estudos desenvolvidos pelo INE (2002a) vêm corroborar a homogeneidade da amostra, mesmo em variáveis como as habilitações literárias, em que a maioria da população não tem qualquer tipo de instrução, a actividade profissional ligada ao sector da agricultura e à situação económica, em que a maioria dos sujeitos se considera insatisfeito.

Debruçando-nos sobre um dos objectivos específicos deste trabalho, a verificação de *relações entre as variáveis subjectivas em estudo* (bem-estar e autonomia funcional), podemos constatar que ela existe, embora não seja constante em todas as áreas estudadas. Das relações existentes, é possível ainda salientar que o seu nível de grandeza é moderado (valores entre 0,30 e 0,63), o que nos pode indicar a presença de outras variáveis com influência sobre aquelas que se encontram em estudo, como referenciado por Hilleras, Agüero-Torres e Winblad (2001), Hilleras, Jorm, Herlitz e Winblad (1998) e Erickson (1982) que identificam como factores de influência, os sócio-demográficos e as diferenças de personalidade.

Ainda assim, existem algumas relações que se devem evidenciar, nomeadamente as existentes entre os totais das escalas, na sua relação entre si e entre as sub-escalas existentes.

Parece existir uma relação positiva entre a capacidade de mobilização e os níveis de bem-estar percebido (quanto maior a capacidade para se deslocar autonomamente, maior bem-estar a pessoa experimenta), resultado este que parece vir ao encontro da ideia de que uma velhice mais saudável está intimamente ligada à manutenção da autonomia e independência, enquanto capacidades de decisão e auto-realização (Paschoal, 2000; Zimmerman, 2000).

Esta capacidade de mobilização dará, eventualmente, à pessoa, a noção, mesmo que não objectiva, de possibilidade de realização de outras tarefas, mantendo a noção de controlo pessoal que, como referenciado por Pruchno, Burant e Peters (1997), influencia os níveis de bem-estar psicológico.

Também a saúde e a qualidade de vida percebida parecem ter uma boa relação com os níveis de bem-estar, resultado este que seria de esperar uma vez que,

parece consensual que a avaliação da saúde parece ser um dos melhores preditores de bem-estar (Chatters, 1988; Hilleras, Agüero-Torres & Winblad, 2001), para além do que o bem-estar é considerado uma dimensão da qualidade de vida (Bowling, 1997; Paúl, 1992).

Embora não existam correlações significativas em todas as áreas avaliadas, as dimensões principais em estudo, autonomia funcional e bem-estar psicológico, na sua forma global, mantêm uma relação positiva entre si, pelo que quando uma dimensão aumenta, ou diminui, a outra acompanha essa tendência. Este resultado remete-nos para a noção de que o bem-estar aumenta a capacidade de lidar com os problemas de saúde, mantendo a autonomia (Broadhead et al, 1983; Bowling & Grundy, 1998).

Parece-nos ainda pertinente referir a boa correlação existente entre todos os domínios de avaliação do bem-estar com a presença de sintomas depressivos, no sentido em que quanto maior a incidência de indicadores depressivos, menores os níveis de bem-estar percebidos.

Sendo o bem-estar um factor psicológico, parece-nos fazer sentido o surgimento desta relação. Já Carney et al (1995) alertam, nos seus trabalhos, para a importância da sintomatologia psicológica dos idosos, lembrando que é de evitar considerar normal o estado depressivo, simplesmente porque se considera que é próprio do idoso ser triste.

Para além da vertente psicológica, também Leventhal et al (1996) consideram que o afecto negativo, é um preditor fiável de queixas físicas posteriores, no sentido em que um elevado nível de afecto negativo está associado a uma maior activação somática. Assim, se não houver um aumento de sintomas, no mínimo, aumenta a

atenção dada aos sintomas existentes, incrementando a sua percepção. Talvez fosse interessante, em estudos futuros, avaliar esta dimensão em idosos, relacionando-a com a percepção da sua autonomia funcional.

Parece consensual que o bem-estar sofre influência de diversos factores, quer sejam demográficos, físicos, psíquicos ou sociais (Chatters, 1988; Erickson, 1982; Hilleras, Agüero-Torres & Winblad, 2001; Zimmerman, 2000). É também objectivo deste trabalho identificar as alterações de percepção dos idosos, em áreas como o bem-estar psicológico e a autonomia funcional, quando em função de factores sócio-ambientais, como os tipos de apoio formal de que usufruem, e factores biológicos, como a idade.

Neste sentido, centraremos primeiramente a nossa atenção nas possíveis diferenças existentes, quando *comparados em função do apoio formal*.

De acordo com os resultados obtidos, podemos considerar que o apoio formal tem maior influência na percepção da autonomia funcional, que nos níveis de bem-estar das pessoas idosas.

Concretamente, foi possível verificar que os idosos que usufruem de apoio domiciliário revelam índices mais baixos na avaliação que fazem do seu cenário presente de vida, tendo em conta o seu percurso vivencial. Esta tendência é também notória quando avaliada a qualidade de vida percebida dos sujeitos.

Verificando os factores associados à autonomia funcional, constatamos que é também no apoio domiciliário que se encontram os indivíduos com mais dificuldades percebidas ao nível das capacidades instrumentais e cuidados pessoais, o que nos remete para a ideia de que o bem-estar está associado à nomeação de domínios do auto-conceito, como a história de vida, os acontecimentos de vida, a integridade

física e a capacidade funcional (Baltes & Baltes, 1990; Erikson, 1982; Freund & Smith, 1999).

Também Lawton (1985) procura explicar a situação com que se deparam os idosos com problemas funcionais. Se por um lado as suas incapacidades impõem limites ao funcionamento autónomo, por seu turno, o ambiente em que residem também não o facilita.

Nesta perspectiva, talvez fizesse sentido, não só estender os Serviços de Apoio Domiciliário a um maior número de pessoas, mas também incluir, para além do apoio já prestado, serviços de reforma e manutenção do próprio parque habitacional, condição indispensável para que o idoso se mantenha relativamente autónomo e a residir na comunidade (Paúl, 1997).

No entanto, não são apenas os idosos de Apoio Domiciliário que evidenciam dificuldades funcionais. Também os idosos a residir em Lar consideram a sua autonomia funcional diminuída, nomeadamente no que se refere à capacidade de mobilização. Outro aspecto a ter em conta é que, em oposição aos utentes de Apoio Domiciliário, os residentes em Lar são os que percebem de forma mais positiva a sua qualidade de vida, encarando o seu ciclo de vida mais favoravelmente. Por outro lado, os utentes de Centro de Dia consideram-se os mais autónomos em todas as áreas estudadas, não sendo necessariamente aqueles com uma melhor noção da sua qualidade de vida e avaliação entre a vida passada e presente.

Estes resultados remetem-nos para a ideia já referida de existência de outras variáveis de influência sobre o bem-estar. Assim, foi possível verificar que os utentes de Lar de Idosos são, em média, mais velhos, o que poderá explicar os níveis de satisfação de vida mais elevados pois, de acordo com os trabalhos de Chatters

(1988), a idade tem uma relação positiva com o bem estar subjectivo, em que as pessoas mais velhas têm menor stress e mais felicidade geral.

No que respeita ao Centro de Dia, e de acordo com os resultados obtidos, existe uma predominância de pessoas do sexo feminino, assim como uma grande percentagem de viúvos que, de uma forma geral, solicitam apoio por questões de solidão. Esta conjugação de factores poderá estar relacionada com índices depressivos mais acentuados. De facto, já a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a maior incidência de depressão em mulheres idosas. Esta sintomatologia pode influenciar a forma como estas pessoas encaram a sua vida, fazendo dela uma avaliação menos positiva, uma vez que, como já descrito, parece existir uma relação entre a depressão e o bem-estar psicológico.

É também na valência de Centro de Dia que se verifica um maior número de idosos a viver em casa de familiares. Este factor poderá influenciar positivamente a sua autonomia funcional, no sentido em que, de acordo com os estudos de Dwer, Lee e Jankowsky (1994) se verifica uma maior ajuda por parte dos idosos, nos afazeres quotidianos, quando vivem com os seus prestadores de cuidados.

No que concerne aos utentes de Apoio Domiciliário podemos constatar um menor índice de instrução que, em conjugação com a sua vivência profissional, e com o seu estado civil, nos revelam dados curiosos relacionados com a percepção da sua situação económica, que consideram média a boa. Estes resultados podem ser indicadores de existência de uma atitude passiva (Dias, 1997) por parte destas pessoas, em relação ao seu modo de vida, evidenciando até alguma dificuldade na procura de uma resposta social adequada às suas necessidades.

Talvez pudesse ser interessante aprofundar os estudos em torno da população que usufrui de apoio domiciliário como forma de compreender algumas discrepâncias que surgiram neste trabalho. Estas poderão também estar relacionadas com a dimensão da amostra que, embora passível de estudo, não é homogénea em função dos outros dois grupos, podendo estar a influenciar alguns resultados.

Numa outra perspectiva, há a salientar que as pessoas que usufruem de serviços ao domicílio são aquelas que apresentam mais famílias com filhos, embora estes em menor número e cujas residências são mais distantes. Também são aquelas que vivem maioritariamente sozinhas, com um contacto familiar e social menos frequente, reportando menos actividade física.

Este isolamento físico e psicológico reportado, conjuntamente com alguns acontecimentos de vida, afectam o modo de vida dos idosos (INE, 2002a), podendo mesmo influenciar de forma relevante os níveis de bem-estar percebidos pois, de acordo com os estudos de Caspi e Elder (1986) a satisfação de vida diz respeito ao conjunto de condições de vida de cada um, enquanto resultado da comparação entre os objectivos de vida, delineados e alcançados, visando o balanço obtido entre o indivíduo e a sociedade.

Paúl (1996) refere mesmo o papel importante dos trabalhadores domiciliários na preservação de algum tipo de contacto social que quebre a rotina de solidão a que os idosos estão expostos. No entanto, há que ter em conta que, de acordo com os trabalhos de Diener, Such, Lucas e Smith (1999) e de Freund e Smith (1999), para os idosos, o contacto com os seus familiares tem maior relevância que o contacto social generalizado. Este afecto negativo que advém dos sentimentos de solidão reportados

enquanto razão para solicitação de apoio está, inequivocamente ligado, segundo Lawton (1983) à saúde funcional.

Debrucemo-nos agora sobre indicadores biológicos, para perceber se algumas diferenças de mantêm, nomeadamente quando *comparados os grupos em função da idade*.

De acordo com os resultados já apresentados, podemos considerar que a idade não tem influência sobre os níveis de bem-estar das pessoas idosas. Também Paúl, em 1996, falando de bem-estar nos idosos, reportou a não existência de padrões causais diferentes consoante as idades, explicando que, embora existam menos acontecimentos de vida passíveis de mudança, menor extroversão e competência comportamental, uma rede social mais pequena e afectos positivos e negativos mais baixos, a qualidade de vida, em muitos domínios da interacção social, é maior. Estes factos remetem-nos para a ideia da não existência de categorias e passos causais, mas sim de um contínuo de bem-estar com efeitos recíprocos assimilativos.

Já no que respeita à autonomia funcional parecem existir diferenças significativas, nomeadamente nas áreas de actividades de vida diária, capacidades instrumentais e mobilização, e competências cognitivas. De uma forma geral, todas as áreas funcionais penalizam os muito idosos, o que vem ao encontro da noção defendida por Paschoal (2000) de que o processo natural de envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema no nosso organismo.

Evidenciaram-se ainda diferenças a nível cognitivo penalizando, uma vez mais, os sujeitos de 4ª Idade, o que parece vir ao encontro dos estudos de Paúl (1996) que referenciam a diminuição de algumas capacidades cognitivas, consoante a idade avança.

Mais uma vez parece peremptório a existência de mais variáveis de influência sobre o bem-estar psicológico. Desta forma, foi possível verificar que no grupo de idosos com idades superiores a 85 anos existem mais homens que mulheres. É certo que, de acordo com os estudos desenvolvidos pelo Instituto Nacional de Estatística (2002a), a diferença entre sexos atenua-se à medida que a idade avança, mantendo-se, no entanto, a vantagem do sexo feminino.

Esta vantagem não é constatada na nossa amostra, o que poderá estar relacionado com os critérios de inclusão. Tendo sido definido que seriam excluídos os indivíduos cuja perturbação mental provocasse a alienação da realidade e sabendo que as mulheres são mais atingidas pela problemática da saúde mental, nomeadamente por demências (APFADA, 1999), a amostra poderá ter sofrido algum desvio do ponto de vista sócio-demográfico.

Podemos também constatar que os idosos de 4ª Idade referem uma melhor situação económica e um maior contacto familiar e social, factores que poderão contribuir para o aumento da percepção de bem-estar, independentemente da diminuição da actividade física inerente à perda de capacidades funcionais.

Os indivíduos mais idosos residem, de acordo com os resultados, maioritariamente em Lar e não na comunidade, sendo os principais motivos por que o fazem os problemas de saúde, solidão e divergências familiares. Estes resultados remetem-nos para a maior probabilidade de institucionalização referida por Sin, Beers e Morgenstern (1993) e Worobey e Angel (1990), que apontam como principais factores de risco, a perda de independência funcional, o morar sozinho e ter pouco apoio por parte dos familiares.

Por estes motivos e de acordo com Ramos (1987) foi necessário criar e desenvolver serviços de apoio que respondessem às necessidades dos idosos, uma vez que a proporção de pessoas a necessitar de ajuda parcial ou total para desempenhar as suas actividades de vida diária parece ser maior nos grupos etários mais velhos.

De acordo com Eckenrode e Gore (1981), os sistemas de apoio são recursos sociais e contextuais que permitem que se lide com êxito com os acontecimentos de vida passíveis de provocar stress, como o são as perdas de capacidades funcionais. Assim, o apoio social pode surgir como variável atenuante e preventiva de stress, incrementando o bem-estar do sujeito que o solicita. Este aumento dos níveis de bem-estar está, por sua vez, relacionado, de acordo com os trabalhos de Broadhead et al. (1993) e Bowling e Grundy (1998), com o aumento da capacidade de lidar com os problemas de saúde e com a manutenção da autonomia.

Numa perspectiva preventiva do envelhecimento bem sucedido, Paúl e Fonseca (2001) salientam a importância de actuação sobre o estilo de vida das pessoas e sobre o contexto de vida do idoso. Não existindo dúvidas sobre a necessidade de aumento e melhoria dos cuidados prestados aos idosos em Portugal, considera-se que essas intervenções deverão assentar em medidas diversificadas que tenham em consideração os aspectos psicossociais da saúde e do bem-estar, privilegiando não só os tratamentos agudos, mas sobretudo a prestação de cuidados continuados, que permitam o aumento da qualidade de vida neste estrato da população.

Tendo em conta que a capacidade funcional dos idosos após um problema de saúde grave varia, sobretudo com a sua capacidade de controlo e adaptação, Kempen,

Jelicic e Ormel (1997), Diener, Such, Lucas e Smith (1999) e Hilleras, Jorm, Herlitz e Winbiad (1998) salientam que as características de personalidade, como o neuroticismo e a auto-eficácia, são especialmente importantes no processo de coping da doença crónica, influenciando de modo significativo, senão a qualidade de vida relacionada com a saúde, pelo menos a percepção que as pessoas têm dessa mesma qualidade.

Nesta linha de pensamento, os trabalhadores sociais, que desenvolvem a sua acção junto das pessoas idosas, segundo Pruchno, Burant e Peters (1997) estão numa posição privilegiada de ajudar a autonomizar os utentes que têm a cargo.

São também os trabalhadores sociais que podem ter o importante papel de articulação entre os cuidados formais e informais (Paúl, 1997), como forma de promoção e manutenção destes últimos. De acordo com Campedelli, Perracini e Diaz (1993), a qualidade e manutenção dos cuidados prestados pelos familiares, na prevenção da institucionalização, têm uma relação de dependência com o fornecimento de apoio a estes cuidadores, pelo que se considera de extrema importância o desenvolvimento de programas de treino, supervisão e assessoria para cuidadores informais, desenvolvendo a rede formal de apoio uma combinação de assistência e supervisão aos familiares prestadores de cuidados.

Esta necessidade torna-se mais evidente quando atentamos nos trabalhos desenvolvidos por Fengler e Goodrich (1979) e Noelker e Poulshock (1982), que reportam algum descontentamento por parte das pessoas idosas em relação aos seus cuidadores informais, por estes procurarem fazer demasiado por elas, chegando mesmo a criar situações com base na dependência. Neste seguimentos, Atchley

(1991) e Duncke (1985) propõem que os familiares devem permitir aos idosos ajudar nas tarefas quotidianas, pois esta atitude incrementa os níveis de bem-estar.

Parece, pois, fundamental incorporar a rede informal de apoio na prestação formal de serviços sociais. De acordo com Auslander e Litwin (1990) existem três formas de o fazer, sendo elas a partilha de cuidados entre as redes formal e informal, a substituição de cuidados informais pelo sistema formal de apoio e o fortalecimento da rede informal pelo apoio formal de forma a que esta se mantenha a prestar cuidados. Embora a última opção seja considerada a mais adequada e favorável, o caminho parece ter vindo a ser o da substituição, pois tem-se concluído que os idosos que solicitam apoio formal, carecem de outras alternativas de suporte.

Sobre este aspecto, Paúl (1997) salienta que, no nosso país, é clara a falta de serviços formais aos idosos, quer seja para suplementarem as redes de apoio informal, quer para as substituir, na ausência ou indisponibilidade dos agentes informais de apoio. Assim, e no actual panorama de escassez de instituições tipo lar, seria útil repensar soluções imaginativas de apoio, que fossem mais satisfatórias para o bem-estar psicológico dos idosos.

Estas inovadoras soluções de apoio que se impõem, deverão ter em atenção os factores psicossociais de influência, pois são eles que moldam e mantêm o estilo de vida adoptado pelos indivíduos, tão importante na construção de um envelhecimento bem sucedido. Assim, estas novas formas de apoio social deverão ser encorajadoras e promotoras de auto-suficiência, incrementando a autonomia funcional e o bem-estar psicológico das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbaum, A. & Bengtson, V. (1994). Re-engaging the disengagement theory of aging: On the history and assessment of theory development in gerontology. *The Gerontologist*, 34, 756-763.

Antonucci, T. (1990). Social supports and social relationships. In R. Binstock e L. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego, CA: Academic Press.

APFADA (1999). *Manual do Cuidador*. Lisboa: Comissão Europeia e Alzheimer Europe.

Atchley, R. (1991). *Social forces in later life*. Belmont, CA: Wadsworth.

Atchley, R. (1991a). The influence of aging or frailty on perceptions and expressions of the self: Theoretical and methodological issues. In J. Birren, J. Lubben, J. Rowe e D. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press.

Auslander, G. & Litwin, H. (1990). Social Support Networks and Formal Help Seeking: Differences Between Applicants to Social Services and a Nonapplicant Sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, 3, pp S112 – 119.

Baltes, M. (1996). Successful ageing. In S. Ebrahim & A. Kalache (Eds.), *Epidemiology in Old Age*. Londres: BMJ Publishing Group.

Baltes, M., & Silverberg, S. (1994). The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span. In D. Featherman, R. Lerner e Perlmutter (Eds.), *Life span development and behaviour*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611 – 626.

Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological Perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes e M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives of behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e Saúde Mental*. Porto: FMP.

Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. In J. Birren e K. Schaie (Eds), *Handbook of the psychology of aging*. Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company.

Born, T. (2000). Cuidado ao Idoso em Instituição. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 403 – 414). São Paulo: Editora Atheneu.

Botelho, M. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização Multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Laboratórios Bial.

Bowling, A. & Grundy, E. (1998). The association between social networks and mortality in later life. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, pp 353 – 361

Bowling, A. (1997). The conceptualization of functioning, health and quality of life. In A. Bowling, *Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.

Bowling, A. & Grundy, E. (1997). Activities of daily living: changes in functional ability in three samples elderly and very elderly people. *Age Ageing*, 26, 107-114.

Branch, L., & Jette, A. (1983). Elder's use of informal long-term care Assistance. *The Gerontologist*, 23 (1).

Brito, F., & Ramos, L. (2000). Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 394 – 402). São Paulo: Editora Atheneu.

Broadhead, W.; Kaplan, B.; James, S.; Wagner, E.; Schoenbach, V.; Grimson, R.; Heyden, S.; Tibblin, G. & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, pp 521 – 537.

Brodaty, H.(1999). *Interventions with caregivers*. Alzheimer Insights, Special Edition, January.

Buchner, D., & Wagner, E. (1992). Prebenting Frail Health. *Clinical Geriatrics of Medicine (Clin Geriatr Med)*, 8, pp 1 – 17.

Campbell, A.; Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. Nova Iorque: Russel Sage Fundation.

Campedelli, M.; Perracini, M. & Diaz, R. (1993). Grupo de Cuidadores de Idosos: Uma Experiência Multiprofissional. *Revista Âmbito Hospitalar*, 46, pp 46.

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.

Carletti, S., & Rejani, M. (2000). Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 415 – 430). São Paulo: Editora Atheneu.

Carney, R.; Freedland, K.; Eisen, S.; Rich, M. & Jaffe, A. (1995). Major Depression and Medication Adherence in Elderly Patients with Coronary Artery Disease. *Health Psychology*, 14 (1), pp 88 – 90.

Caspi, A., & Elder, G. (1986). Life Satisfaction in old age: Linking Social Psychology and History. *Journal of Psychology and Aging*, 1(1), 18 – 26.

Cattanach, L., & Tebes, J. (1991). The nature of elder impairment and its impact on family caregivers' health and psychosocial functioning. *The Gerontologist*, 31, pp 256 – 262.

Chatters, L. (1988). Subjective well-being evaluations among older black Americans. *Psychology and Aging*, 3 (2), pp 184 – 190.

Cohen, D.; Luchins, D.; Eisdorfer, C.; Paveza, G.; Ashford, J.; Gorelick, P.; Hirschman, R.; Freels, S.; Levy, P.; Semla, T., & Shaw, H. (1990). Caring for relatives with Alzheimer' disease: The mental health risks to spouses, adult children, and other family caregivers. *Behavior, Health and Aging*, 1, pp 171-182.

Crohan, S., & Antonucci, T. (1989). Friends as a source of social support in old age. In R. Adams e R. Blieszner (Eds.), *Older adult friendships*. Newbury Park, CA: Sage.

Cummings, E., & Henry, W. (1961). *Growing Old*. Nova Iorque: Basic Books.

Denney, N. (1982). Aging and cognitive changes. In B. Wolman (Ed.) e G. Stricker (Ass. Ed.), *Handbook of developmental psychology*. Prentice-Hall, Inc.

Dias, M. (1997). *A Esmeralda Perdida: A Informação ao Doente com Cancro da Mama*. Lisboa: ISPA.

Diener, E., Such, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.

Ducharme, F. (1984). *Propos sur la retraite*. *Nursing Québec*, 4 (4), pp 12 – 17.

Dunkle, R. (1985). Comparing the depression of elders in two types of caregiving arrangements. *Family Relations*, 34, 235-240.

Dwyer, J., Lee, G., & Jankowski, T. (1994). Reciprocity, elder satisfaction and caregiver stress and burden: The exchange of aid in the family caregiving relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 35-43.

Eckenrode, J., & Gore, S. (1981). Stressful events and social supports – the significance of context. In B. Gottlieb (Ed.) *Social Networks and Social Support*. Beverly Hill: SAGE.

Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.

Estes, C., & Binney, E. (1989). The biomedicalization of aging: Dangers and Dilemmas. *The Gerontologist*, 29, (5), 587 – 596.

Evans, G. & Cohen, S. (1987). Environmental Stress. In D. Stokols & I. Altman, *Handbook of Environmental Psychology*. Nova Iorque: John Wiley and Sons.

Fengler, A., & Goodrich, N. (1979). Wives of elderly disabled men: The hidden patient. *The Gerontologist*, 19, 175-183.

Fiatarone, M., O'Neill, E., Ryan, N., Clements, K., Solares, G., Nelson, M., Roberts, S., Kehayias, J., Lipsitz, L., & Evans, W. (1994). Exercise Training and Nutritional Supplementation for Physical Frailty in Very Elderly People. *The New England Journal of Medicine*, 330, pp 1769 – 1775.

Figueiredo, D., & Sousa, L. (2001). EASYcare – Um Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida e Bem-estar do Idoso. *Geriatrics*, 130 (14), pp 41 – 47.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Freund, A., & Smith, J. (1999). Content and Function of the Self-Definition in Old and Very Old Age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B (1), 55-67.

Fried, L. (1994). Frailty. In W. Hazzard (Ed.), *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. USA: McGraw-Hill.

Furnham, A., & Cheng, H. (1999). Personality as a predictor of mental health and happiness in the east and west. *Personal Individual Differences*, 27, 395-403.

Gallego, C., Roger, M., Bonet, I., Viñets, L., Ribas, A., Pisa, R., & Oriol, R. (2001). Validation of a questionnaire to evaluate the quality of life of

nonprofessional caregivers of dependent persons. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 4(7), pp 548 – 554.

Gottlieb, B. (1981). Social Networks and Social Support in Community Mental Health. In B. Gottlieb (Ed.) *Social Networks and Social Support*. Beverly Hill: SAGE.

Green, J., & Shellenberger, R. (1991). *The Dynamics of Health and Wellness. A Biopsychosocial Approach*. São Francisco: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Grundy, E. (1996). Social Networks and Support. In S. Ebrahim & A. Kalache (Eds.), *Epidemiology in Old Age*. Londres: BMJ Publishing Group.

Headey, B., & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: a theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Cheshire.

Hilleras, P., Agüero-Torres, H., & Winblad, B. (2001). Factors influencing well-being in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 361-365.

Hilleras, P., Jorm, A., Herlitz, A., & Winblad, B. (1998). Negative and positive affect among the very old: a survey on a sample aged 90 years or above. *Research on Aging*, 20, 593-610.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001. Resultados Provisórios*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2002a). *O Envelhecimento em Portugal. Situação Demográfica e Sócio-Económica Recente das Pessoas Idosas*. Lisboa: INE

Joyce, C., O'Boyle, C., & McGee, H. (1999). *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Kane, R., & Kane, R. (1981). Measures of Social Functioning in Long-term Care. In R. Kane & R. Kane (Eds.), *Assessing the Elderly. A Practical Guide to Measurement*. Toronto: Lexington Books.

Kempen, G.; Jelacic, M. & Ormel, J. (1997). Personality, chronic medical morbidity and health-related quality of life among older persons. *Health Psychology*, 16 (6), pp 539 – 546.

Kligman, L. (1986). Photoageing: Manifestations, prevention and treatment. *Dermatologic Clinics*, 4, pp 517 – 528.

Krause, N. (1986). Stress, social support and well-being among older adults. *The Journals of Gerontology*, 41, pp 512-519.

Krause, N., Herzog, R., & Baker, E. (1992). Providing support to others and well-being in later life. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 47, 300-311.

Kruskal, W. & Wallis, W. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47, pp 583 – 621.

Lachman, M. (1986). Personal control in later life: Stability, change and cognitive correlates. In M. Baltes e P. Baltes (Eds.) *The psychology of control and aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Lage, M. (2002). Saúde e Envelhecimento: Os idosos e os seus cuidadores. In I. Leal, I. Cabral & J. Ribeiro (Eds.), *Actas 4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Saúde numa Perspectiva de Ciclo de Vida* (pp. 193 - 199). Lisboa: ISPA.

Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology*, 30 (1), pp 85 – 89.

Lawton, M. (1983). The Varieties of Well-being. *Experimental Aging Research*, 9 (2), pp 65 – 72.

Lawton, M. (1985). Housing and Living Environments of Older People. In R. Binstock & E. Shenes (Eds.), *Handbook of Aging and Social Science*. Nova Iorque: Van Noshtrand Company.

Lawton, M., Moss, M., Kleban, M., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 181-189.

Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. Nova Iorque: McGraw-Hill.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nova Iorque: Springer.

Leber, W., & Parsons, A. (1982). Premature aging and alchoholism. *International Journal of the Addictions*, 17, pp 61 – 88.

Lemon, B., Bengtson, V., & Peterson, J. (1972). An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27 (4), pp 511 – 523.

Lemos, M. (2000). *Os Idosos Dependentes: O caso das Misericórdias das Regiões Norte e Centro*. Maia: União das Misericórdias Portuguesas.

Leventhal, E.; Hansell, S.; Diefenbach, M.; Leventhal H. & Glass, D. (1996). Negative affect and self reports of physical symptoms: Two longitudinal studies of older adults. *Health Psychology*, 15 (3), pp 193 – 199.

Lima, A., & Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: A construção social da categoria de velhice. *Psicologia*, VI (1), 149-158.

Litwak, E. (1989). Forms of friendships among older people in an industrial society. In R. Adams e R. Blieszner (Eds.), *Older adult friendships*. Newbury Park, CA: Sage.

Mailloux-Poirier, D. (1995). Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Eds.), *Pessoas Idosas: Uma abordagem Global* (pp. 87 – 99). Lisboa: Lusodidacta.

Manton, K. (1989). *Epidemiological, demographic and social correlates of disability among the elderly*. *Milbank Q.* 67, 2: 13.

Manton, K., Stallard, E., & Corder, L. (1995). Changes in morbidity and chronic disability in the U. S. elderly population: Evidence from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Surveys. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, 194-204.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Merimsky, O., Kollender, Y., Inbar, M. Chaitchik, S., & Meller, I. (1997). Palliative Major Amputation and Quality of Life in Cancer Patients. *Acta Oncologica*, 36 (2), 151 – 157.

Myers, D., & Diener, B. (1995). Who is happy?. *Psychological Science*, 6, 10-15.

Nekolaichuk, C., Maguire, T., Suarez-Almazor, M., Rogers, W., & Bruera, E. (1999). Assessing the Reliability of Patient, Nurse, and Family Caregiver Symptom Ratings in Hospitalized Advanced Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 17 (11), 3621 – 3630.

Netto, M. & Ponte, J. (2000). Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 3 – 12). São Paulo: Editora Atheneu.

Netto, M. (2000). *Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Noelker, I., & Poulshock, S. (1982). *The effects on families of caring for impaired elderly in residence (Final report to Administration on Aging)*. Washington: United States Government Printing Office.

Norris, V., Stephens, M., & Kinney, J. (1990). The impact of family interactions on recovery from stroke: Help or hindrance?. *The Gerontologist*, 30, 535-542.

Paschoal, S. (2000). Autonomia e Independência. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 394 – 402). São Paulo: Editora Atheneu.

Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, M. (1992). Satisfação de Vida em Idosos. *Psychological*, 8, pp 61 - 80.

Paúl, M. (1996). *Psicologia dos Idosos: O Envelhecimento em meios Urbanos*. Braga: S.H.O. – Sistemas Humanos e organizacionais, Lda.

Paúl, M. (1997). *Lá Para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

Peterson, C. (1999). Grandfathers' and grandmothers' satisfaction with the grandparenting role: seeking new answers to old questions. *International Journal of Aging and Human Development*, 49, 61-78.

Pruchno, R., Burant, C., & Peters, N. (1997). Understanding the Well-Being of Care Receivers. *The Gerontologist*, 37 (1), 102-109.

Ramos, L. (1987). *Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socioeconomic strata living in the community*. Ph. D. Thesis, University of London.

Read, R. (1984). Systemic effects of smoking. *The American Journal of Surgical Pathology*, 148, pp 706 – 711.

Reis, E. (2001). *Estatística Multivariada Aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human Aging: usual and successful. *Science*, 237, pp 143 – 149.

Schroots, J., & Birren, J. (1980). A Psychological point of view toward human aging and adaptability. In *Adaptability and Aging, Proceedings of 9th International Conference of Social Gerontology*, Quebec, Canadá.

Seyle, H. (1956). *The Stress of Life*. Nova Iorque: McGraw-Hill.

Sin, A., Beers, M., & Morgenstern, H. (1993). The geriatric “medical and public health” imperative revisited. *Journal of the American Geriatric Association*, 41 (78).

Sirgy, M. (1998). Materialism and quality of life. *Social Indicators Research*, 43, 227-260.

Sousa, L., & Figueiredo, D. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychological*, 25, pp 19 – 24.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2002). EASYcare: Um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*, 1^o Quadrimestre, 26.

Stychman, J., & Paré-Morin, L. (1986). La stratégie de maintien à domicile: l’apport de aidants naturels, *Recherches en gerontology. Le fonctionnement individual et social de la personne âgée. Le cahiers scientifiques de ACFAS*, 6.

Such, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgements across cultures: emotional versus norms. *Journal of Personal Social Psychology*, 74, 482-493.

Trindade, I. (2000). Abordagem Psicológica da Doença Crónica em Centros de Saúde. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas 3^o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 363 – 372). Lisboa: ISPA.

Trindade, I., & Teixeira, J. (1998). Intervenção psicológica em Centros de Saúde: O Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários. *Análise Psicológica*, 2 (XVI), 217 – 229.

Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Veras, R. (2000). Atenção Preventiva ao Idoso – Uma abordagem de saúde colectiva. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 394 – 402). São Paulo: Editora Atheneu.

Wagner, A., Logsdon, R., Pearson, J., & Teri, L. (1997). Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer’s disease. *Aging and Mental Health*, 1(2), pp 132 – 139.

Waldran, D., O'Boyle, C., Kearney, M., Moriarty, M., & Carney, D. (1999). Quality of Life Measurement in Advanced Cancer: Assessing the Individual. *Journal of Clinical Oncology*, 17 (11), 3603 – 3611.

Walker, A., Martin, S., & Jones, L. (1992). The benefits and costs of caregiving and careceiving for daughters and mothers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47, 130-139.

Whitbourne, S. (1985). *The Aging Body: Psychological Changes and Psychological Consequences*. Nova Iorque: Springer.

WHO (1948). *Official Records of the World Health Organization*, n.º 2. United Nations, World Health Organization. Geneve: Interim Commission.

WHO (1986). *Health Promotion: concepts and principles in action, a policy framework*. Geneve: WHO.

Willits, F., & Crider, D. (1988). Health rating and life satisfaction in the later middle years. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43 (5), 172 – 176.

Worobey, J. & Angel, R. (1990). Functional Capacity and Living Arrangements of Unmarried Elderly Persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, 3, pp S95 – 101.

Xavier, P. & Manuel, P. (2002). Envelhecer num ninho de saúde: O encontro com a partilha de cuidados. In I. Leal, I. Cabral & J. Ribeiro (Eds.), *Actas 4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Saúde numa Perspectiva de Ciclo de Vida* (pp. 183 – 192). Lisboa: ISPA.

Zimerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

Anexo I – Entrevista de caracterização de factores sócio-demográficos, psicossociais e ambientais

- ♦ **Sexo:** Feminino
Masculino

Data de Nascimento:

___ / ___ / ___

♦ **Estado Civil:**

- Solteiro/a
Casado/a
Divorciado/a
Viúvo/a

♦ **Escolaridade:**

- Nenhuma 1º ano 2º ano 3º ano 4º ano
5º ano 6º ano 7º ano 8º ano 9º ano
10º ano 11º ano 12º ano Ensino Superior

♦ **Localidade de Residência:**

♦ **Onde habita actualmente?**

- Casa própria
Casa de familiar
Casa de vizinho/amigo
Lar Residencial
Outro: _____

♦ **Apoio Formal Prestado:**

- Apoio Domiciliário
Centro de Dia
Lar Residencial

♦ **Instituição que presta esse Apoio:**

♦ **Profissão durante a Vida Activa:**

♦ **O que o levou a solicitar esse Apoio?**

♦ **Tem filhos?**

Não

Sim Quantos? _____

Idade	Sexo	Residência	
_____	_____	Próxima <input type="checkbox"/>	Distante <input type="checkbox"/>
_____	_____	Próxima <input type="checkbox"/>	Distante <input type="checkbox"/>
_____	_____	Próxima <input type="checkbox"/>	Distante <input type="checkbox"/>
_____	_____	Próxima <input type="checkbox"/>	Distante <input type="checkbox"/>

♦ **Como define o contacto com a sua família?**

Sem contacto

Pouco Frequente

Frequente

Muito Frequente

♦ **Como define a sua situação económica?**

Excelente

Boa

Média

Má

♦ **Como define o seu convívio social?**

Sem convívio

Convive pouco

Convive moderadamente

Convive muito

♦ **Como define a sua actividade diária?**

Inactivo/a

Pouco activo/a

Moderadamente activo/a

Muito activo/a

Anexo II – Escala de Ânimo de Lawton

INDIQUE SE AS SEGUINTE DECLARAÇÕES O/A DESCRIVEM A SI

Nome _____ Idade _____

	Sim	Não
1. As pequenas coisas incomodam-me mais este ano.		
2. Às vezes estou tão preocupado(a) que não consigo dormir.		
3. Tenho muitos motivos para estar triste.		
4. Tenho medo de muitas coisas.		
5. A vida é custosa para mim a maior parte do tempo.		
6. Levo as coisas muito a sério.		
7. Preocupo-me com facilidade.		
8. As coisas pioram conforme envelheço.		
9. Tenho tanta energia como no ano passado.		
10. Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis.		
11. Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava.		
12. Estou tão feliz agora como quando era novo(a).		
13. Sinto-me muito só.		
14. Estou vezes suficientes com a família e os amigos.		

Easy-Care

Nome: _____

Morada: _____

Sub-sistema de Saúde: _____ Utente n.º: _____

Centro: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____

Residência:

a) Vive:

Sozinho

Com a família

Lar de idosos

Outra

Especifique: _____

b) Costuma ter acesso a:

Apoio Domiciliário

Centro de Dia

Centro de Convívio

Outra

Especifique: _____

Indique a idade em que concluiu a sua escolarização e o nível que atingiu:

Indique a idade com que deixou de ter um trabalho remunerado e qual a profissão que exercia:

Actividade do Examinador: _____ Data de Avaliação: ____ / ____ / ____

1. Vê bem? (se usar óculos, com eles colocados)

- Sim 0
Com dificuldade 1
Não consegue ver nada 3

Comentários:

3. Tem dificuldade em mastigar a comida? (se usar dentadura, com ela colocada)

- Sem dificuldade 0
Alguma dificuldade 1
Incapaz de mastigar 3

Comentários:

1. Ouve bem? (se usar “aparelho” auditivo, com ele colocado)

- Sim 0
Com dificuldade 1
Não consegue ouvir nada 3

Comentários:

4. Sente que as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo(a), devido a problemas que possa ter com a fala/linguagem?

- Sem dificuldade 0
Dificuldade com algumas pessoas 1
Dificuldade considerável com toda a gente 3

Comentários:

PONTUAÇÃO de incapacidade física (questões 1 a 4) _____ (máximo 12)

5. Considera que a sua saúde é:

- Excelente 1
Muito boa 2
Boa 3
Razoável 4
Fraca 5

Comentários:

7. Em geral, diria que a sua habitação é:

- Excelente 1
Muito boa 2
Boa 3
Razoável 4
Fraca 5

Comentários:

6. Sente-se sozinho?

- Nunca 1
Raramente 2
Algumas vezes 3
Frequentemente 4
Sempre 5

Comentários:

PONTUAÇÃO de qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões 5 a 7) _____ (máximo 15)

8. Consegue fazer o seu trabalho doméstico?

- Sem ajuda (limpar chão, etc.) 0
- Com alguma ajuda (consegue fazer os trabalhos domésticos leves mas precisa de ajuda nos trabalhos pesados) 1
- Completamente incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico 3

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

Comentários:

9. Consegue preparar as suas próprias refeições?

- Sem ajuda (decide e cozinha refeições completas para si próprio/a) 0
- Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas é incapaz de ele/a próprio/a cozinhar refeições completas) 2
- Completamente incapaz de preparar refeições ... 5

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

Comentários:

10. Consegue ir às compras?

- Sem ajuda (tomando por si próprio/a conta das suas compras) 0
- Com alguma ajuda (precisa de alguém para ir consigo para todas as compras) 2
- Completamente incapaz de fazer qualquer compra 4

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

Comentários:

11. Consegue administrar o seu próprio dinheiro?

(ex. pagar contas, contar dinheiro, etc.)

- Sem ajuda (passar cheques, pagar contas, etc.) .. 0
- Com alguma ajuda 2
- Completamente incapaz de administrar o seu dinheiro 4

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

Comentários:

12. Consegue usar o telefone?

- Sem ajuda, incluindo procurar os números e discar 0
- Com alguma ajuda 1
- Completamente incapaz de usar o telefone 3

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

13. Consegue tomar os seus medicamentos?

- Sem ajuda (nas doses certas e às horas indicadas) 0
- Com alguma ajuda (capaz de tomar alguns medicamentos se alguém os preparar para si e/ou o(a) lembrar de os tomar 2
- Completamente incapaz de tomar os seus medicamentos 4

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

PONTUAÇÃO da área FUNCIONAL (questões 8 a 13) _____ (máximo 23)

14. Consegue sair de casa e caminhar na rua?

- Sem ajuda 0
- Com alguma ajuda 4
- Completamente incapaz de andar fora de sua casa 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

15. Consegue movimentar-se dentro de casa?

- Sem ajuda 0
- Numa cadeira de rodas sem ajuda 4
- Com alguma ajuda 6
- Acamado 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

16. Consegue subir e descer escadas?

- Sem ajuda (e sem qualquer apoio – ex. corrimão, pegas) 0
- Com alguma ajuda 2
- Incapaz de subir ou descer escadas 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

17. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem próximas uma da outra?

- Sem ajuda 0
- Com alguma ajuda 5
- Completamente incapaz de se deslocar da cama para a cadeira 7

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

18. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

- Sem ajuda (chegar à sanita ou cadeira sanitária, despir o necessário, lavar-se e ir embora) 0
- Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas incluindo limpar-se) 5
- Completamente incapaz de usar a sanita ou a cadeira sanitária 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

19. Consegue usar a banheira ou o chuveiro/políban?

- Sem ajuda 0
- Necessita de alguma ajuda para utilizar a banheira ou o chuveiro 2

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

PONTUAÇÃO da MOBILIDADE (questões 14 a 19) _____ (máximo 41)

20. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (ex. pentear o cabelo, barbear-se, maquilhar-se, etc.)

- Sem ajuda 0
Com ajuda 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

21. Consegue vestir-se?

- Sem ajuda (incluindo apertar botões, puxar os fechos, apertar os atacadores, etc.) 0
Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas sem ajuda) 3
Completamente incapaz de se vestir 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

22. Consegue alimentar-se?

- Sem ajuda 0
Com alguma ajuda (cortar os alimentos, espalhar a manteiga, etc.) 5
Completamente incapaz de alimentar-se 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

PONTUAÇÃO das actividades de CUIDADOS PESSOAIS (questões 20 a 22) _____ (máximo 19)

23. Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga?

(incontinência urinária)

- Sem problemas 0
Sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por dia) 6
Tem problemas frequentes (uma ou mais vezes por dia) ou necessita de algália 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

24. Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos?

(incontinência fecal)

Sem problemas 0

Sim, problemas ocasionais (menos de uma vez
por semana) 6

Tem frequentemente problemas 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

Cônjuge ou companheiro(a)

Membro da família

Amigo ou vizinho

Ajuda privada (ex. empregada)

Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)

Outra

Ajuda não disponível

PONTUAÇÃO do CONTROLO ESFINCTERIANO (questões 23 a 24) _____ (máximo 17)

PONTUAÇÃO de INCAPACIDADE (questões 8 a 24) _____ (máximo 100)

Escala Geriátrica de Depressão (4 itens)

25. Sente-se, em geral, satisfeito com a sua vida? Sim NÃO

26. Sente que a sua vida é vazia? SIM Não

27. Tem medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer? SIM Não

28. Sente-se feliz durante a maior parte do tempo? Sim NÃO

Atribua um ponto a cada sintoma de depressão.

Uma pontuação total de 1 ponto ou mais indica a possibilidade de estarmos perante uma depressão e a pessoa deve ser avaliada em maior detalhe.

PONTUAÇÃO de DEPRESSÃO (questões 25 a 28) _____ (máximo 4)

Teste de Diminuição Cognitiva

Item	Erro máximo	Pontuação		Ponderação	
1. Em que ano estamos?	1	_____	x	4	= _____
2. Em que mês estamos?	1	_____	x	3	= _____
Frase de Memória					
Repita esta frase depois de eu a dizer:					
Sr. João Silva, Rua das Flores, 42, Santarém					
3. Que horas são? (sem olhar para o relógio, tolera-se uma margem de erro de 1 hora)	1	_____	x	3	= _____
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1	2	_____	x	2	= _____
5. Diga os meses na ordem inversa	2	_____	x	2	= _____
6. Repita a frase de memória	5	_____	x	2	= _____
				TOTAL	_____

Pontuação de 1 para cada resposta INCORRECTA; fonte de erro máximo ponderado = 28

Pontuação:

0 – 10 indica normalidade ou diminuição ligeira

11 – 28 indica diminuição de moderada a grave

PONTUAÇÃO do TESTE de DIMINUIÇÃO COGNITIVA _____

Anexo IV – Cotação Lawton

	Sim	Não
1. As pequenas coisas incomodam-me mais este ano.	0	1
2. Às vezes estou tão preocupado(a) que não consigo dormir.	0	1
3. Tenho muitos motivos para estar triste.	0	1
4. Tenho medo de muitas coisas.	0	1
5. A vida é custosa para mim a maior parte do tempo.	0	1
6. Levo as coisas muito a sério.	0	1
7. Preocupo-me com facilidade.	0	1
8. As coisas pioram conforme envelheço.	0	1
9. Tenho tanta energia como no ano passado.	1	0
10. Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis.	0	1
11. Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava.	1	0
12. Estou tão feliz agora como quando era novo(a).	1	0
13. Sinto-me muito só.	0	1
14. Estou vezes suficientes com a família e os amigos.	1	0

Solidão / Insatisfação

2, 3, 5, 13, 14

Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento

8, 9, 10, 11, 12

Agitação

1, 4, 6, 7

Easy-Care

1. Vê bem? (se usar óculos, com eles colocados)

- Sim 0
Com dificuldade 1
Não consegue ver nada 3

Comentários:

3. Tem dificuldade em mastigar a comida? (se usar dentadura, com ela colocada)

- Sem dificuldade 0
Alguma dificuldade 1
Incapaz de mastigar 3

Comentários:

1. Ouve bem? (se usar “aparelho” auditivo, com ele colocado)

- Sim 0
Com dificuldade 1
Não consegue ouvir nada 3

Comentários:

4. Sente que as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo(a), devido a problemas que possa ter com a fala/linguagem?

- Sem dificuldade 0
Dificuldade com algumas pessoas 1
Dificuldade considerável com toda a gente 3

Comentários:

PONTUAÇÃO de incapacidade física (questões 1 a 4) _____ (máximo 12)

5. Considera que a sua saúde é:

- Excelente 1
Muito boa 2
Boa 3
Razoável 4
Fraca 5

Comentários:

7. Em geral, diria que a sua habitação é:

- Excelente 1
Muito boa 2
Boa 3
Razoável 4
Fraca 5

Comentários:

6. Sente-se sozinho?

- Nunca 1
Raramente 2
Algumas vezes 3
Frequentemente 4
Sempre 5

Comentários:

PONTUAÇÃO de qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões 5 a 7) _____ (máximo 15)

8. Consegue fazer o seu trabalho doméstico?

- Sem ajuda (limpar chão, etc.) 0
- Com alguma ajuda (consegue fazer os trabalhos domésticos leves mas precisa de ajuda nos trabalhos pesados) 1
- Completamente incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico 3

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

9. Consegue preparar as suas próprias refeições?

- Sem ajuda (decide e cozinha refeições completas para si próprio/a) 0
- Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas é incapaz de ele/a próprio/a cozinhar refeições completas) 2
- Completamente incapaz de preparar refeições ... 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

10. Consegue ir às compras?

- Sem ajuda (tomando por si próprio/a conta das suas compras) 0
- Com alguma ajuda (precisa de alguém para ir consigo para todas as compras) 2
- Completamente incapaz de fazer qualquer compra 4

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

11. Consegue administrar o seu próprio dinheiro?

(ex. pagar contas, contar dinheiro, etc.)

- Sem ajuda (passar cheques, pagar contas, etc.) .. 0
- Com alguma ajuda 2
- Completamente incapaz de administrar o seu dinheiro 4

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

12. Consegue usar o telefone?

- Sem ajuda, incluindo procurar os números e discar 0
- Com alguma ajuda 1
- Completamente incapaz de usar o telefone 3

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

13. Consegue tomar os seus medicamentos?

- Sem ajuda (nas doses certas e às horas indicadas) 0
- Com alguma ajuda (capaz de tomar alguns medicamentos se alguém os preparar para si e/ou o(a) lembrar de os tomar 2
- Completamente incapaz de tomar os seus medicamentos 4

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

PONTUAÇÃO da área FUNCIONAL (questões 8 a 13) _____ (máximo 23)

14. Consegue sair de casa e caminhar na rua?

- Sem ajuda 0
- Com alguma ajuda 4
- Completamente incapaz de andar fora de sua casa..... 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

15. Consegue movimentar-se dentro de casa?

- Sem ajuda 0
- Numa cadeira de rodas sem ajuda 4
- Com alguma ajuda 6
- Acamado 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

16. Consegue subir e descer escadas?

- Sem ajuda (e sem qualquer apoio – ex. corrimão, pegas) 0
- Com alguma ajuda 2
- Incapaz de subir ou descer escadas 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

17. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem próximas uma da outra?

- Sem ajuda 0
- Com alguma ajuda 5
- Completamente incapaz de se deslocar da cama para a cadeira 7

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

18. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

- Sem ajuda (chegar à sanita ou cadeira sanitária, despir o necessário, lavar-se e ir embora) 0
- Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas incluindo limpar-se) 5
- Completamente incapaz de usar a sanita ou a cadeira sanitária 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

19. Consegue usar a banheira ou o chuveiro/poliban?

- Sem ajuda 0
- Necessita de alguma ajuda para utilizar a banheira ou o chuveiro 2

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

PONTUAÇÃO da MOBILIDADE (questões 14 a 19) _____ (máximo 41)

20. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (ex. pentear o cabelo, barbear-se, maquilhar-se, etc.)

Sem ajuda 0

Com ajuda 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

21. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo apertar botões, puxar os fechos, apertar os atacadores, etc.) 0

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas sem ajuda) 3

Completamente incapaz de se vestir 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

22. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda 0

Com alguma ajuda (cortar os alimentos, espalhar a manteiga, etc.) 5

Completamente incapaz de alimentar-se 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

PONTUAÇÃO das actividades de CUIDADOS PESSOAIS (questões 20 a 22) _____ (máximo 19)

23. Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga?

(incontinência urinária)

Sem problemas 0

Sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por dia) 6

Tem problemas frequentes (uma ou mais vezes por dia) ou necessita de algália 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Membro da família
- Amigo ou vizinho
- Ajuda privada (ex. empregada)
- Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)
- Outra
- Ajuda não disponível

24. Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos?

(incontinência fecal)

Sem problemas 0

Sim, problemas ocasionais (menos de uma vez
por semana) 6

Tem frequentemente problemas 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade, quem o ajuda?

Cônjuge ou companheiro(a)

Membro da família

Amigo ou vizinho

Ajuda privada (ex. empregada)

Ajuda pública (ex. serviço de uma instituição)

Outra

Ajuda não disponível

PONTUAÇÃO do CONTROLO ESFINCTERIANO (questões 23 a 24) _____ (máximo 17)

PONTUAÇÃO de INCAPACIDADE (questões 8 a 24) _____ (máximo 100)

Escala Geriátrica de Depressão (4 itens)

25. Sente-se, em geral, satisfeito com a sua vida? Sim NÃO

26. Sente que a sua vida é vazia? SIM Não

27. Tem medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer? SIM Não

28. Sente-se feliz durante a maior parte do tempo? Sim NÃO

Atribua um ponto a cada sintoma de depressão.

Uma pontuação total de 1 ponto ou mais indica a possibilidade de estarmos perante uma depressão e a pessoa deve ser avaliada em maior detalhe.

PONTUAÇÃO de DEPRESSÃO (questões 25 a 28) _____ (máximo 4)

Teste de Diminuição Cognitiva

Item	Erro máximo	Pontuação		Ponderação	
1. Em que ano estamos?	1	_____	x	4	= _____
2. Em que mês estamos?	1	_____	x	3	= _____
Frase de Memória					
Repita esta frase depois de eu a dizer:					
Sr. João Silva, Rua das Flores, 42, Santarém					
3. Que horas são? (sem olhar para o relógio, tolera-se uma margem de erro de 1 hora)	1	_____	x	3	= _____
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1	2	_____	x	2	= _____
5. Diga os meses na ordem inversa	2	_____	x	2	= _____
6. Repita a frase de memória	5	_____	x	2	= _____
				TOTAL	_____

Pontuação de 1 para cada resposta INCORRECTA; fonte de erro máximo ponderado = 28

Pontuação:

0 – 10 indica normalidade ou diminuição ligeira

11 – 28 indica diminuição de moderada a grave

PONTUAÇÃO do TESTE de DIMINUIÇÃO COGNITIVA _____

Anexo VI – Consentimento Informado

O Consentimento Informado dos participantes é vital para o bom encaminhamento deste estudo, pelo que se devem prestar alguns esclarecimentos antes do início da entrevista.

Assim, é de extrema importância informar os indivíduos de que:

- / O estudo está a ser feito em todo o distrito de Setúbal;
- / Tem por objectivo perceber como encaram a vida (satisfação de vida) os idosos que nele participam;
- / Quais as suas maiores dificuldades no dia-a-dia (autonomia funcional);
- / Quais os serviços que lhes são prestados (apoio formal de que dispõe).

Para isso terão de responder a algumas perguntas que lhes serão colocadas pelo entrevistador e este anotarás as suas respostas. Deve destacar-se a importância da participação de cada indivíduo em particular, para que no final o estudo seja revelador da realidade do distrito.

É ainda importante referir que as respostas dadas pelos participantes são anónimas (não existe a necessidade de saber o nome do participante) e confidenciais (não serão divulgadas informações individuais), para além de que não é obrigatório participar no estudo.

Após este esclarecimento, é necessário perguntar à pessoa se quer participar no estudo. Se a resposta for positiva deve proceder-se ao início da aplicação dos instrumentos. Caso a resposta seja negativa, deve-se respeitar a decisão da pessoa e agradecer o tempo que nos dispensou.

Anexo VII – Alpha de Cronbach Lawton

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach Standartizado	N.º de Itens
,833	,864	18

	Média da escala de item apagado	Variância da escala se item apagado	Correlação Total	Alpha de Cronbach se item apagado
Lawton 1	12,92	72,979	,479	,826
Lawton 2	13,10	73,323	,496	,827
Lawton 3	13,07	72,881	,537	,826
Lawton 4	12,86	73,197	,450	,827
Lawton 5	13,06	72,847	,535	,825
Lawton 6	13,17	74,577	,367	,830
Lawton 7	13,16	73,228	,556	,826
Lawton 8	13,19	73,655	,528	,827
Lawton 9	13,06	73,985	,388	,829
Lawton 10	13,21	74,643	,391	,830
Lawton 11	13,02	74,686	,289	,831
Lawton 12	13,24	74,584	,442	,830
Lawton 13	12,96	73,655	,401	,828
Lawton 14	12,76	75,264	,213	,832
Lawton Solidão / Insatisfação	11,46	59,664	,713	,805
Lawton Atitudes Envelhecimento	12,23	63,089	,627	,812
Lawton Agitação	11,99	62,713	,682	,808
Lawton Total	8,92	34,357	1,000	,819

Anexo VIII – Análise de Componentes Principais Lawton

	Factores		
	1	2	3
Lawton 1	,524	,181	,033
Lawton 2	,581	,135	,101
Lawton 3	,558	-,017	,459
Lawton 4	,576	-,020	,108
Lawton 5	,450	,130	,485
Lawton 6	,555	-,029	-,045
Lawton 7	,703	,161	,022
Lawton 8	,480	,532	-,084
Lawton 9	,036	,727	,019
Lawton 10	,337	,379	-,027
Lawton 11	-,157	,638	,182
Lawton 12	,206	,623	,108
Lawton 13	,178	,050	,685
Lawton 14	-,209	,099	,715

Anexo IX – Alpha de Cronbach EASYcare

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach Standartizado	N.º de Itens
,833	,889	23

	Média da escala de item apagado	Variância da escala se item apagado	Correlação Total	Alpha de Cronbach se item apagado
Easy Care 4	50,67	705,173	,309	,831
Easy Care 5	46,65	708,284	,163	,832
Easy Care 6	47,92	701,537	,174	,831
Easy Care 7	47,77	713,305	,025	,832
Easy Care 8	49,24	674,181	,584	,825
Easy Care 9	48,21	651,931	,499	,823
Easy Care 10	48,73	659,271	,580	,822
Easy Care 11	49,03	663,478	,508	,824
Easy Care 12	50,07	688,207	,405	,829
Easy Care 13	50,24	683,355	,492	,827
Easy Care 14	48,80	623,960	,680	,815
Easy Care 15	49,08	616,593	,650	,815
Easy Care 16	48,89	648,360	,649	,819
Easy Care 17	49,75	628,266	,684	,815
Easy Care 18	49,88	624,264	,678	,815
Easy Care 19	49,84	684,044	,582	,827
Easy Care 20	50,10	657,605	,584	,822
Easy Care 21	49,99	644,285	,698	,818
Easy Care 22	50,60	685,865	,429	,828
Easy Care 23	48,53	630,462	,429	,826
Easy Care 24	49,62	636,710	,485	,823
Depressão	48,93	698,099	,211	,830
Cognição	36,92	543,933	,290	,832

Anexo X – Análise de Componentes Principais EASYcare

	Factores			
	1	2	3	4
Easy Care 4	,280	-,179	,613	,129
Easy Care 5	,007	,254	-,119	,639
Easy Care 6	,070	,023	,037	,670
Easy Care 7	-,009	-,172	,084	,669
Easy Care 8	,281	,738	,085	,006
Easy Care 9	,198	,704	,124	,060
Easy Care 10	,168	,804	,166	,072
Easy Care 11	,071	,652	,372	,064
Easy Care 12	,114	,215	,628	,010
Easy Care 13	,156	,412	,572	-,022
Easy Care 14	,587	,553	,009	,113
Easy Care 15	,668	,489	-,090	,078
Easy Care 16	,589	,522	-,053	,101
Easy Care 17	,818	,251	,028	,098
Easy Care 18	,864	,184	,101	,003
Easy Care 19	,305	,575	,173	,151
Easy Care 20	,662	,149	,274	-,088
Easy Care 21	,760	,270	,237	-,034
Easy Care 22	,460	,132	,283	-,009
Easy Care 23	,428	,100	,357	,216
Easy Care 24	,655	-,011	,306	-,009
Depressão	,003	,208	,055	,730
Cognição	,085	,191	,569	-,037