

DM
LOFE/PA

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

PSICOLOGIA DA SAÚDE

TESE DE MESTRADO

**Qualidade de Vida e Suporte Social do Idoso no Meio Rural e no
Meio Urbano: Um Estudo Comparativo e Correlacional**


Paula Alexandra Pires Lourenço Lopes

ORIENTADOR: Professora Doutora Isabel Leal

ISPA

Outubro de 2004



 Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação

Registrar: 15804
Data: 05/05/05

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

NOTA PRÉVIA

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

Na medida em que um trabalho nunca é fruto só daquele que o apresenta e representa, não posso deixar de agradecer:

À Prof.^a Doutora Isabel Leal pela orientação prestada.

À Dr.^a Ana Matos Pires por ter sido a primeira a incentivar-me neste percurso.

À Ana Isa Mourinho e ao Helder Flôr pelo apoio e disponibilidade constantes.

A um grupo de amigos muito especial por colorir a minha vida com tons de alegria.

À Susana Shirley pela alegria, motivação e presença em todos os momentos, à Andreia Fonseca pelo sorriso e dedicação e ao David Pires Barreira pelo apoio na recolha da amostra mas, sobretudo, pela cumplicidade e pela confiança.

À fonte onde fui beber a força necessária para avançar nos momentos de maior desânimo: à Hélia e ao João Paulo pelo apoio incondicional; à Filipa e ao Pedro por fazerem parte da minha vida e pela entrega tão genuína; à Fernanda e ao Carlos Cardoso, pela dedicação, pelo amor e humor que me dedicaram e à minha avó pela ternura que mostra no sorriso.

Ao meu pai por tudo o que me transmitiu e proporcionou, pelas lições de vida e pela dedicação. Por ser um homem superior. É ele, sem dúvida, o meu grande Mestre.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	1
II. O ENVELHECIMENTO	7
2.1. Diferentes olhares sobre o envelhecimento: Breve perspectiva histórica	7
2.2. Definições e conceitos	11
2.3. O Fenómeno Demográfico	15
2.4. Teorias acerca do Envelhecimento	23
2.5. Envelhecimento Bem Sucedido	26
III. URBANISMO E RURALIDADE.....	29
IV. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO	34
4.1. Saúde	34
4.2. Qualidade de Vida	37
V. SUPORTE SOCIAL DO IDOSO.....	44
VI. OBJECTIVOS DO ESTUDO	50
VII. MÉTODO	52
7.1. Participantes	52
7.2. Material	56
7.2.1. Instrumentos de medida.....	57
7.3. Tratamento de dados	63
7.3.1. Estatística descritiva	64
7.3.2. Estatística inferencial	64
7.4. Procedimento	64

VIII. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	66
8.1 Qualidade de Vida.....	66
8.2 Suporte Social Percebido.....	68
8.3 Qualidade de Vida e Suporte Social no meio urbano	70
8.4 Qualidade de Vida e Suporte Social no meio rural	72
8.5 Qualidade de Vida e Suporte Social do Idoso no meio rural e no meio urbano: análise correlacional	74
IX. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	77
9.1 Qualidade de Vida do Idoso.....	77
9.2 Satisfação com o Suporte Social.....	78
9.3 Relação entre Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida nos idosos em estudo.....	80
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
XI. ANEXOS	93
Anexo A.....	94
Anexo B.....	96
Anexo C.....	98
Anexo D.....	104

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. População residente por grandes grupos etários.....	19
Figura 2. Taxas de Natalidade e Mortalidade / Distribuição Geográfica.....	20
Figura 3. Movimento da População – Indicadores e taxas (dados retrospectivos).....	21
Figura 4. Cotação do SF-36.....	60
Figura 5. Descrição das escalas do SF-36.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 7.1 Idade (média e desvio padrão)	54
Tabela 7.2 Caracterização sócio-demográfica (%)	56
Tabela 8.1 Qualidade de Vida (SF-36).....	66
Tabela 8.2 Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	69
Tabela 8.3 Qualidade de Vida (SF-36) no meio urbano	70
Tabela 8.4 Satisfação com o Suporte Social (ESSS) no meio urbano	71
Tabela 8.5 Qualidade de Vida (SF-36) no meio rural	72
Tabela 8.6 Satisfação com o Suporte Social (ESSS) no meio rural	73
Tabela 8.7 Estudo correlacional entre a Qualidade de Vida (SF-36) e o Suporte Social Percebido (ESSS)	75

RESUMO

O presente trabalho apresenta como principal objectivo o estudo comparativo entre idosos do meio rural e idosos do meio urbano relativamente às variáveis Qualidade de Vida e Suporte Social.

Para o efeito foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

Primeiramente, foi aplicado o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) com a finalidade de conferir a ausência de défice cognitivo, uma ficha sócio-demográfica construída para o estudo, um questionário de Qualidade de Vida (*36- Item Short Form Health Survey* - SF-36) e uma escala de percepção do Suporte Social (Escala de Satisfação com Suporte Social).

De forma a tornar as amostras o mais homogéneas possível, os dados foram recolhidos em dois meios rurais (Alentejo e Trás-os-Montes) e dois meios urbanos (Lisboa e Porto) perfazendo o total de 118 sujeitos. As amostras (rural e urbana) foram comparadas relativamente às dimensões que caracterizam as variáveis Qualidade de Vida (saúde geral, funcionamento físico, papel físico, papel emocional, dor física, funcionamento social, vitalidade e saúde mental) e Satisfação com o Suporte Social (satisfação com amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais).

Os resultados confirmam a hipótese da existência de diferenças estatísticas significativas em relação à variável Qualidade de Vida, mais elevada no grupo rural. No estudo do Suporte Social Percebido, é também a amostra rural a mais satisfeita, por comparação com a amostra urbana. Por fim, é aceite a correlação nos dois grupos em estudo entre as medidas que caracterizam a Qualidade de Vida com as que caracterizam a Satisfação com o Suporte Social.

ABSTRACT

The main objective of this study is to present a comparative study of the Quality of Life and Social Support between rural and urban older adults.

For this purpose, the following evaluation tools were used:

Firstly, the Mini-Mental State Examination (MMSE) was applied in order to certify the absence of a cognitive impairment, a social-demographic evaluation was conducted, a survey regarding quality of life (36 – Item Short Form Health Survey – SF36) and a satisfaction evaluation of the received social support (satisfaction with social support scale).

In order to get a homogenous sample, the data was collected in two different rural environments (Alentejo and Trás-os-Montes) and two different urban environments (Lisbon and Oporto), which makes 118 subjects in total. The samples (rural and urban) were compared regarding the dimensions that characterize the variables quality of life (general health, physical functioning, role-physical, role-emotional, body pain, social functioning, vitality and mental health) and perceived social support (satisfaction with friends, intimacy, satisfaction with family and social activities).

The results corroborate the hypothesis of having significant statistical differences concerning to the Quality of Life variable, higher in rural group. About the study of perceived Social Support, this sample is also the most satisfied one. At the end, the correlation is accepted in the two samples in study between the subscales that assess the Quality of Life with those that assess the Satisfaction with Social Support.

I. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento crescente do interesse pelo estudo da terceira idade ao qual a psicologia não tem sido alheia. Para tal contribuíram o aumento da longevidade, as dificuldades que grande parte dessa população encontra na sociedade contemporânea, o aumento - pelo menos relativo - da patologia mental tardia, e a comprovação de que, em muitos casos, o uso de terapêuticas adequadas resolve com êxito a situação mórbida.

★ O envelhecimento é um fenómeno demográfico novo relacionado com o desenvolvimento económico, sanitário, social e cultural de um povo. Actualmente, a população idosa constitui uma fracção da população em crescimento numérico e que de acordo com projecções de diversos organismos se manterá durante algumas décadas. ★

Nos últimos 40 anos, a população idosa duplicou. Por exemplo, em 1998 o número de idosos era superior ao milhão e meio e correspondia a 15,2% da população total; o sexo feminino representava 59,1% dos idosos. As previsões apontam para que o crescimento do número de idosos continue e ultrapasse o número de jovens entre 2010 e 2015. De salientar que desde 1995 a proporção de mulheres idosas é superior à de mulheres jovens (INE, 1999).

O envelhecimento da população portuguesa tem vindo a acentuar-se, quer pela base da pirâmide etária pelo decréscimo da população jovem, quer pelo topo com o aumento da população idosa (INE, 1999). Uma população muito jovem, a mais jovem da

Europa ocidental em 1960, tornou-se em poucas décadas numa das de mais rápido envelhecimento e, talvez a prazo, uma das mais velhas da Europa. Uma população, há uns anos constituídas por numerosas famílias alargadas a várias gerações e com elevado número de filhos, é hoje constituída por famílias nucleares pequenas, normalmente apenas de pais e filhos (Barreto, 2000).

Relativamente às actividades, profissões e emprego, ocorreram igualmente alterações determinantes. A emigração para o estrangeiro e as migrações internas da população para o litoral provocaram uma “desruralização” do país bastante acelerada pois a população residente em aglomerados com mais de 100 000 habitantes duplicou e as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto centralizam hoje cerca de 40% da população. Em 1995 a agricultura ocupava cerca de 10% da população activa mas se reflectir-mos atentamente, por comparação, em 1960 o sector primário abrangia cerca de 45% do total verificando-se uma perda de mais de um milhão de activos. Este é um dos aspectos mais marcantes da sociedade portuguesa (Barreto, 1996).

✳ À semelhança de outros países, Portugal conheceu um período a partir do qual se efectuou um ritmo de mudança consideravelmente acelerada. Esse momento é marcado pela década de 60. As migrações internas, do campo para as cidades, sobretudo para as áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, assistiram nesta época a um forte movimento, ultrapassado apenas pelas emigração para países europeus. No entanto, o momento de acelerada urbanização atingiu o seu máximo entre o fim da década de 60 e o início da década de 80, ao que não deve estar alheia a chegada dos residentes em África (Barreto, 1996).

Para além de enriquecer e de modernizar a sua tecnologia, Portugal conhece então outros fenómenos que trouxeram consequências de forte impacto: urbaniza-se, envelhece, emigra e alberga famílias de dimensão cada vez menor (Carreira, 1996).

➤ O envelhecimento populacional é também encarado como um problema governamental e político que envolve um conjunto de medidas económicas na medida em que se prolonga o aumento do tempo de reforma, do tempo de lazer, de sobrecarga dos serviços de saúde e obriga à implementação de novas estratégias sociais. Pretende-se, para esta faixa da população, a implementação de um conjunto de medidas que interligando-se entre si assentem na manutenção da Qualidade de Vida. ➤

➤ Os efeitos do envelhecimento, por razões ainda desconhecidas, não são homogéneos. Para além das variações individuais, não existe um envelhecimento paralelo, ou ao mesmo ritmo, entre os órgãos e as funções psicológicas. Se é verdade que alguns indivíduos se mostram resistentes ao envelhecimento e apresentam um desempenho adaptado com o avançar da idade, outros declinam no decurso de um processo patológico e desenvolvem processos de senilidade (Fontaine, 2000; Sierna de Pedro, 2000). Vários autores insistem em compreender esta heterogeneidade de tal forma que defendem que factores como o sexo, o nível de escolaridade e o estado de saúde devem ser alvos de estudo e designados como preditores do envelhecimento (Fontaine, 2000). ➤

➤ Envelhecer é um processo comum a todos os seres vivos que implica um desenvolvimento contínuo, mais marcado na última fase da vida, que culmina com a morte. Tal como noutras fases do desenvolvimento humano, é dotado de características próprias resultantes de fenómenos biológicos, sociais, culturais e psicológicos (Silva &

Lima, 2002). Acontece que o comportamento adoptado ao longo do ciclo de vida se reflecte na qualidade do envelhecimento, podendo este desenvolver-se na forma normal ou patológica (Paúl & Fonseca, 1999).

Para Costa (cit por Silva & Lima, 2002), nas pessoas idosas, o estado de saúde depende menos da idade cronológica e relaciona-se mais com o ciclo de vida, em que a saúde e a doença fazem parte de um contínuo. São normais as oscilações do estado de saúde física ao longo da vida, pois os episódios de doenças agudas, mais ou menos graves, são acontecimentos comuns. Também neste campo, parece existir uma estreita afinidade entre a relação do indivíduo com a sociedade, os seus hábitos comportamentais próprios e o seu estado de saúde. As doenças e incapacidades que atingem a população dita idosa não são significativamente distintas das que atingem as demais faixas etárias, porém observa-se uma prevalência geralmente superior nesta fracção da população. A sintomatologia e os efeitos de uma doença no bem estar do idoso são, por norma, maiores, provocando muito provavelmente alterações na autonomia e no ânimo (Paúl & Fonseca, 1999).

A Qualidade de Vida (QDV) tornou-se, nos últimos anos, num dos conceitos mais utilizados não só pelas ciências ambientais, sociais e da saúde mas também por organizações políticas e governamentais. Os meios de comunicação social, a classe política e os técnicos de saúde em geral, estabelecem como objectivo prioritário o aumento da QDV da população, tendo em conta o contexto em que é aplicado (sanidade, serviços sociais, entre outros) (Fernández-Ballesteros & Maciá, 1993).

Sendo a qualidade de vida um conceito cultural e individual, na presença de doença esta é determinada pelas características psicológicas do idoso. Ou seja, o seu

estilo de vida e contexto exercem determinada influência em função dos mecanismos de coping individuais e da própria morbilidade da doença, com o estado de ânimo (satisfação de vida; sentido de coerência) do idoso, as actividades de vida diária (cuidados consigo próprio, como a alimentação e a higiene), as actividades instrumentais (por exemplo, ir às compras, ao médico) e as actividades valorizadas pelo próprio e que possam ficar comprometidas pela doença (passear, ler, entre outras). Se, no entanto, o idoso possuir capacidade para lidar com a situação poderá viver esta etapa de forma bem sucedida, caso contrário terá um envelhecimento patológico com redução do bem-estar e da satisfação de vida. Também não nos podemos alhear de que a história de vida dos idosos e os estilos de vida adoptados ao longo da sua existência reflectem a qualidade de vida do momento actual (Paúl & Fonseca, 1999).

Alguns autores (Lang & Carstensen cit por Lang, 2001) defendem que a interacção social pode actuar igualmente como um factor decisivo na adaptação ao envelhecimento, pois a presença de relacionamentos sociais constitui um recurso importante na qualidade de vida e permite que os sujeitos regulem a qualidade, a estrutura e a função das redes sociais por forma a aumentar os próprios recursos sociais.

• Tendo naturalmente em consideração as alterações demográficas ocorridas num passado recente, os avanços da medicina e da farmacologia, o aumento da esperança média de vida e a redução das taxas de mortalidade, o aumento marcado da população idosa e a redução da população jovem, são alguns dos factores que justificam o interesse do presente trabalho que se dedica a investigar a qualidade de vida e o suporte social comparando idosos do meio rural com idosos do meio urbano.

Através da constituição de duas amostras de idosos, uma do meio rural e outra do meio urbano, é nossa intenção compará-las relativamente às duas grandes variáveis em estudo: a Qualidade de Vida, avaliada através do MOS SF-36 e composta pelos domínios saúde geral, funcionamento físico, papel físico, papel emocional, dor física, funcionamento social, vitalidade e saúde mental; e o Suporte Social Percebido, avaliado através da Escala de Satisfação com o Suporte Social constituída por cinco dimensões: satisfação com amizades, intimidade, satisfação com a família, actividades sociais e um valor total indicador dessa satisfação.

II. O ENVELHECIMENTO

2.1. Diferentes Olhares sobre o Envelhecimento: Breve Perspectiva Histórica

A par da evolução da própria história da Humanidade é notória a forma como é encarado socialmente o processo de envelhecimento e as transformações que sucessivamente sofreu. Se nalgumas épocas o velho é destituído de significado social outras há em que lhe são conferidos papéis de honra e sabedoria, passíveis de alcançar apenas através da idade cronológica.

No Egipto (2500 a.C.) o filósofo e poeta Ptah-Hotep escreve sobre a velhice e teoriza formas de transformar um homem velho em jovem. Na Grécia antiga, a idade era sinónimo de honra, os idosos eram venerados e constituíam a Gerúsia, o concelho de velhos. Platão defendia a gerontocracia como postulado para a competência; para Hipócrates o apogeu do indivíduo fixava-se nos 56 anos ao passo que Aristóteles acreditava que o corpo atingia o seu máximo aos 38 anos e a alma aos 50 (Canela, 2000).

Na Grécia helénica, não era permitido aos velhos relações com mulheres jovens baseado na crença que de uma eventual gestação poderia nascer uma criança frágil ou com malformações. Na obra de Cícero (44 a.C.), *de Senectude*, afirma-se que não são dolorosas as privações por que um velho passa pois priva-se daquilo que já não deseja (Canela, 2000). No entanto, é interessante notar que nesta obra Cícero adopta uma perspectiva que se aproxima da actualidade, pois define velhice como um fenómeno dotado de grande variabilidade inter-individual. Para além disso, aponta este como um

potencial período de vida capaz de proporcionar oportunidades de crescimento pessoal (Fontaine, 2000).

A Bíblia católica confere respeito aos anciões e a aristocracia sacerdotal – Sinedrim - incluía na sua composição os velhos do povo (Canela, 2000) pois eram dotados de uma sabedoria adquirida através da longevidade.

No séc. II Galeno escreve a *Gerocomica*, obra que se caracteriza por transmitir conselhos e regras de higiene como medidas básicas para cuidar da velhice e onde é abordada de forma primitiva, mas sem deixar de o ser, a prevenção. Mais tarde, no séc. XI, Avicena escreve um tratado onde são assinaladas e estudadas as doenças crónicas e os distúrbios dos mais velhos. No século seguinte, Roger Bacon entende a velhice como um estado de doença; Zerbi, no séc. XV, resume na *Gerontocomia* um conjunto de medidas higiénicas que actuavam na prevenção da velhice (Canela, 2000).

Mas foi muito mais tarde, em 1840, que surgiu o primeiro tratado sistemático que descrevia as doenças típicas da velhice, através de Prus. Na mesma altura, em França, os asilos outrora criados para abrigar leprosos reuniam um elevado número de idosos. Em 1886, Charcot, famoso discípulo de Freud, publicou diversos estudos de grande impacto sobre a velhice (Canela, 2000) difundindo, na opinião de Fontaine (2000), uma imagem muito negativa acerca do envelhecimento.

Porém, a criação da Geriartria, como especialidade individualizada, deve-se a Nascher. Em 1909 publica um programa de estudos sobre a velhice e, quatro anos mais tarde cria a Sociedade de Geriartria. Anos depois surge a Gerontologia que se debruça no estudo do processo do envelhecimento (Canela, 2000).

A Gerontopsicologia, como especialidade, é relativamente recente embora vários autores no século XIX se tenham já dedicado ao estudo do envelhecimento e das perturbações psicológicas que mais frequentemente o acompanham. Podem ser referidos Alzheimer, Esquirol, Kraepelin, Wernicke e Pick. O período pós-Segunda Guerra Mundial foi determinante na medida em que o tema foi alvo de maior interesse, devido à lotação dos hospitais ingleses e escandinavos com uma grande população de doentes idosos que padeciam de perturbações mentais (Fonseca, 1988). Por esta altura diversos trabalhos defenderam que o envelhecimento poderia permitir inúmeras oportunidades para melhorar ou manter uma boa qualidade de vida, passo determinante que veio contribuir para uma mudança da imagem da velhice e para uma representação mais positiva (Fontaine, 2000).

Para além da variação na percepção da velhice consoante as civilizações e as épocas, como anteriormente referido, há um aspecto comum a todas: era notória a luta contra a morte e o ideal da imortalidade esteve sempre presente. Na realidade, o tema do envelhecimento conduz-nos, quase inevitavelmente, ao da imortalidade, ideal desde sempre perseguido pelo Homem mas, contudo, inatingível. A aceitação da morte encontra-se incluída no próprio processo do desenvolvimento humano e é, para Erikson (1968), fundamental para o bem estar individual.

São relatadas histórias antigas acerca da vontade de envelhecer com a melhor aparência possível. Desde o Antigo Egipto, por exemplo, em que a beleza do corpo era uma preocupação sempre presente: são famosos os banhos de leite de Cleópatra com o objectivo de manter a beleza e juventude da pele, bem como o cuidado extremo que os faraós e homens nobres da época conferiam ao corpo para que este estivesse perfeito

quando chegasse a morte e enfrentassem “a outra vida” fazendo-se acompanhar das jóias mais preciosas.

Já na Idade Média, surgem artefactos que permitiam a manutenção da beleza física, apesar da idade cronológica, através dos alquimistas que procuravam a imortalidade e a perfeição. A lenda do espanhol Ponce de León que viajou vários anos em busca da “Fonte da Juventude” é um exemplo ilustrativo da época.

Mas nem sempre esta busca pela longevidade tem sido sinónimo de viver melhor.

Os outrora denominados asilos foram, quando instituídos, uma resposta considerada útil, inovadora e digna que se destinavam sobretudo a dar resposta a problemas sociais para os quais não eram encontradas outras alternativas. A título de curiosidade, o primeiro asilo de mendicidade existente em Lisboa (antigo convento de Santo António dos Capuchos), destinava-se a acolher velhos desamparados (Cordo, 2001).

Em 1922, Stanley Hall publica “*Senescence: The Second Half of Life*” focando o desenvolvimento em idades avançadas. Em 1946, a *American Psychological Association* cria uma divisão denominada *Division on Maturity and Old Age* (Ribeiro, 1996) que anos mais tarde, em 1970, vem a receber o nome de *Division on Adult Development and Aging* (APA, s.d.).

O desenvolvimento da farmacologia, a melhoria das condições de vida e o aumento do nível cultural contribuíram para a explosão do número de pessoas idosas com bom funcionamento, boa saúde e com qualidade de vida (Fontaine, 2000).

Estava instituída a Gerontologia, ciência que se dedica ao estudo das modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consequentes à acção do

tempo no organismo (envelhecimento), independentemente de qualquer fenómeno patológico. A Geriatria dedica-se ao aspecto terapêutico da gerontologia, isto é, ao estudo dos métodos para combater os efeitos do envelhecimento. A psicologia do envelhecimento compara a estrutura e o funcionamento humano das diferentes dimensões psicológicas na criança, no adulto e no idoso, debruçando-se sobre a Senescência – envelhecimento normal- e a senilidade - envelhecimento patológico - e pode actuar em diversas áreas como, por exemplo, na melhoria da qualidade de vida (Fontaine, 2000).

2.2. Definições e Conceitos

No decorrer do século passado verificou-se um aumento significativo da população dita idosa a par de um aumento da esperança média de vida ao nascimento. Esta tendência continua no presente século mas, para além disso, é marcada por alterações significativas na composição desta população, nomeadamente ao nível da sua heterogeneidade (Belza & Baker, 2000). *+ todos os aspectos*

Antes de mais, importa sublinhar que não existe consenso quanto aos limites de idade para a definição da população idosa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) adopta os 60 e mais anos mas nos cálculos dos indicadores de dependência a mesma organização adopta os 65 e mais anos para a definição deste grupo, coincidente com a do Conselho da Europa e com a da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (Pinto, 2001).

A primeira variável a considerar quando se estuda o envelhecimento humano nas suas diversas vertentes, assenta no carácter cronológico (Rendas, 2001). No entanto, este

é um parâmetro que reflecte apenas parcialmente o processo de envelhecimento nas diferentes fases da vida e as distingue. É também considerado um índice precário na previsão da intensidade das modificações dependentes do envelhecimento (Fernandes, 2000; Birren & Cunningham, 1985) pois, mais do que a idade, o estilo de vida é um factor apontado como decisivo nas transformações associadas à mesma (Fernandes, 2000).

É geralmente utilizada a classificação das faixas etárias proposta pelo Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América. Desta forma, dentro do escalão etário dos idosos podem distinguir-se três categorias: os idosos jovens, com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos; os idosos constituem o grupo com idades entre os 75 e os 84 anos e, os muito idosos, com idade igual ou superior aos 85 anos (Rendas, 2001).

No entanto, devido à variação inter-individual no declínio de vários parâmetros fisiológicos, verifica-se que a partir da sexta década de vida houve uma tentativa clara de distinção entre “idade cronológica” e “idade biológica”. Os indivíduos que apresentam um declínio marcado de determinados parâmetros serão biologicamente mais idosos e terão maior probabilidade de ocorrência de alterações funcionais durante o envelhecimento (Rendas, 2001).

A este propósito, Fernandes (2000) defende a existência de várias perspectivas relacionadas com o factor idade, distinguindo claramente entre idade cronológica (determinada pelo calendário), idade biológica (posição actual do indivíduo no seu ciclo de vida e que pode não se aproximar da idade cronológica, dependendo a sua avaliação da observação das capacidades funcionais do sujeito), idade social (papéis e hábitos de

cada um em interação com o grupo social sendo a sua avaliação possível através de padrões comportamentais como, por exemplo, o desempenho de funções sociais) e, idade psicológica (capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, entre as quais se incluem, entre outras, funções como a memória, a aprendizagem e a motivação).

→ Birren e Cunningham em 1985, propõem uma classificação do envelhecimento em função do estado de saúde distinguindo claramente entre envelhecimento primário ou normal, no qual não se verifica presença de doenças podendo permanecer num estado saudável até à morte ou próximo, ao contrário do envelhecimento secundário ou patológico, no qual a doença se afirma e é causa provável de morte, e envelhecimento terciário, estado terminal de vida.

Com o leque de transformações fisiológicas e psicológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento, o idoso tende a intervir na vida social de forma mais restrita e selectiva. A família torna-se gradualmente a unidade social mais importante assumindo-se como factor básico à sobrevivência e à manutenção do equilíbrio emocional. Para além disso, é uma estrutura capaz de intervir na resolução de problemas biopsicossociais através do esforço conjunto dos seus elementos na realização de tarefas – adaptação ou protecção, participação, crescimento, suporte e afectividade (Nina & Paiva, 2001).

Envelhecer é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos. Perante um corpo em mudança é inevitável que se verifiquem alterações não só funcionais mas também de papéis sociais. Por estas razões, existem adaptações constantes que visam novos equilíbrios, tanto internos como externos (Paúl & Fonseca, 1999).

Para Vaillant e Mukamal (2001), o conceito de envelhecimento deve ser encarado numa perspectiva tridimensional: declínio, mudança e desenvolvimento. O próprio termo envelhecimento encontra-se conotado de forma negativa, associado a declínio, e declínio não é propriamente sinónimo de um processo bem sucedido. Porém, está também associado a mudança e esta implica desenvolvimento e maturação.

✍ Convém alertar para o facto de que envelhecimento não é sinónimo de velhice. Velhice é o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, de pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos. Senescência é considerado sinónimo de envelhecimento (Fontaine, 2000).

✍ A velhice, como qualquer período do ciclo de vida, mobiliza respostas biológicas, psicológicas e sociais. Não é possível alterar a condição fisiológica (biológica) em função da ordem natural da condição humana. É, no entanto, possível dar respostas adequadas e adaptadas, proporcionando uma integração psicológica e social (Cotovio, 2001).

Da mesma forma, a velhice também não deve ser associada a um processo mórbido. Pelo contrário, é a prova real de que se teve saúde para a atingir. A melhoria das condições de vida, sobretudo, o acesso aos cuidados de saúde veio proporcionar o aumento da longevidade. Mas, associado a este aumento da esperança de vida está, também, implícito um desafio político, cultural, social e sanitário (Silva & Lima, 2002).

✍ O idoso apresenta diferentes níveis de competências pessoais em inúmeras dimensões, como a cognição, o comportamento, a mobilidade física, a funcionalidade, a acuidade sensorial, a estrutura emocional, a interacção social e hábitos e condições de saúde (Lawton, 1982). É consensual que após a segunda década de vida os sentidos

começam, subtilmente, a expressar as suas falhas, por exemplo, aos 70 anos, o ser humano identifica apenas 50% dos cheiros que reconhece aos 40 (Dolty et al., 1984).

Neste âmbito, há pouco anos atrás, era aceite a ideia de que o ser humano atingia o seu estado pleno de capacidade e entrava em decréscimo numa idade precoce, geralmente após a segunda ou terceira década de vida (Ribeiro, 1998). No estudo da inteligência, por exemplo, considerava-se que a curva crescia até aos 25 anos para depois diminuir gradualmente. Porém, no *Seattle Longitudinal Study*, o nível de funcionamento intelectual foi um dos parâmetros estudados longitudinalmente durante cerca de sete anos e incluía na amostra indivíduos que, na conclusão do mesmo, tinham idades compreendidas entre os 60 e os 81 anos. Extraíram-se resultados de relevo como o seguinte: em função do grupo etário, 60 a 85% dos sujeitos mantiveram estável ou aumentaram as suas capacidades específicas, concluindo que o desenvolvimento deve ser entendido como um *continuum* que se pode prolongar até ao fim da existência, alertando para a perigosidade de o conceber como terminado após o primeiro quarto do ciclo de vida (Schaie cit por Ribeiro, 1998).

2.3. O Fenómeno Demográfico

O envelhecimento demográfico caracteriza-se pela combinação do aumento quantitativo do número de pessoas idosas, aumento do período de vida após a conclusão do período de actividade e da diminuição da percentagem de jovens. De um ponto de vista demográfico podem distinguir-se dois tipos de envelhecimento: envelhecimento na base e envelhecimento no topo. O primeiro ocorre quando se verifica uma diminuição relativa da quantidade de jovens na base da pirâmide de idades; o segundo, caracteriza-

se pelo aumento relativo de pessoas idosas no topo. A situação mais frequente é o duplo envelhecimento, na base e no topo, ou seja, por um lado, aumenta a esperança de vida consequente à redução da natalidade e aumentam os efectivos no topo da pirâmide; por outro, consequente à diminuição da taxa de natalidade observa-se a redução dos efectivos da base (Fernandes, 1997).

✂ Portugal assiste a uma situação de duplo envelhecimento. O envelhecimento no topo tem início na década de 40, consequente a um atraso brando da mortalidade e acentua-se a partir da década de 70. O envelhecimento na base inicia-se mais tarde, porém com um ritmo mais acelerado. A tendência, que já se verifica em alguns concelhos do país, no sentido da igualdade e subsequente ultrapassagem das proporções de idosos em relação à de jovens. A evolução do envelhecimento, resultante do declínio da mortalidade em idades avançadas reforça o aumento da quantidade de idosos, maioritariamente do sexo feminino. Mas há outro factor a considerar: o surto migratório nos anos 60 e 70, sobretudo da população jovem, e o posterior regresso já em idades avançadas também contribui para o aumento quantitativo da população idosa (Pimentel, 2001; Nazareth, 1999; Fernandes, 1997). A pirâmide das idades da população residente em Portugal deixou de ser triangular e manifesta agora um estreitamento na base, provocado pelo declínio da fecundidade, e um alargamento no topo resultante de maior longevidade (INE, 1999). Quanto às variações espaciais, os concelhos junto do litoral são os menos envelhecidos no topo e o envelhecimento na base tem tendência para adquirir maior homogeneidade (Fernandes, 1997).

Desde os anos 60 que se registam duas fases distintas na evolução da população portuguesa: ligeiro incremento no início da década de 60 seguido de um decréscimo

entre 1964 e 1973; os anos de 1974 e 1975 assistiram a um crescimento demográfico explosivo com taxas médias de crescimento de 3% e 5%, respectivamente; desde essa altura e até ao fim da década 70 o crescimento, embora mais lento, continuou elevado. Na década de 80, houve uma desaceleração marcada dos ritmos de crescimento demográfico com passagem a taxas de crescimento negativas; na década de 90 os ritmos de crescimento continuaram muito lentos (INE, 1999).

No espaço de praticamente quatro décadas, entre 1960 e 1998, a população portuguesa acompanhou um processo de crescimento global (12,3%) que se deve ao decréscimo da natalidade e da mortalidade, bem como de fluxos migratórios que vieram originar alterações significativas na estrutura etária com o resultante acelerar do envelhecimento demográfico. Este fenómeno expressou-se através de uma redução de 35,1% na população jovem (dos 0 aos 14 anos) e de um aumento de 114,4% na população idosa (65 e mais anos) (INE, 1999).

O índice de envelhecimento sofreu alterações significativas no período de oito anos, entre 1990 e 1998. Em 1990 observavam-se cerca de 68 idosos para 100 jovens; em 1998 havia cerca de 90 idosos para 100 jovens. A relação da proporção idosos / jovens também difere em função do género: em 1998 verificavam-se cerca de 72 homens idosos por 100 homens jovens, enquanto que o número de mulheres idosas era superior ao número de mulheres jovens (109 por 100, respectivamente), situação que ocorre desde 1995 (INE, 1999).

Se efectuarmos uma análise atenta sobre o período decorrente entre 1900 e 1991, torna-se possível observar que a nível distrital houve uma acentuação dos níveis de envelhecimento no topo e na base pois o crescimento da proporção de idosos começa a

notar-se a partir de 1960 aumentando gradualmente desde então. Em 1991 atinge a maior desigualdade no que respeita à evolução no envelhecimento distrital (Fernandes, 1997). As assimetrias observadas no envelhecimento demográfico oscilam segundo um eixo Norte / Sul para o envelhecimento na base e de acordo com um eixo Litoral / Interior referente ao envelhecimento no topo (Valente Rosa cit por Fernandes, 1997). O Norte tinha, tanto em 1990 (11,4%) como em 1998 (12,8%) a percentagem mais baixa de idosos do Continente consequente às fortes taxas de natalidade. Em 1998, a maior importância relativa de idosos pertencia ao Alentejo (21,6%), tal como em 1990 (19,3%). Este fenómeno traduz-se por crescimentos efectivos negativos nesta região que se devem a saldos naturais e migratórios igualmente negativos, sinónimo de perda da população em todos os grupos etários, com excepção do grupo com idade igual ou superior aos 65 anos. A região Autónoma dos Açores (11,9%) substituiu a Região Autónoma da Madeira (12%) em 1998 no que respeita à região com menor nível de envelhecimento (INE, 1999).

De acordo com os indicadores calculados com base nos Resultados Provisórios dos Censos 2001, a esperança de vida à nascença é de 73,47 anos para o sexo masculino e 80,30 para o sexo feminino. Para a mesma fonte, actualmente a taxa de crescimento efectivo da população é de 0,7%, sendo a taxa de natalidade 10,9% e a taxa de mortalidade de 10,2% (INE, 2002a).

De seguida, na Figura 1, podemos observar as estimativas da população residente por grandes grupos etários:

Figura1. População residente por grandes grupos etários

Unidade:1000

	POPULAÇÃO TOTAL	0-14 anos	15-65 anos	≥ 65 anos
Portugal	10 335,6	1 649,0	6 977,4	1 709,1
Continente	9 854,3	1 551,6	6 655,9	1 646,8
Norte	3 657,8	634,8	2503,3	519,7
Centro	1 791,8	264,9	1 174,7	352,2
Lisboa e Vale do Tejo	3 478, 4	522,4	2 380,3	575,7
Alentejo	527,1	71,0	331,3	124,7
Algarve	399,2	58,4	266,3	74,6
Açores	237,3	50,9	157,1	29,3
Madeira	244,0	46,5	164,4	33,0

Dados provisórios, aferidos para os Resultados Provisórios dos Censos 2001 (INE, 2002b)

Como se pode reparar na Figura 1, onde figuram os dados provisórios do Censos 2001, a proporção da população idosa já ultrapassa ligeiramente a proporção de jovens em várias regiões de Portugal Continental, nomeadamente no Centro, em Lisboa e Vale do Tejo, no Alentejo e no Algarve. O mesmo não se verifica no Norte nem nas Regiões Autónomas.

Segundo os resultados definitivos do Censos 2001, o Instituto Nacional de Estatística lança a estimativa da população residente em Portugal no final de 2002 em 10 407 500 indivíduos, dos quais 5 030 200 pertencem ao sexo masculino e 5 377 200 ao sexo feminino. No mesmo período, a esperança de vida à nascença é de 77,13 anos: 73,68 anos para a população masculina e 80,56 para a feminina. Entre o ano 2001 e 2002 observou-se um aumento de 78,1 mil indivíduos, o que se traduz numa variação populacional de 7,5 ‰ para a qual contribuiu um saldo natural de 8125 e um saldo migratório estimado em 70 milhares (INE, 2003).

A população idosa cresceu a um ritmo marcado, ao contrário do número de jovens. Como acima referido, este crescimento é consequente à diminuição da fecundidade e ao aumento da esperança média de vida, o que significa que assistimos à mudança de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambas são baixas, provocando o estreitamento da base da pirâmide de idades (Pinto, 2001).

Em comparação com 2001, a mortalidade no ano de 2002 registou um ligeiro acréscimo- 0,2% - apesar de a idade média dos falecidos ser cada vez mais elevada. Aumenta a esperança de vida e, por conseguinte, a população com mais idade (INE, 2003). No entanto, o crescimento não é homogéneo dentro da própria população idosa. Nas décadas de 70 e 80, o grupo com mais de 75 anos aumentou com taxas superiores às da população com idade igual e superior a 65 anos, situação que se diluiu e aproximou na década seguinte. Importa sublinhar que, a partir de 1981 foi na população com 85 e mais anos que se registou o ritmo de crescimento mais forte (INE, 1999).

Figura 2. Taxas de Natalidade e Mortalidade / Distribuição Geográfica

Distribuição Geográfica	Natalidade (‰)	Mortalidade (‰)
Portugal	11,0	10,2
Continente	10,9	10,2
Norte	11,3	8,7
Centro	9,6	11,8
Lisboa e Vale do Tejo	11,5	10,2
Alentejo	8,7	14,5
Algarve	11,4	11,8
Regiões Autónomas		
Açores	12,9	11,2
Madeira	12,9	11,1

INE. Estatísticas Demográficas 2002.

Figura 3. Movimento da população – Indicadores e taxas (dados retrospectivos)

Indicadores e taxas	ANOS										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Taxa de Natalidade (‰)	11,5	11,4	10,9	10,7	11,0	11,2	11,2	11,4	11,8	10,9	11,0
Relação de masculinidade à nascença (Nº)	1049	1051	1069	1082	1083	1057	1067	1063	1077	1073	1077
Taxa de mortalidade geral (‰)	10,1	10,6	9,9	10,3	10,6	10,4	10,5	10,6	10,3	10,2	10,2
Taxa de mortalidade infantil (‰)	9,2	8,6	7,9	7,4	6,9	6,4	6,0	5,6	5,5	5,0	5,0
Taxa de mortalidade perinatal (a) (‰)	10,8	10,1	9,2	9,0	8,4	7,2	6,8	6,4	6,2	5,2	6,0
Taxa de mortalidade neonatal (‰)	5,9	5,5	4,7	4,7	4,2	4,1	3,7	3,6	3,4	2,9	3,4
Taxa de mortalidade fetal tardia (a) (‰)	6,2	6,1	5,8	5,5	5,4	4,4	4,0	3,7	3,7	3,4	3,4
Taxa de nupcialidade (‰)	7,0	6,8	6,6	6,6	6,3	6,5	6,6	6,8	6,2	5,7	5,4
Taxa de divórcio (‰)	1,2	1,2	1,4	1,2	1,3	1,4	1,5	1,7	1,9	1,8	2,7

a) Com base na idade gestacional (28 e + semanas). INE- Estatísticas Demográficas 2002.

Por cada 100 casamentos dissolvidos por morte sobreviveram cerca 71 viúvas e 29 viúvos (INE, 2002). Em 1998, a proporção de homens a viver com o cônjuge (82,9%) era significativamente superior à das mulheres (54,8%). Por outro lado, entre 1992 e 1998 a população idosa a viver só aumentou de 17,2% para 19,9%. O viver só é uma característica do sexo feminino: em 1998 mais de um quarto das mulheres idosas vivia só, a par de 9,9% dos homens idosos, retratando o facto de que os homens idosos, quando comparados com as mulheres, tendem a optar com maior frequência e mais rapidamente pela reconstituição familiar (INE, 1999).

Esta nova realidade envolve, entre outros, problemas de ordem social, clínica e económica provocando, nas sociedades mais desenvolvidas, a necessidade de uma reestruturação onde a saúde assume especial importância, pois para além de estar relacionada com estes aspectos também só por intermédio da sua preservação o

indivíduo pode desfrutar de uma vida plena e ser uma mais valia para a sociedade (Veríssimo, 2001).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma das grandes metas de investigação das ciências da vida deve ser o aumento da expectativa de *vida activa*, ao contrário do objectivo anterior centrado no aumento da esperança de vida. Entre 1960 e 1998 a esperança de vida aumentou cerca de 10 anos e meio para os homens e 12 para as mulheres, tornando imperativo manter os sujeitos activos e a viver com qualidade nesta fase da vida (Pinto, 2001).

Para Pinto (2001), com o envelhecimento da população a sociedade tem de encarar e debater dois problemas realmente sérios. Por uma lado, o aumento de pessoas idosas activas requer a implementação de novas estruturas sociais bem como a criação de novas oportunidades para este escalão etário; por outro, o elevado número de pessoas idosas a necessitar de apoio obriga a uma intervenção nos cuidados de saúde e nos cuidados sociais, de onde resultam consequências económicas. Por estas razões, podem obter-se ganhos incalculáveis através da implementação de um envelhecimento saudável, alterando os hábitos de vida de forma a permitir um envelhecimento com qualidade física e psíquica.

2.4. Teorias acerca do Envelhecimento

O envelhecimento saudável ou normal, ausente de patologias ou pelo menos pouco presentes, é diferente de senescência e das condições patológicas quase que inerentes ao idoso. O envelhecimento não conduz necessariamente a incapacidades várias e à doença, no entanto, é preciso compatibilizar este processo com uma qualidade de vida que possibilite envelhecer com sucesso (Pinto, 2001).

O sucesso do envelhecimento é um dos temas mais abordados na senescência. Como já foi referido, este é um período da vida em que imperam as transformações em diversas áreas, como nas funções biológicas, nas capacidades mentais e nos papéis sociais, no entanto, com a agravante que aqui essas transformações são frequentemente sentidas como perdas (Barreto, 1988).

Apesar da existência de diversas teorias acerca das causas do envelhecimento, a genética, a imunologia, a bioquímica ou a fisiopatologia não constituem, individualmente, ou em conjunto, uma justificação para este processo, apesar de existir uma individualidade biológica determinante no que refere a estas áreas. Também o tipo de vida assume um papel decisivo que condiciona o envelhecimento e as doenças a ele associadas (Pinto, 2001).

Barreto, em 1988, descreve as quatro posições teóricas mais relevantes que focam a adaptação do idoso a estas transformações e perdas, as características presentes na definição do envelhecimento bem sucedido e o percurso para o atingir. De acordo com o mesmo autor, estas teorias são, de seguida, brevemente caracterizadas:

A Teoria da Actividade, elaborada por Kulhen em 1959, defende que o envelhecimento com sucesso está directamente relacionado com a intensidade das

relações sociais e com os papéis sociais que o idoso desempenha nas diversas esferas. A satisfação provém de uma auto-imagem positiva, consequente da percepção de que o próprio tem recursos para alcançar os objectivos pessoais e para interagir socialmente de forma gratificante. O mesmo autor indica um conjunto de sintomas que caracterizam o envelhecimento feliz, entre os quais se encontram os sentimentos de satisfação e auto-estima positiva, capacidade para ultrapassar a frustração e situações de ameaça, sobrecarga e ausência de ansiedade.

A Teoria do Desligamento, construída por Cumming em 1960, defende que, ao contrário da anterior, a partir da sexta década de vida observa-se um estreitamento no leque de contactos sociais, por vontade própria, que não se deve a qualquer imposição social. Este é um processo intrínseco que se deve à redução da energia física e mental próprias da idade e que funciona como mecanismo adaptativo. Esta redução do envolvimento social conduziria a um novo equilíbrio e só desta forma seria alcançada a satisfação de viver.

A teoria dos Padrões de Envelhecimento surge no contexto da teoria anterior, porém pela evidência de que não existem percursos lineares para atingir a satisfação de viver. Através da realização de diversos estudos, Lowenthal e Boher propõem distinguir entre desligamento voluntário e involuntário. O primeiro caracteriza-se pelo desinvestimento na zona periférica das interacções sociais acompanhado no entanto de maior investimento nas pessoas realmente próximas; o segundo surge em contextos de doença, viuvez ou reforma obrigatória e encontra-se associado a sentimentos de insatisfação.

Havigurst descreve oito estilos de adaptação às condições da senescência interligando os papéis sociais e familiares adoptados e com estruturas básicas das personalidade.

A Teoria da Mudança de Papéis surge através do estudo longitudinal de Bona. Alguns dos investigadores nele envolvidos constataram que as oscilação na satisfação de vida se faziam acompanhar de alterações no nível de actividade. Defendem que o desligamento, enquanto mecanismo adaptativo, assume um papel secundário e é utilizado por um reduzido número de sujeitos. Observa-se com frequência o desligamento temporário em contextos de entrada para a reforma e perda do cônjuge seguido por um re-investimento no meio social. De salientar que para a afirmação de novos papéis são determinantes os sentimentos de realização, expectativas para o futuro e percepção de valorização pelos demais. Pode também ocorrer o desligamento selectivo de alguns papéis secundários e com menor expressão no meio social envolvente.

Antonovsky (cit por Paúl & Fonseca, 2001) propõe a Teoria Salutogénica do Envelhecimento, a qual pretende não só identificar os sujeitos que permanecem saudáveis em situações de stress mas também mecanismos explicativos. Defende ainda que o sentido de coerência equivale a uma orientação total que caracteriza a forma em que os sujeitos são dotados de um sentido de confiança dinâmico, resistente e fortalecedor, para que os estímulos, internos ou externos, que ocorrem durante o ciclo de vida sejam estruturados, previsíveis e explicáveis, e surjam como desafios que provocam um investimento pessoal apoiado nos recursos de resistência individuais.

O sentido de coerência a que Antonovsky se refere envolve três dimensões: a primeira diz respeito à capacidade de lidar com os acontecimentos, ou seja, é referente à

percepção individual acerca da adequação dos recursos disponíveis para responder às necessidades que os estímulos impõem; a segunda, corresponde à atribuição de sentido e define-se pela medida em que a vida é, do ponto de vista emocional, dotada de sentido e a última é a compreensão e diz respeito à medida em que os estímulos são coerentes a nível cognitivo, podendo ser entendidos como estimulantes e não como ameaça. Com base nesta teoria diversos estudos foram realizados para relacionar o sentido de coerência com o envelhecimento bem sucedido (Paúl & Fonseca, 2001).

2.5. Envelhecimento Bem Sucedido

Mesmo perante dificuldades menores como, por exemplo, ao nível da força física, da acuidade sensorial e da velocidade de processamento de informação, a adaptação pode surgir dificultada e obrigar à optimização do meio físico e social, de forma a restituir um equilíbrio favorável para o sujeito que envelhece (Paúl & Fonseca, 1999).

À medida que a percentagem de idosos na população total continua a aumentar torna-se de extrema importância alargar o conhecimento científico e aplicar estratégias efectivas para optimizar a saúde do idoso saudável.

Paúl & Fonseca (1999) argumentam que apesar da ausência de sintomas de doença, a presença de determinados comportamentos, considerados de risco, permite supor que os indivíduos não são saudáveis, na medida em que se exacerba a probabilidade de adoecer. O paradigma da saúde comportamental torna-se determinante com o leque de experiências acumuladas, favoráveis ou desfavoráveis, vividas pelo

sujeito que envelhece. Por outras palavras, o envelhecimento normal ou patológico acaba por ser o reflexo do comportamento dos sujeitos ao longo do ciclo de vida.

Mas quem são na realidade os idosos saudáveis? Para Belza e Baker (2000), a resposta a esta questão depende da percepção individual de bem estar. Um sujeito idoso pode considerar-se saudável e, no entanto, estar num processo de gestão de uma doença crónica ou pode adaptar a sua percepção de bem estar no decorrer de uma função gradualmente deteriorada. Com frequência, definições que incluem o bem estar dos idosos encontram-se relacionadas com a adaptação e condições de vida dos próprios. Para os mesmos autores, idoso saudável é aquele que possui um funcionamento físico, mental, social e espiritual adequado ou que encontra recursos para responder às necessidades diárias. De sublinhar que cada idoso utiliza uma combinação única de funções ou recursos que resultam num processo contínuo de adaptação e do cumprimento das tarefas de desenvolvimento próprias da idade.

A definição de envelhecimento bem sucedido é difícil de conceptualizar na medida em que levanta questões acerca dos critérios a utilizar. Habitualmente, entre os mais referidos figuram a longevidade, a saúde física, a saúde mental, o funcionamento intelectual, as competências sociais, a autonomia e o bem-estar subjectivo (Fontaine, 2000).

A população idosa constitui um grupo heterogéneo que difere não só ao nível do funcionamento global, e na forma como o mantêm, mas também na capacidade de conhecerem mudanças ambientais internas e externas à medida que envelhecem. O idoso que melhor se adapta às mudanças sucessivas como, por exemplo, défices sensoriais ou a perda do cônjuge, é aquele que maior probabilidade tem de se manter no grupo dos

“saudáveis”. Uma adaptação com sucesso pode requerer uma readaptação no seu conjunto de estratégias, de aceitação de recursos adicionais ou de novos mecanismos de *coping* (Belza & Baker, 2000).

Para Fontaine (2000) a velhice bem sucedida encontra-se associada a três grandes categorias: a primeira é a reduzida probabilidade de doenças, especialmente as que geram redução de autonomia; a segunda consiste na manutenção de um elevado nível funcional no plano físico e cognitivo, por vezes denominado de velhice óptima; a terceira consiste na conservação da actividade social e de bem-estar subjectivo.

Porém, Cordo (2001) argumenta que, em psicogeriartria, “envelhecer bem” não é o termo mais correcto a utilizar. Na sua opinião, envelhece-se melhor ou pior e com a qualidade possível, dependendo a consciência desta de uma adequada avaliação individual bem como das suas circunstâncias globais – habitacionais, familiares, socio-comunitárias, entre outras.

O principal desafio desta faixa etária assenta no confronto com perdas incontornáveis, nomeadamente na perda do estatuto profissional através da reforma, de relações significativas por morte, de saúde, de capacidade económica e de independência. Apesar de constituírem acontecimentos de vida marcantes, é interessante a maioria dos idosos referirem satisfação com a vida e um confronto adequado aos mesmos (Neto, 1999).

Por estes motivos, a gerontologia, no decorrer deste século, deve prestar maior atenção não só à doença mas também às determinantes biopsicossociais que envolvem um envelhecimento bem sucedido (Vaillant & Mukamal, 2001).

III. URBANISMO E RURALIDADE

Existem factores particulares na evolução social, política e económica portuguesa que atribuíram um carácter único ao desenvolvimento do nosso país. O primeiro consiste na emigração para o estrangeiro que ocorre durante o todo o século XIX e continua nas primeiras décadas do século XX. De facto, o número de partidas constitui o princípio da denominada desertificação geográfica de várias áreas do país, especialmente no período seguinte à Segunda Grande Guerra. Resultante deste fenómeno observaram-se variadas situações, entre elas encontram-se o envelhecimento das populações rurais, o esvaziamento de aldeias, o abandono de terras, aumentos salariais e falta de mão-de-obra nos campos (Barreto, 1996).

Remontando à década de 30, Portugal era um país essencialmente agrícola. Coexistiam uma agricultura tradicional, que exibia fracos índices de produção e de produtividade, uma industria dominada pelos sectores tradicionais de baixa tecnologia, baixa especialização e capital reduzido, dispersão empresarial, predomínio artesanal, oficial e de pequenas empresas e um quase escasso sector de serviços modernos (Carreira, 1996).

Mas este país tradicional, predominantemente rural ou fracamente urbanizado foi gradualmente substituído por uma sociedade moderna e terciária em formação. Também aqui se deve dizer que a industria, as cidades e os serviços eram conhecidos antes de 1960 e já condicionavam de algum modo o desenvolvimento e a vida pública. O produto

industrial já era, nessa altura, superior ao agrário. O extraordinário é o ritmo a que esses processos ocorreram. A população rural e a mão-de-obra agrícola, em franca maioria, transformaram-se, em duas ou três décadas, em minorias (Barreto, 2000).

À semelhança de outros países, Portugal conheceu um período a partir do qual se efectuou um ritmo de mudança consideravelmente acelerada. Esse momento é marcado pela década de 60. As migrações internas, ou seja, do campo para as cidades, sobretudo para as áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, assistiram nesta época a um forte movimento, ultrapassado apenas pelas emigração para países europeus. No entanto, o momento de acelerada urbanização atingiu o seu máximo entre o fim da década de 60 e o início da década de 80, ao que não deve estar alheia a chegada dos residentes em África (Barreto, 1996).

Relativamente às actividades, profissões e emprego, ocorreram igualmente alterações determinantes. Quer pela emigração para o estrangeiro, quer pelas migrações internas da população para o litoral, a “desruralização” do país foi bastante acelerada pois a população residente em aglomerados com mais de 100 000 habitantes duplicou e as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto centralizam hoje cerca de 40% da população. Em 1995 a agricultura ocupava cerca de 10% da população activa mas se reflectir-mos atentamente, por comparação, em 1960 o sector primário abrangia cerca de 45% do total verificando-se uma perda de mais de um milhão de activos, este é um dos aspectos mais marcantes da sociedade portuguesa (Barreto, 1996).

É sabido que para a desagregação de muitos dos aspectos das ruralidades tradicionais influenciaram, directa e indirectamente, o contínuo recuo das actividades agrícolas como principal ocupação, empregabilidade e rendimento. No entanto, importa

sublinhar que a ruralidade não se limita aos campos. Na realidade, a oposição ruralidade vs. urbanidade é distinta da oposição campo vs. cidade. Isto é, da ruralidade fazem parte actividades (das quais a agricultura foi tradicionalmente a mais importante), práticas (cívicas e religiosas) e valores relativamente articulados entre si que acabam por ser transportados por aqueles que, abandonando temporária ou definitivamente os campos, se mudam para as cidades (Ferrão, 1996).

Tal como temos vindo a referir, a população portuguesa assistiu, nos últimos 30 anos, a profundas alterações demográficas. Por terem ocorrido num passado recente, repercutem-se em vários domínios da vida colectiva como, por exemplo, no emprego, no consumo, na protecção social entre outros, tornando-se cada vez mais difícil ignorá-las dada a ameaça que representam para o equilíbrio da sociedade. Após a década de 70, a dimensão média da família diminuiu substancialmente, aumentando, por seu lado, a importância relativa das famílias compostas por uma pessoa e declinando a importância relativa das famílias com três e mais membros (Rosa, 1996).

Para além de enriquecer e de modernizar a sua tecnologia, Portugal conhece então outros fenómenos que trouxeram consequências de forte impacto: urbaniza-se, envelhece emigra e alberga famílias de dimensão cada vez menor (Carreira, 1996).

A década de 70 em Portugal assistiu igualmente a uma abertura das políticas sociais dirigidas à terceira idade que, nessa altura, passaram a contemplar todas as pessoas do meio rural e do meio urbano em limite de idade de reforma ou incapazes para integrar o mercado activo de trabalho. Mas a década de 80 foi determinante pois multiplicaram-se por todo o país os serviços direccionados para à população idosa

(Lares, Centros de Dia, Centros de Convívio e Apoio Domiciliário), até essa data com pouca expressão (Vaz, 2001).

Em 2001, Emília Nina e Cristina Paiva realizaram um estudo que envolvia uma amostra de 82 idosos, divididos de acordo com a sua zona de residência - meio rural e meio urbano. Os sujeitos foram comparados em relação a características demográficas, autonomia, estado mental, agregado familiar e tipo de auxílio recebido em situação de doença. As autoras concluíram a existência de diferenças significativas no que respeita ao rendimento mensal (os idosos rurais viveram sobretudo da agricultura e usufruem de reformas mínimas enquanto que os idosos urbanos ter-se-ão ocupado de outras actividades, com descontos para a segurança social, com uma remuneração mensal maior e usufruindo, por consequência, de reformas mais elevadas), no auxílio na doença e em situações de emergência, bem como, em relação ao suporte socio-familiar (avaliado através de características habitacionais, co-habitação e rendimento mensal). O estado mental e a autonomia são variáveis que, neste estudo, parecem não ser afectadas pela zona de residência.

Os idosos rurais e urbanos terão, naturalmente, características e necessidades próprias, que deverão ser tidas em consideração (Nina & Paiva, 2001).

Também em 2001, num estudo realizado por Maria Ester Vaz, o objectivo consistia em investigar a relação das pessoas idosas com os equipamentos colectivos e apurar se os serviços dirigidos a esta faixa da população deverão ser menos providenciadores de soluções ou se deverão requerer uma participação activa dos beneficiários na produção e regras desses mesmos serviços. Para o efeito a amostra dividia-se em dois subgrupos de idosos, um do meio rural e outro do meio urbano,

porém com uma particularidade: enquanto a amostra urbana convivia com um serviço de tipo Centro de Dia e conhecia outros equipamentos colectivos, a amostra rural não frequentava qualquer serviço colectivo e conhecia apenas um Lar de Terceira Idade. Desta investigação estudo, destacam-se as seguintes conclusões:

1) a amostra urbana selecciona o Apoio Domiciliário como serviço preferencial na medida em que é uma estrutura de apoio nas tarefas quotidianas e, defende ainda a generalização a toda a população idosa;

2) no que respeita à relação familiar, o espaço rural processa-se com algum distanciamento físico, no entanto vinculado com laços afectivos. Estes idosos sublinham que cabe aos filhos tratarem dos pais quando estes já não estão capazes de trabalhar até porque detêm actividades agrícolas cujo consumo se destina a toda a família. Por seu lado, no espaço urbano os idosos assumem o papel de avós convivendo e apoiando os netos na guarda das crianças nos intervalos do calendário lectivo e do calendário laboral.

Para Pimentel (2001) um dos aspectos que caracteriza fortemente a sociedade portuguesa é a ligação existente entre os meios rurais e os meios urbanos. Por norma, quem se desloca para os meios urbanos continua a manter contactos significativos com os meios rurais que se traduzem em relações de entreajuda, em visitas assíduas ou em trocas de bens e de serviços. Ferrão (1996) entende que a ruralidade é transportada para o espaço urbano e permanece enquanto continuarem significativas as relações familiares e de amizade entre os que mudaram para a cidade e os que permanecem na “terra”.

IV. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

4.1. Saúde

A saúde dos idosos é uma preocupação prioritária para os próprios e, por factores acima referidos, para os governos. Do ponto de vista individual, não só para os idosos como para a população em geral, a saúde surge inevitavelmente como o aspecto mais importante da vida (Paúl & Fonseca, 1999).

Dada a elevada concentração de idosos nos serviços de saúde, em estado agudo, transitório ou crónico, não é surpreendente que muitos técnicos de saúde considerem a população idosa como um grupo que exhibe um funcionamento deficitário com complexas complicações médicas. A maioria dos serviços destinados ao idoso centra-se na gestão da doença. Por oposição, um modelo restaurativo da saúde poder-se-ia focar na manutenção e melhoria do funcionamento social, cognitivo e físico (Belza & Baker, 2000).

Na década de 70, conseqüente à Segunda Revolução da Saúde, verificou-se uma mudança extrema na comunidade política e científica quanto à forma de pensar e intervir na saúde, da qual se salientam as ideias mais marcantes: primeiro, a saúde deveria ser o alvo de maior preocupação em vez de a doença e, segundo, as principais causas de morbilidade e mortalidade eram de etiologia comportamental (Ribeiro, 1998).

A saúde física não é, por si só, condição de felicidade. Mas a sua ausência é fonte de sofrimento e ruptura do bem-estar, através de interacções complexas, directa e

indirectamente a par de outros factores da qualidade de vida. A doença física mobiliza os mecanismos de *coping* necessários para a recuperação, envolvendo toda a sua actividade e recursos. Por consequência, pode conduzir à perda de capacidade económica que os gastos com a saúde envolvem, a alteração das actividades diárias e das interacções sociais, ao desconforto, e por vezes, ao medo da morte. Todas estas questões presentes em contextos de doença são mais prováveis de se afirmar e agravar nos idosos (Paúl & Fonseca, 1999).

A saúde e as doenças acompanham os papéis, as tarefas e os contextos sociais de desenvolvimento, para além de que influenciam e são influenciadas pelo seu comportamento (Ribeiro, 1996).

Em 1948, a OMS definiu saúde como “estado de bem estar físico, mental e social, completo e não apenas a ausência de doença”. Esta definição entende a saúde como um estado de bem estar que integra as dimensões física, social e mental, não é sinónimo de ausência de doença, as dimensões físicas, sociais e mentais pertencem à mesma realidade e coexistem e é uma dimensão subjectiva por ser uma percepção individual (Ribeiro, 1996). Mais tarde, em 1986, a OMS redefine o conceito da seguinte forma:

“Saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. Para além disso, é um recurso para vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida” (Ribeiro, 1998).

vivenciar a doença e a multimorbilidade, associada a fragilidade, incapacidade e consequentes níveis de dependência (Manton, 1990).

O principal objectivo incide em aproximar a curva de morbilidade da curva de mortalidade, ou seja, proporcionar uma vida mais longa e mais saudável. A actual curva de morbilidade é mais desfavorável que a de esperança de vida, isto é, os indivíduos vivem mais tempo, porém incapacitados e doentes (Paúl & Fonseca, 1999).

A este propósito, pode definir-se bem-estar físico através da ausência de dores ou de sintomas de desconforto físico indesejáveis ou incapacitantes para a realização das actividades privadas ou sociais de um indivíduo. O bem-estar emocional traduz-se pela ausência de sofrimento psicológico, seja ele de causas conhecidas ou desconhecidas pelo próprio mas que se encontram relacionados com os estados de perturbação mental. Ao nível de satisfação conferido pelas relações interpessoais, na qual se expressam os tipos de relacionamento interpessoal e de mecanismos de defesa e de *coping*, designa-se de bem-estar interpessoal. Bem-estar social relaciona-se com o clima cultural e social em que o sujeito se movimenta e que engloba diversos aspectos (sociológicos, ambientais, económicos e políticos) que exercem influência directa no bem-estar e na qualidade de vida e são susceptíveis de criar as condições para a plena auto-realização pessoal (Geadá, 1996).

4.2. Qualidade de Vida

A partir da segunda metade do século XX, começou a prestar-se maior atenção ao desenvolvimento qualitativo do adulto, em parte, devido à afirmação do conceito de Desenvolvimento no Ciclo de Vida, o qual implica uma concepção de que o

desenvolvimento ocorre desde a concepção até à morte; que o estudo da velhice e a compreensão das mudanças que nela ocorrem tornou possível a implementação de programas de melhoria da QDV ou de Promoção da Saúde dirigidas a esta faixa etária (Ribeiro, 1996).

Frequentemente, a Qualidade de Vida (QDV), a prosperidade e a saúde, enquanto designações, são ainda utilizadas com o mesmo sentido. A segunda metade do século XX veio mostrar que um aumento da prosperidade não se acompanha obrigatoriamente de uma melhor QDV (Cavaglia, 1996).

De acordo com Ribeiro (1998), o conceito de QDV tem acompanhado um outro, o de Promoção da Saúde. Em 1960, o relatório da *Commission on National Goals* tornou publica a preocupação do governo americano em relação ao desenvolvimento da QDV e ao bem-estar da população. A partir deste momento começaram a brotar investigações nesta área com base num conjunto de indicadores sociais e ambientais apontados como essenciais para a caracterização do conceito de QDV nos quais se incluíam a educação, a individualidade, o crescimento económico, a saúde e o bem-estar, entre outros.

A QDV pode ser encarada em termos individuais, grupais ou populacionais (Cramer & Spilker, 1998).

Segundo relata Cavaglia (1996), os primeiros estudos sobre QDV incidiram sobre o tratamento de neoplasias, doenças cardiovasculares e doenças físicas crónicas. Para o mesmo autor, sendo a QDV a expressão de uma avaliação subjectiva, torna-se inevitável que factores como a idade, o tipo de doença, o tipo de tratamento, as possibilidades individuais e os acontecimentos vitais se situem na base deste processo. A intensidade e a índole com que reverberam no plano psíquico variam individualmente.

A definição de QDV assentou em diversos conceitos, desde a realização pessoal até à capacidade de levar uma vida “normal”, no entanto, também envolve todas as áreas de vida desde o ambiente à saúde (Bowling, 1996). Alguns modelos da QDV baseiam-se na satisfação das necessidades humanas básicas, ou primárias, derivadas da clássica teoria da pirâmide de Maslow (Bigelow et al, 1982). Os factores ambientais constituem importantes componentes da QDV e são, directa ou indirectamente, indicadores do estatuto socio-económico. Outros modelos, porém, baseiam-se na satisfação com a vida e na “felicidade” (Andrews, 1986) e, mais recentemente, sobrepõem-se ao do envelhecimento bem sucedido, um conceito positivo (Bowling, 1993).

A QDV do indivíduo é o ponto de encontro entre a realidade e as suas expectativas, onde assume maior destaque a experiência vivida do que propriamente as condições reais de vida ou a opinião de terceiros, espelhando a satisfação com os objectivos e sonhos próprios de cada um (Matos & Sardinha, 1999). A QDV subjectiva corresponde à cotação que o próprio confere acerca da satisfação nas várias áreas que constituem o seu quotidiano (Cavaglia, 1996).

Há dois grandes tipos de QDV: a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) e a Qualidade de Vida Não Relacionada com a Saúde (QDVNRS). A QDVRS representa os domínios da QDV que se relacionam directamente com a saúde. Muitos são os factores, internos e externos, que podem influenciar as percepções de saúde, funcionamento e bem-estar como, por exemplo, a motivação e características da personalidade. Outros factores como as redes sociais podem ter impacto no suporte os processos de adaptação na doença. Os domínios físicos e psicológicos da QDVRS exercem efeitos nos planos social e económico. A conceptualização da QDVNRS

engloba quatro domínios: a) pessoal - interno, b) pessoal - social, c) externo - meio ambiente e, d) externo - meio social (Cramer & Spilker, 1998).

O presente trabalho vai debruçar-se apenas sobre a QDVRS, na medida em que se enquadra e é relevante para o tema em estudo.

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) está intimamente relacionada com a definição de saúde proposta pela OMS, no entanto, não abrange outras dimensões que não dependem propriamente deste domínio. Acontecimentos de vida afectam a saúde através de stress, ansiedade ou outras emoções. Todos os domínios devem ser avaliados quando se mede a QDVRS (Cramer & Spilker, 1998).

De acordo com os mesmos autores são habitualmente referidos quatro grandes domínios na categorização da QDV:

1. Saúde física e capacidades funcionais;
2. Saúde psicológica e bem-estar;
3. Interacção social;
4. Nível sócio-económico.

É notório o aumento do interesse geral que foca a promoção do “envelhecimento bem sucedido” devido a elevadas expectativas centradas nas idades mais avançadas, bem como, o interesse político em manter a independência. Esta perspectiva conduziu à necessidade de utilizar medidas de saúde e de cuidados sociais, incluindo a QDV, integrando áreas da vida que os sujeitos percebem como importantes (Bowling, 1993). Simultaneamente, a gerontologia social passou a ganhar relevo e a afastar-se do conceito de dependência estruturada em que o alvo de investigação era a saúde fraca e

mecanismos de *coping* individuais e da própria morbidade da doença, com o estado de ânimo (satisfação de vida; sentido de coerência) do idoso, as suas actividades de vida diária (cuidados consigo próprio, como a alimentação e a higiene), as actividades instrumentais (por exemplo, ir às compras, ao médico) e as actividades valorizadas pelo próprio e que possam ficar comprometidas pela doença (passear, ler, entre outras). Se apesar de tudo o idoso possuir capacidade para lidar com a situação poderá ter um envelhecimento bem sucedido, caso contrário terá um envelhecimento patológico com redução do bem-estar e da satisfação de vida. Para além de que é importante sublinhar que também a história de vida dos idosos e os estilos de vida adoptados ao longo da sua existência reflectem a qualidade de vida do momento actual (Paúl & Fonseca, 1999).

instrumental que subentende ajuda física em condições de redução das capacidades funcionais ou perda de autonomia física, transitória ou definitiva (Paúl, 1997).

Dunst e Trivette (cit por Ribeiro) definem a presença de cinco componentes de suporte social que se articulam entre si:

- componente constitucional, composta pelas necessidades e a congruência existente entre elas e o suporte social;
- componente relacional, que se caracteriza pelo tamanho da rede social, estatuto familiar, estatuto profissional e participação em organizações sociais;
- componente funcional, constituída pelo suporte disponível, pelo tipo de suporte – emocional, informativo, instrumental, material, qualidade e quantidade do suporte;
- componente estrutural, onde se inclui a proximidade física e a frequência dos contactos sociais, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência; e
- componente satisfação, definida através da utilidade e ajuda fornecida.

Os mesmos autores defendem ainda várias dimensões do suporte social que consideram essenciais para o bem-estar. São elas: a) o tamanho da rede social, b) a existência de relações sociais, principais ou periféricas, c) a frequência dos contactos, d) a necessidade de suporte, e) o tipo e a quantidade de suporte disponível, f) a congruência (adequação entre o suporte social disponível e necessário), g) a utilização das redes sociais quando necessário, h) dependência (nível de confiança nas redes de suporte social quando as utiliza), i) reciprocidade (estabilidade entre o suporte recebido e

conferido), j) proximidade sentida em relação aos prestadores, e k) satisfação (utilidade e nível de ajuda sentidos pelo próprio perante o suporte social).

As alterações nas redes sociais dos idosos têm sido estudadas sobretudo no âmbito dos acontecimentos de vida (van Tilburg, 1998). A viuvez, por exemplo, dado que nas sociedades industrializadas os sujeitos do sexo masculino morrem mais cedo (MacIntyre & Hunt, 1997). A morte de um cônjuge significa vários tipos de perdas para o idoso na medida em que existe um corte nos laços emocionais mais profundos. A principal companhia das actividades diárias já não está presente, há uma frustração no preenchimento das necessidades sexuais e, sobretudo no caso das mulheres, ocorre com frequência uma perda económica (Neto, 1999).

Ainda a respeito da viuvez, este é um estado civil adquirido que vem alterar a rede social na sua composição e funcionamento. No entanto, os segmentos das redes sociais de apoio podem sofrer alterações em diferentes sentidos. Nos idosos com saúde debilitada o suporte social pode aumentar enquanto os contactos periféricos diminuem. Pode também ocorrer que idosos com bons indicadores de saúde invistam em relacionamentos específicos de forma a solidificar uma rede de suporte social disponível sempre que necessário (van Tilburg, 1998).

Para alguns autores (Lang & Carstensen cit por Lang, 2001), a interacção social contribui de duas formas na adaptação à denominada Terceira Idade: por um lado, a presença de relacionamentos sociais constitui um recurso importante na qualidade de vida; por outro, permite que os sujeitos regulem a qualidade, a estrutura e a função das redes sociais por forma a aumentar os próprios recursos sociais.

É consensual que as redes sociais contribuem para o funcionamento e bem-estar ao longo do ciclo de vida (Lang, 2001). Porém, tal como defendem Olsen e colegas (cit por Ribeiro, 1999), o grupo etário revela-se uma variável determinante quando se estudam os componentes ou dimensões que caracterizam o suporte social na medida em que para as crianças e idosos é a família quem exerce maior influência no fornecimento do suporte social, ao passo que no grupo com idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos este papel pertence ao conjugue.

Mesmo no caso das novas configurações familiares (famílias monoparentais, nucleares, uniões de facto, etc) não são sinónimo de cortes relacionais entre gerações. Grande parte das pessoas idosas constituem o equilíbrio de muitos grupos familiares, apesar de não partilharem o mesmo espaço físico (Vaz, 2001). Se há uns anos atrás as gerações se encontravam muito intrincadas, actualmente essa situação já não acontece pois cada uma segue os seus circuitos paralelos (Mah, Gonçalves & Garcia, 1999).

As mudanças possíveis de ocorrer nas relações sociais dos gerontes, nomeadamente de familiares e amigos, são de particular importância na medida em que são fontes de afecto e assistência (Dean, Kolody & Wood, 1990). A literatura existente tem demonstrado que as reduções nos contactos sociais neste período de vida não se devem à redução de contacto com as redes de apoio informal, onde se incluem a família e os amigos próximos mas sim à diminuição nos contactos com membros periféricos da rede social (Carstensen, 1995). Na realidade, o contacto com amigos próximos e familiares parece manter-se de forma estável. Field & Minkler, em 1988, publicaram um estudo onde analisavam o contacto com familiares e amigos próximos de uma coorte de idosos concluindo que este se mantinha estável por cerca de 14 anos. Salientam também

a existência de um efeito de género no que respeita à frequência de contactos sociais com amigos ao longo do tempo, revelando o grupo masculino uma diminuição neste domínio, ao contrário do grupo feminino que continua a estabelecer contactos sociais com amigos próximos e confidentes.

Nas pessoas idosas fora da vida activa e já sem preocupações com os filhos, as actividades de lazer podem tornar-se de particular importância na expressão do auto-conceito e no bem-estar (Mannell, 1993).

Herzog, Franks, Markus & Holmberg (1998) estudam o tipo de actividades de lazer nas pessoas idosas em função do nível académico. Os resultados apontam para que os sujeitos com maior nível de instrução se dediquem sobretudo a actividades de lazer do tipo mental em vez de actividades produtivas. Estes achados remetem para a influência que a instrução em idade jovem influencia toda a idade adulta bem como o estilo de vida. O nível educacional é, acima de tudo, um recurso que facilita a escolha de opções e apresenta, neste estudo, uma forte associação com as actividades de lazer em vez de com actividades produtivas.

No âmbito do suporte social, diversos estudos focaram a atenção entre a associação desta variável com outras, nomeadamente, a saúde física e mental (Yeh & Liu, 2003; Baltes & Lang, 1997; Potts, 1997) e variáveis sócio-demográficas (Herzog et al, 1998; Koukouli, Vlachonikolis & Philalithis, 2002).

Especialmente nesta etapa de vida, há que ter em consideração as dificuldades das pessoas idosas no estabelecimento de novos relacionamentos e o modo como se sentem quando têm de juntar-se a outros com os quais, à partida, não se identificam. A heterogeneidade social dos locais (equipamentos sociais) frequentados ou disponíveis

para os idosos pode constituir um factor de resistência ao seu envolvimento em iniciativas ou actividades (Cordo, 2001).

De acordo com Mah, Gonçalves e Garcia (1999), observa-se actualmente uma clivagem e um afastamento social entre uma velhice autónoma (o idoso está integrado num “sistema de trocas recíprocas” em redes sociais próximas – filhos, netos, vizinhos e amigos - possibilitando a solidariedade intergeracional) e uma velhice dependente (idosos em situação de dependência física, psicológica e social). Segundo os mesmo autores, a velhice duplamente dependente (institucionalizada) exhibe características muito específicas na medida em que é marcadamente feminina, aparenta ser mais solitária, a viuvez é o estado civil predominante, com baixa escolarização e poucos recursos económicos, pretende das instituições funções e suportes diversos como, por exemplo, a nível económico, social, afectivo, social e de lazer.

VI. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O presente trabalho apresenta como principal objectivo o estudo comparativo das variáveis Qualidade de Vida e a Satisfação com o Suporte Social entre idosos residentes no meio rural e idosos residentes no meio urbano.

O objectivo secundário assenta no estudo correlacional das mesmas variáveis entre os dois grupos de idosos no seu conjunto e observar possíveis interacções.

De acordo com estas finalidades são colocadas as seguintes questões de investigação:

1º Existem diferenças nas dimensões que compõem a Qualidade de Vida entre idosos residentes no meio urbano e idosos residentes no meio rural, quando comparados?

2º É o Suporte Social um domínio que admite variações quando avaliado entre grupos de idosos do meio rural e do meio urbano?

3º Encontram-se as dimensões que caracterizam as principais variáveis em estudo - Qualidade de Vida e de Satisfação com o Suporte Social – correlacionadas entre si?

As Questões de Investigação acima levantadas permitem-nos formular as hipóteses orientadoras do estudo:

1º É hipotizado que se evidenciam diferenças relativas à expressão da Qualidade de Vida nas pessoas idosas consoante as características do meio geográfico, ou seja, tendo em conta os domínios avaliados, esperam-se valores indicadores de melhor Qualidade de Vida nos idosos residentes no meio rural, por comparação com os idosos do meio urbano.

2º É colocada a hipótese de que, entre os dois grupos de idosos avaliados (rural vs. urbano), a satisfação com o Suporte Social é permeável às condições do meio envolvente, adquirindo esta variável um valor mais elevado no meio urbano, logo indicador de maior percepção de suporte social recebido.

3º Espera-se que as medidas específicas das variáveis “Qualidade de Vida” e “Satisfação com o Suporte Social” se encontram correlacionadas entre si.

VII. MÉTODO

7.1. Participantes

Para a selecção dos indivíduos incluídos no estudo foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão

- 1 - indivíduos com idade superior a 65 anos;
- 2 - ambos os sexos;
- 3 - ausência de doença crónica que revele interferir nas capacidades cognitivas;
- 4 - capacidade para comunicar eficazmente com o investigador e compreender o que é pedido;
- 4 - ausência de patologia actual enquadrável no eixo I do DSM-IV-TR (APA, 2000);
- 5 - ausência de alterações cognitivas significativas;
- 6 - ausência de terapêutica farmacológica que interfira no funcionamento das capacidades cognitivas;
- 7 - ausência de história anterior ou presença de afecções neurológicas;
- 8 - ausência de história de abuso de álcool e/ou outra substância;
- 9 - autorização expressa para participar no estudo.

Critérios de exclusão

- 1 - indivíduos com idade inferior a 65 anos;
- 2 - presença de doença crónica que revele interferir nas capacidades cognitivas;
- 3 – presença patologia actual enquadrável no eixo I do DSM-IV-TR (APA, 2000);
psiquiátrica significativa;
- 4 – presença de alterações cognitivas significativas;
- 5 - terapêutica farmacológica que interfira no funcionamento das capacidades cognitivas;
- 6 – história anterior ou actual de afecções neurológicas;
- 7 – história de abuso de álcool e/ou outra substância;
- 8 - notas inferiores a 15 no *Mini Mental State Examination* (MMSE).

Foram seleccionadas duas amostras recolhidas em quatro zonas geográficas distintas (Lisboa, Porto, Trás-os-Montes e Alentejo), perfazendo o total de 118 sujeitos com idade superior a 65 anos.

Ambas as amostras são comparáveis entre si e respeitam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Todos os sujeitos foram avaliados com o *Mini Mental State Examination* (MMSE) para despiste de doença neurológica.

De seguida, a avaliação incluiu uma ficha sócio-demográfica, que nos facultou informação descritiva sobre as amostras, o MOS SF-36 referente à Qualidade de Vida e uma escala de Suporte Social – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

A amostra do presente estudo inclui 118 sujeitos, dos quais 60 pertencem ao meio rural e 58 ao meio urbano. A média total de idades é de 78.62 anos sendo de 79.8 anos nos sujeitos do meio rural e 77.40 nos indivíduos do meio urbano (Tabela 7.1).

Tabela 7.1 Idade (média e desvio padrão)

Idade	Meio Rural (N=60)	Meio Urbano (N=58)	ANOVA	
			F	p
Média ± DP	79.80 ± 5.671	77.40 ± 8.193	3.453	NS
Mín.-Max.	66 – 88	65 – 103		
Percentagem	50.8 %	49.2 %		

Comparação da idade nas duas amostras através do ANOVA.

NS = não significativo.

De seguida, são expostos os dados relativos à caracterização social e demográfica (Tabela 7.2) das duas amostras.

No que respeita ao género, observa-se que a população feminina assume maior prevalência, na proporção de 2:1 (40 mulheres do meio rural – 66.7% - num N=60 e 39 no meio urbano – 67.2% - num N de 58). Quanto ao estado civil, verifica-se que a maioria dos sujeitos das duas amostras pertencem à categoria dos viúvos (70% da amostra rural e 50% da amostra urbana).

No campo das habilitações académicas, pode-se observar que metade da amostra urbana é analfabeta, 30 % tem a instrução primária, 18.3% sabe ler e escrever e apenas um sujeito (1.7%) possui um curso médio, ao passo que na amostra urbana 25.9% dos sujeitos são analfabetos, 24.1% sabe ler e escrever, 27.6% tem a instrução primária, 20.7% possui um curso médio e 1.7% tem curso superior.

Quanto à habitação, 22 sujeitos da amostra rural (36.7%) residem em casa própria, 3 (5%) habitam com familiares mas a maioria – 35 sujeitos - (58.3%) residem em instituições; na amostra urbana, 7 sujeitos (12.1%) residem em casa própria, 2 (3.4%) com familiares e, tal como na amostra rural, 49 dos sujeitos avaliados (84.5%) habitam em instituições. Na composição do agregado familiar, os resultados são muito semelhantes para os dois grupos em estudo, observando-se que a maioria dos sujeitos vive sozinho (65% dos sujeitos da amostra rural e 74.1% da amostra urbana).

No tipo de reforma, cerca de metade dos sujeitos da amostra rural (51.7%) usufrui de pensão social ao passo que na amostra urbana mais de metade dos sujeitos (55.2%) beneficia de reforma por limite de idade.

Tabela 7.2 Caracterização socio-demográfica (%)

	MEIO RURAL (N=60)	MEIO URBANO (N=58)
Género		
Masculino	20 (33.3%)	19 (32.8%)
Feminino	40 (66.7%)	39 (67.2%)
Estado civil		
Solteiro	5 (8.3%)	11 (19%)
Casado / União de facto	12 (20%)	15 (25.9%)
Divorciado	1 (1.7%)	3 (5.2%)
Viúvo	42 (70%)	29 (50%)
Escolaridade		
Analfabeto	30 (50%)	15 (25.9%)
Sabe ler e escrever	11 (18.3%)	14 (24.1%)
Instrução primária	18 (30%)	16 (27.6%)
Curso médio	1 (1.7%)	12 (20.7%)
Curso superior	0 (0%)	1 (1.7%)
Residência		
Casa própria	22 (36.7%)	7 (12.1%)
Casa de familiares	3 (5%)	2 (3.4%)
Lar	35 (58.3%)	49 (84.5%)
Agregado familiar		
Só	39 (65%)	43 (74.1%)
Cônjuge	13 (21.7%)	12 (20.7%)
Filhos	2 (3.3%)	1 (1.7%)
Filhos e netos	3 (5%)	2 (3.4%)
Outros	3 (5%)	0 (0%)
Tipo de reforma		
Limite de idade	19 (31.7%)	32 (55.2%)
Pensão social	31 (51.7%)	8 (13.8%)
Pensão do cônjuge	3 (5%)	4 (6.9%)
Invalidez	7 (11.7%)	14 (24.1%)

7.2. Material

Para a avaliação dos sujeitos foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

- MMSE (Mini Mental State Examination) (Anexo A);
- Ficha de caracterização socio-demográfica (Anexo B);

- Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36) (Anexo C);
- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Anexo D).

7.2.1. Instrumentos de medida

MINI-MENTAL STATE Examination (MMSE)

O *MINI-MENTAL STATE Examination* (MMSE) foi desenvolvido por Folstein e colegas (1975) com o objectivo de detectar défices cognitivos. Explora vários domínios, nomeadamente, a orientação temporo-espacial, a atenção, a concentração, a memória (imediata, retrógrada, de fixação e recente), cálculo, expressão e compreensão da linguagem, capacidade visuo-espacial, afasia, agnosia e apraxia.

A pontuação total é 30 e o ponto de corte de 23 – 24. O ponto de corte para maiores de 65 anos é de 24 – 26.

Os resultados são influenciados pela idade e pelo nível de instrução: as pessoas com maior nível cultural ou inteligência prévia podem ter uma pontuação normal e os pouco escolarizados podem produzir falsos positivos. Na sua cotação deve ter-se em conta que por cada década acima dos 50 anos pode tirar-se 1 ponto.

Deve ser executado com prudência em sujeitos com nível de instrução baixo.

A versão portuguesa foi adaptada por Guerreiro, em 1993.

36- Item Short Form Health Survey (SF-36)

O *36- Item Short Form Health Survey* (SF-36) tem sido amplamente utilizado em diferentes contextos como, por exemplo, na avaliação da Qualidade de Vida em diversas

doenças mentais e noutro tipo de patologias, mas com a vantagem maior de avaliar a população em geral sem que seja necessário focalizar a atenção na presença de doença (Ferreira, 2000).

Esta é uma versão reduzida de um conjunto de instrumentos que se baseiam no *Health Insurance Experiment* (Brook *et al* cit. por Ribeiro, 1994). Foi construído durante o *Medical Outcomes Study* com a intenção de avaliar o estado de saúde, designado para utilização na prática e investigação clínica, nas avaliações políticas de saúde e nas observações da população em geral (Ware & Sherbourne, 1992).

O formato final do SF-36 é composto por 36 itens, cobre oito dimensões do estado de saúde e detecta tanto estados positivos como negativos de saúde. Para além disso, não é específico de qualquer faixa etária, doença ou tratamento. É considerado um instrumento de saúde geral pois pretende medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um (Ware cit por Ferreira, 2000).

O SF-36 (Ware e Sherbourne, 1992) é uma escala de saúde geral que permite avaliar a percepção dos doentes face a diversos problemas relacionados com a saúde e o funcionamento geral. É constituída por 36 itens agrupados em oito subescalas: funcionamento social, papel social, papel emocional, funcionamento físico, dor física, saúde mental, saúde geral, vitalidade e saúde mental.

Todo o processo envolvente à tradução e validação da versão portuguesa do SF-36 foi realizada por uma equipa conduzida por Pedro Lopes Ferreira (2000).

Cada subescala é cotada de 0 (máximo de deterioração) a 100 (mínimo de deterioração), indicando as cotações elevadas uma boa qualidade de vida nos respectivos domínios avaliados.

Este é um questionário de auto-preenchimento. Os itens foram desenvolvidos de forma a que as possibilidades de resposta possam, na sua maioria, ser semelhantes dentro de cada escala. Os 36 itens que o compõem dividem-se pelas escalas e são pontuadas de acordo com o método Likert de taxas somadas.

A cotação de cada escala executa-se da seguinte forma:

Saúde Geral: os valores de resposta do item 1 situam-se entre 1 e 5. A cotação baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente: 5, 4.4, 3.4, 2 e 1. Os valores de resposta do item 11 (11a, 11b, 11c e 11d) situam-se entre 1 e 5. As alíneas 11a e 11c assumem uma cotação igual aos valores reais; as outras alíneas, 11b e 11d, cotam-se numa escala de classificação de forma decrescente: 5, 4, 3, 2 e 1.

Funcionamento Físico: o item 3 (3a a 3j) assume valores de resposta entre 1 e 3 e a sua cotação é equivalente aos valores reais.

Papel Físico: o item 4 (4a a 4d) assume valores de resposta de 1 e 2 e a sua cotação é equivalente aos valores reais.

Papel Emocional: o item 5 (5a, 5b e 5c) assume valores de resposta de 1 e 2 e a sua cotação é equivalente aos valores reais.

Dor Física: o item 7 assume valores de resposta entre 1 e 6 e a sua cotação baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente: 6, 5.4, 4.2, 3.1, 2.2 e 1. O item 8 assume valores de resposta entre 1 e 5 e a sua cotação baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente do seguinte modo: 6 se a resposta no item 7 foi 1; 5

se a resposta no item 7 foi entre 2 e 6; 4, 3, 2 e 1. Quando o item 7 não é respondido a cotação baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente do seguinte modo: 6, 4.75, 3.5, 2.25 e 1.

Funcionamento Social: os valores de resposta do item 6 situam-se entre 1 e 5. A cotação baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente. Os valores de resposta do item 10 situam-se entre 1 e 5 e a sua cotação é equivalente aos valores reais.

Vitalidade: os valores de resposta do item 9 (9a , 9e, 9g e 9i) situam-se entre 1 e 6. A cotação das alíneas 9a e 9e baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente; nas alíneas 9g e 9i a cotação é equivalente aos valores reais.

Saúde Mental: Os valores de resposta do item 9 (9b , 9c, 9d, 9f e 9h) situam-se entre 1 e 6. A cotação das alíneas 9d e 9h baseia-se numa escala de classificação de forma decrescente; nas alíneas 9b, 9c e 9f a cotação é equivalente aos valores reais.

Feita a cotação de cada escala segue-se o cálculo da pontuação final de cada uma, da seguinte forma:

Figura 4. Cotação do SF-36

Escalas	Soma dos itens	Valor da Escala (mínimo; máximo)	Amplitude máxima
Saúde Geral	1+11a+11b+11c+11d	5;25	20
Funcionamento Físico	3a+3b+3c+3d+3e +3f+3g+3h+3i+3j	10;30	20
Papel Físico	4a+4b+4c+4d	4;8	4
Papel Emocional	5 ^a +5b+5c	3;6	3
Dor Física	7+8	2;12	10
Funcionamento Social	6+10	2;10	8
Vitalidade	9a+9e+9g+9i	4;24	20
Saúde Mental	9b+9c+9d+9f+9h	5;30	25

O passo seguinte consiste na transformação do resultado de cada escala num valor de 0 a 100, de acordo com a fórmula abaixo indicada, o qual é indicador da Qualidade de Vida avaliada.

$$\text{Escala Transformada} = \frac{\text{Valor bruto obtido} - \text{Valor mínimo possível}}{\text{Amplitude máxima}} \times 100$$

É, de seguida, apresentada a descrição das escalas:

Figura 5. Descrição das escalas do SF-36

Escalas	Nº Itens	Níveis	Definição
Saúde geral	5 (1,11 ^a ,11b,11c,11d)	21	Avaliação individual da saúde actual, aspecto exterior de saúde e resistência à doença.
Funcionamento Físico	10 (3a,3b,3c,3d,3e, 3f,3g,3h,3i,3j)	21	Extensão em que a saúde limita as actividades físicas, tais como, andar, subir escadas, dobrar-se, levantar pesos e fazer exercícios moderados ou vigorosos.
Papel Físico	4 (4a,4b,4c,4d)	5	Extensão em que a saúde física interfere com o trabalho ou outras actividades da vida diária, incluindo limitações no tipo de actividades, dificuldade em desempenhá-las ou menor grau de perfeição.
Papel Emocional	3 (5a,5b,5c)	4	Extensão em que os problemas emocionais interferem com o trabalho ou outras actividades da vida diária incluindo limitações do tempo gasto em cada actividade e menor perfeição.
Funcionamento Social	2 (7,8)	11	Intensidade da dor e o seu efeito no trabalho normal, dentro e fora de casa.
Dor Física	2 (6,10)	9	Extensão em que a saúde física ou problemas emocionais interferem com as actividades sociais normais.
Vitalidade	4 (9a,9e,9g,9i)	21	Sensação de energia e vitalidade vs sensação de cansaço extremo.
Saúde Mental	5 (9b,9c,9d,9f,9h)	26	Sentimentos em geral, incluindo afectos positivos/negativos, depressividade, ansiedade e controlo comportamental-emocional

Embora três das escalas -funcionamento físico, desempenho físico e dor física- apresentem validade substancial como medidas de estado de saúde físico é possível distingui-las entre si. Assim, funcionamento físico mede as limitações em desempenho comportamental nas actividades físicas quotidianas; desempenho físico mede a incapacidade em executar tarefas diárias devido a problemas físicos; e dor física mede a gravidade da dor e as limitações resultantes.

As escalas saúde mental, desempenho emocional e função social são as que melhor representam a componente mental do estado de saúde.

As escalas restantes apresentam-se frequentemente sensíveis a resultados físicos e mentais. Vitalidade representa a energia e fadiga sentidas e a escala bipolar saúde geral fornece uma pontuação média a quem não avalie desfavoravelmente a sua saúde (Ferreira, 2000).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida por Ribeiro (1999) com o intuito de avaliar a satisfação com o suporte social efectivo.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) é composta por 15 conjunto de afirmações. É de auto-preenchimento e assume a forma de uma escala de Likert. Perante cada frase, o sujeito deve assinalar o critério que mais se adequa a si próprio tendo, para o efeito, cinco critérios: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte”, e “discordo totalmente”.

As 15 frases distribuem-se por quatro dimensões:

- Satisfação com Amigos (SA): é constituída pelos itens 3, 12, 13, 14 e 15 e mede o grau de satisfação com as amizades/amigos.
- Intimidade (IN): inclui os itens 1, 4, 5 e 6 e destina-se a avaliar a percepção da existência de suporte social íntimo.
- Satisfação com a Família (SF): integra os itens 9, 10 e 11 e avalia a satisfação com o suporte social familiar existente.
- Actividades sociais (AS): é constituída pelos itens 2, 7 e 8 e mede a satisfação com as actividades sociais concretizadas.

A nota total da escala é o resultado da soma de todos os itens. A nota de cada dimensão ou sub-escala é obtida através da soma dos itens que a compõem.

A cotação dos itens é efectuada da seguinte forma: os itens assinalados com “A” recebem o valor “1”, e os assinalados com “E” o valor “5”. São excepção os itens invertidos (4,5,9,10,11,12,13,14, e 15).

A nota total da escala pode variar entre 15 e 75. Quanto mais elevado o valor maior é a percepção de suporte social.

7.3. Tratamento de dados

O presente estudo é do tipo transversal, na medida em que a recolha de informação é efectuada num único momento temporal.

A análise e tratamento dos dados foi efectuada recorrendo-se á estatística descritiva e á estatística inferencial. A ferramenta de cálculo utilizada foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

7.3.1. Estatística descritiva

Os resultados da caracterização das amostras foram conseguidos através do cálculo de frequências, médias e desvios padrão (Guilford & Fructer, 1978) e da análise de variância a um critério (ANOVA) (Greene & Oliveira, 1999).

7.3.2. Estatística inferencial

Para a comparação das amostras rural e urbana foi utilizado o Teste T para duas amostras independentes conforme recomendam Pestana & Gageiro (2000).

Entre as variáveis qualidade de vida e suporte social realiza-se ainda o estudo de correlação com o coeficiente de correlação de Pearson (Ferguson, 1981).

7.4. Procedimento

Neste trabalho pretendem-se estudar duas amostras de diferentes regiões do país - meio rural e meio urbano - compostas por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

Ab initium eram candidatos ao presente trabalho indivíduos que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos que foram por nós pré-seleccionados e avaliados. Os sujeitos incluídos na amostra em estudo foram recrutados em Lares e Centros de Dia em duas regiões urbanas - Lisboa e Porto - e em duas regiões rurais (Alentejo e Trás-os-Montes).

Às amostras colhidas foram aplicados um conjunto de questionários e escalas de auto e hetero-preenchimento, de forma a recolher dados relativos às seguintes variáveis: características pessoais e sócio-demográficas, Qualidade de Vida e Suporte Social.

A bateria de instrumentos compreendia o *MiniMental State Examination* (MMSE), uma ficha sócio-demográfica construída para este estudo, um questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e uma escala de percepção do Suporte Social (Escala de Satisfação com Suporte Social).

O objectivo dos resultados assentam na recolha de características das variáveis Qualidade de Vida e Suporte Social, consoante a demografia e com o objectivo de comparação das amostras.

O desenho de estudo compreendeu duas fases: a primeira consistiu na aplicação do *Mini Mental State Examination* de forma a avaliar inclusão dos participantes no estudo; na segunda, eram aplicados os restantes instrumentos de avaliação: ficha sócio-demográfica, o *Medical Outcomes Study Short Form* (SF-36) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

Procedeu-se então a um estudo comparativo, transversal, entre os dois grupos, explorando as diferenças existentes entre as ambos relativamente às variáveis Qualidade de Vida e Satisfação com o Suporte Social. Por fim, realiza-se o estudo de associações entre estas variáveis no seu conjunto.

VIII. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

8.1. Qualidade de Vida

Os dados referentes à Qualidade de Vida nos dois grupos em estudo bem como a respectiva comparação estatística são apresentados na Tabela 8.1.

Da comparação entre as amostras (rural vs. urbana) relativamente ao estudo da Qualidade de Vida, avaliada através do MOS SF-36, são reveladas diferenças estatísticas significativas nas sub-escalas que medem o “funcionamento físico” ($p<0,025$) e o “papel físico” ($p<0,025$), ambas medidas do estado de saúde física.

Em contrapartida, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas restantes sub-escalas do SF-36, quando comparadas amostras de idosos rurais e urbanos.

Tabela 8.1 Qualidade de Vida (SF-36) (média \pm DP)

MOS SF-36	MEIO RURAL (N=60)	MEIO URBANO (N=58)	T – TEST	
			T	P
Saúde geral	46.60 \pm 22.63	51.03 \pm 25.00	-1.009	0,315
Funcionamento físico	53.00 \pm 34.72	38.56 \pm 29.92	2.416	0,017*
Papel físico	38.33 \pm 42.80	21.12 \pm 37.40	2.323	0,022*
Papel emocional	47.77 \pm 41.79	44.82 \pm 47.36	0.359	0,720
Dor física	45.83 \pm 29.33	55.08 \pm 34.01	-1.584	0,116
Funcionamento social	59.37 \pm 28.33	58.18 \pm 29.66	0.222	0,825
Vitalidade	45.91 \pm 27.16	54.22 \pm 25.11	-1.724	0,087
Saúde mental	44.91 \pm 28.61	48.27 \pm 28.70	-0.637	0,525

Comparação entre as amostras através do Teste T para duas amostras independentes.

* $p<0,025$

Na dimensão “funcionamento físico”, a média dos resultados obtidos na amostra rural é bastante superior à da amostra urbana indicando, por isso, menor deterioração neste domínio.

De relembrar que esta dimensão avalia a extensão em que a saúde limita as actividades físicas, tais como, andar, subir escadas, dobrar-se, levantar pesos e fazer exercícios moderados ou vigorosos (Ferreira, 2000). Desta forma, estes valores parecem apontar para que os idosos incluídos na amostra rural padecem de menos limitações de desempenho comportamental nas actividades físicas quotidianas, quando comparados com os sujeitos da amostra urbana.

A dimensão “papel físico” mede a limitação no tipo usual de tarefas realizadas, a necessidade de diminuir a quantidade de trabalho e a dificuldade na realização de tarefas (Ferreira, 2000). Por outras palavras, esta escala avalia a extensão em que a saúde limita as actividades de vida diária. Também aqui a amostra rural exhibe valores médios superiores à amostra urbana. No entanto, importa referir que em termos quantitativos estes valores são ambos indicadores de deterioração.

Apesar de não se observarem resultados com significado estatístico, não deixa de ser interessante debruçarmo-nos sobre as restantes escalas do MOS SF-36:

Na escala “Saúde Geral” ambos os grupos avaliados apresentam uma pontuação média, o que segundo Ferreira (2000) se traduz por uma avaliação favorável do seu estado individual de saúde. A escala “Vitalidade” apresenta igualmente valores médios ao centro da pontuação possível, tanto nos idosos rurais como nos idosos urbanos, contrabalançando a fadiga e a energia sentidas. Estas duas escalas são sensíveis tanto à componente física como à componente mental da saúde.

Analisemos agora as escalas que representam a componente mental:

O “Papel emocional” avalia a extensão em que as alterações emocionais interferem com as actividades de vida diária. Nesta escala, ambos os grupos obtêm pontuações semelhantes e perto do valor central da escala, não se verificando limitações significativas neste domínio.

A escala “Funcionamento Social” deixa transparecer, nas duas amostras, valores médios indicadores de fraca interferência da dor na execução de actividades, dentro de casa ou no exterior.

Por último, a “Saúde mental” aponta para a existência de alguma deterioração, embora não significativa, pois os valores médios dos dois grupos avaliados situam-se, à semelhança das anteriores, no limiar do centro da cotação da escala.

8.2. Suporte Social Percebido

Perante os resultados que se observam na Tabela 8.2, a qual exhibe a comparação entre a amostra rural e a amostra urbana relativamente à percepção do suporte social, avaliado através da “Escala de Satisfação com o Suporte Social”, verificam-se resultados estatisticamente significativos em duas dimensões: “Satisfação com amigos” ($p < 0.05$) e “Satisfação com a família” ($p < 0.05$). Para além destas, não se observam diferenças significativas nas outras duas dimensões da Satisfação com o Suporte Social - “Intimidade” e “Actividades Sociais” - nem na Escala Total.

Tabela 8.2 Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (média \pm DP)

ESSS	MEIO RURAL (N=60)	MEIO URBANO (N=58)	T – TEST	
			T	P
Satisfação com amigos (AS)	18.77 \pm 5.04	16.84 \pm 5.20	2.039	0,044*
Intimidade (IN)	13.60 \pm 3.63	13.72 \pm 3.72	-0.183	0,855
Satisfação com a família (SF)	11.58 \pm 3.67	10.19 \pm 3.37	2.144	0,034*
Actividades sociais (AS)	8.60 \pm 3.15	9.21 \pm 2.36	-1.181	0,240
Escala total	52.58 \pm 11.08	49.59 \pm 11.53	1.340	0,183

Comparação entre as amostras através do Teste T para duas amostras independentes.

* $p < 0,05$

Na dimensão “Satisfação com amigos” a amostra rural apresenta maior satisfação com amigos e amigos, por comparação com a amostra urbana. Esta dimensão mede a satisfação com o suporte familiar existente (Ribeiro, 1999) e exhibe, na comparação entre a amostra rural e a amostra urbana, maior contentamento do primeiro grupo em relação a esta variável.

Em termos quantitativos, com a ressalva para a inexistência de resultados estatísticos significativos, na “escala total” a amostra rural apresenta um valor médio ligeiramente superior ao da amostra urbana, apontando para que a primeira assume uma satisfação mais elevada com o suporte social recebido.

No entanto, é de reforçar que o valor máximo total possível da “Escala de Satisfação com o Suporte Social” é de 75, o que traduz uma percepção razoável do suporte social recebido tanto para os idosos rurais como para os idosos urbanos.

8.3. Qualidade de Vida e Suporte Social no meio urbano

Com o objectivo de aprofundar a natureza dos resultados acima expostos apresentamos de seguida a comparação entre os dois meios urbanos (Lisboa vs. Porto) e os dois meios rurais (Alentejo vs. Trás-os-Montes) no que respeita às variáveis em estudo: Qualidade de Vida e Satisfação com o Suporte Social.

Na comparação das dimensões integrantes da Qualidade de Vida entre as duas zonas urbanas, Lisboa e Porto, não se registam diferenças estatisticamente significativas (Tabela 8.3).

Tabela 8.3 Qualidade de Vida (SF-36) no meio urbano (média \pm DP)

MOS SF-36	LISBOA (N = 33)	PORTO (N = 25)	T – TEST	
			T	P
Saúde geral	50.21 \pm 26.13	52.12 \pm 23.92	-0.285	0,776
Funcionamento físico	38.68 \pm 29.68	38.40 \pm 29.68	0.036	0,972
Papel físico	20.45 \pm 37.21	22.00 \pm 38.40	-0.154	0,878
Papel emocional	43.43 \pm 47.49	46.66 \pm 48.11	-0.255	0,799
Dor física	54.33 \pm 34.70	56.08 \pm 33.75	-0.192	0,848
Funcionamento social	58.71 \pm 29.06	57.40 \pm 31.04	0.153	0,879
Vitalidade	53.63 \pm 25.83	55.00 \pm 24.62	-0.203	0,840
Saúde mental	45.45 \pm 28.75	52.00 \pm 28.79	0.858	0,395

Comparação entre as amostras através do Teste T para duas amostras independentes.

Relativamente à Qualidade de Vida no meios urbanos em estudo, Lisboa e Porto, não se constata resultados estatisticamente significativos em nenhum dos domínios medidos através do MOS SF-36. Importa ainda sublinhar que os valores médios são semelhantes nos dois grupos em todos os domínios avaliados. Na maioria dos domínios avaliados, os valores médios das escalas apontam para uma Qualidade de Vida razoável, uma vez que a cotação permite valores entre 0 e 100, correspondendo o valor mais elevado a um mínimo de deterioração. Os valores mais baixos são das escalas funcionamento físico e papel físico, indicadores de deterioração.

Também na comparação das dimensões que compõem a percepção do Suporte Social entre os dois grupos de idosos urbanos (Lisboa e Porto), não se registam diferenças estatísticas significativas (Tabela 8.4).

Tabela 8.4 Satisfação com o Suporte Social (ESSS) no meio urbano (média \pm DP)

ESSS	LISBOA (N = 33)	PORTO (N = 25)	T – TEST	
			T	P
Satisfação com amigos (SA)	17.27 \pm 5.05	16.28 \pm 5.43	0.717	0,476
Intimidade (IN)	13.79 \pm 3.68	13.64 \pm 3.86	0.148	0,883
Satisfação com a família (SF)	10.33 \pm 3.43	10.00 \pm 3.36	0.369	0,713
Actividades sociais (AS)	9.15 \pm 2.34	9.28 \pm 2.42	-0.20	0,839
Escala total	50.39 \pm 11.48	49.00 \pm 11.77	0.453	0,652

Comparação entre as amostras através do Teste T para duas amostras independentes.

Quanto à Satisfação com o Suporte Social, a comparação dos grupos urbanos não detecta diferenças estatísticas significativas em nenhuma dimensão avaliada. Apesar de

semelhantes nos dois grupos, os resultados não são indicadores de insatisfação relativamente aos domínios medidos.

8.4. Qualidade de Vida e Suporte Social no meio rural

Através da comparação das dimensões de Qualidade de Vida medidas observam-se nos dois meios rurais, Alentejo e Trás-os-Montes, diferenças estatísticas significativas na escala que avalia o “funcionamento social” ($p < 0.025$) (Tabela 8.5).

Tabela 8.5 Qualidade de Vida (SF-36) no meio rural (média \pm DP)

MOS SF-36	ALENTEJO (N = 32)	TRÁS-OS-MONTES (N = 28)	T – TEST	
			T	P
Saúde geral	48.96 \pm 24.11	43.91 \pm 20.90	0.862	0,392
Funcionamento físico	54.84 \pm 32.66	50.889 \pm 37.84	0.437	0,664
Papel físico	42.18 \pm 40.87	33.92 \pm 45.24	0.743	0,461
Papel emocional	51.04 \pm 36.89	44.04 \pm 47.18	0.643	0,522
Dor física	47.78 \pm 29.05	43.60 \pm 30.01	0.547	0,587
Funcionamento social	67.96 \pm 28.91	49.55 \pm 24.64	2.635	0,011*
Vitalidade	48.59 \pm 28.40	42.85 \pm 25.83	0.814	0,419
Saúde mental	47.08 \pm 30.78	42.42 \pm 26.31	0.625	0,535

Comparação entre as amostras através do Teste T

* $p < 0.025$

Esta escala - funcionamento social - mede a intensidade da dor nas actividades dentro e fora de casa. Salienta-se a diferença entre o valor médio nos dois grupos relativamente a este domínio, com os idosos residentes no Alentejo a apresentar um melhor funcionamento social que os idosos de Trás-os-Montes. No entanto, apesar de

valores inferiores, o sub-grupo de Trás-os-Montes não deixa de apresentar valores razoáveis.

Nas restantes escalas os resultados médios dos dois grupo são muito semelhantes e indicadores de uma Qualidade de Vida razoável.

Ainda na comparação dos dois grupos rurais (Alentejo e Trás-os-Montes) mas relativamente à satisfação com o Suporte Social (Tabela 8.6) registam-se resultados com significado estatístico ao nível da “satisfação com a família” ($p < 0.005$) e das “atividades sociais” ($p < 0.025$).

Tabela 8.6 Satisfação com o Suporte Social (ESSS) no meio rural (média \pm DP)

ESSS	ALENTEJO (N = 32)	TRÁS-OS-MONTES (N = 28)	T – TEST	
			T	P
Satisfação com amigos (SA)	19.31 \pm 4.71	18.14 \pm 5.40	0.895	0,374
Intimidade (IN)	13.59 \pm 3.77	13.61 \pm 3.53	-0.014	0,989
Satisfação com a família (SF)	12.84 \pm 2.78	10.14 \pm 4.06	3.036	0,004*
Actividades sociais (AS)	7.69 \pm 3.41	9.64 \pm 2.49	-2.501	0,015**
Escala total	53.53 \pm 10.13	51.50 \pm 12.17	0.705	0,484

Comparação entre as amostras através do Teste T para duas amostras independentes.

* $p < 0.005$ ** $p < 0.025$

Na escala “Satisfação com a família”, os idosos avaliados no Alentejo apresentam resultados superiores reveladores de maior satisfação neste domínio, por comparação com os avaliados em Trás-os-Montes.

Na escala “Actividades sociais” ($p < 0,025$) é o grupo de Trás-os-Montes que revela valores médios superiores ao grupo do Alentejo.

8.5. Qualidade de Vida e Suporte Social do idoso no meio rural e no meio urbano: análise correlacional

Uma correlação não é mais do que o índice do grau e direcção de uma eventual associação entre duas variáveis. Como já referimos, no nosso estudo usámos os coeficientes de correlação de Pearson (Ferguson, 1981), abreviadamente designados por r . O quadrado do r (r^2) designa-se por “coeficiente de determinismo”, uma medida da variância partilhada (porção da distribuição das variáveis dependente da associação entre elas, expressa em percentagem). Do ponto de vista prático o r^2 serve propósitos apenas preditivos (Pinto, 1990) e em nada explica relativamente a eventuais nexos de causalidade.

De acordo com os objectivos do trabalho (cf. Cap. VI), pretendemos averiguar a existência de eventuais correlações entre as dimensões da Qualidade de Vida, obtidas através do MOS SF-36, e a Satisfação com o Suporte Social, avaliada através da ESSS.

Na Tabela 8.7 são apresentados os resultados das correlações efectuadas entre as duas variáveis em estudo.

Encontram-se correlações significativas envolvendo quase todas as sub-escalas das duas variáveis em estudo - Qualidade de Vida e Suporte Social Percebido - com excepção da dimensão “Actividades Sociais”, pertencente à Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), e das sub-escalas “Papel Emocional” e “Dor Física”, medidas através do SF-36 e abrangidas pela Qualidade de Vida.

Todas as correlações são de sentido positivo, sem excepção.

Tabela 8.7 Estudo correlacional entre a Qualidade de Vida (SF-36) e o Suporte Social Percebido (ESSS)

Escalas SF-36	Escalas ESSS	Satisfação com Amizades (SA)	Intimidade (IN)	Satisfação com Família (SF)	Actividades Sociais (AS)	Escala Total			
Saúde Geral	0,249	b	0,354	b	0,274	b	0,120	0,346	b
Funcionamento Físico	0,320	b	0,260	b	0,304	b	0,108	0,353	b
Papel Físico	0,164		0,050		0,210	a	0,008	0,163	
Papel Emocional	0,018		0,066		0,109		0,093	0,088	
Dor Física	0,127		0,164		0,072		0,086	0,151	
Funcionamento Social	0,311	b	0,206	a	0,166		0,088	0,288	b
Vitalidade	0,218	a	0,313	b	0,145		0,116	0,270	b
Saúde Mental	0,215	a	0,284	b	0,163		0,110	0,267	b

Em função dos graus de liberdade indica-se o respectivo nível de significância.

a: $p < 0,05$; b: $p < 0,01$

As dimensões “Saúde Geral” e “Funcionamento Físico” são as únicas referentes à Qualidade de Vida que se correlacionam significativamente ($p < 0,01$) com todas as medidas da Escala de Satisfação com o Suporte Social - Satisfação com Amizades, Intimidade, Satisfação com Família e Escala Total - com excepção, como já foi referido, das “Actividades Sociais”.

A correlação mais elevada ($r = 0.354$) observa-se entre a “Saúde Geral” e a “Intimidade”.

Registam-se igualmente correlações estatísticas significativas entre a dimensão “Papel Físico”, integrada na Qualidade de Vida, e a sub-escala que avalia a “Satisfação com a Família”, referente ao Suporte Social ($p < 0,05$).

O “Funcionamento Social”, medido através do SF-36, correlaciona-se significativamente com as escalas “Intimidade” ($p < 0,05$), “Satisfação com Amizades” e “Escala Total” da ESSS ($p < 0,01$).

A “Vitalidade”, dimensão da Qualidade de Vida, revela correlações significativas com a “Satisfação com Amizades” ($p < 0,05$), “Intimidade” e “Escala Total” da Satisfação com Suporte Social ($p < 0,01$).

A “Saúde Mental”, incluída nas sub-escalas do SF-36, correlaciona-se de forma significativa com três dimensões do Suporte Social: “Satisfação com Amizades” ($p < 0,05$), “Intimidade” e o valor total da escala ($p < 0,01$).

IX. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Na opinião de Hespanha (1990) a principal distinção entre o rural e o urbano traduz-se essencialmente pelas características das práticas sociais no campo que se encontram reguladas por um quadro de vida em que a actividade agrícola assume um elemento capital na reprodução económica das famílias e obriga a formas de organização do trabalho que fortificam não só a importância do núcleo familiar como também dos laços de vizinhança e de sociabilidade.

De seguida são expostos e debatidos os resultados apresentados no capítulo anterior.

9.1 Qualidade de Vida do Idoso

Especialmente nos idosos, a saúde é identificada como uma das variáveis determinantes na satisfação de vida (Willis & Crider cit por Paúl & Fonseca, 1999). Se pensarmos que o principal desafio desta faixa etária assenta no confronto com perdas incontornáveis, nomeadamente na perda do estatuto profissional através da reforma, de relações significativas por morte, de saúde, de capacidade económica e de independência. Apesar de constituírem acontecimentos de vida marcantes, é interessante a maioria dos idosos referirem satisfação com a vida e um confronto adequado aos mesmos (Neto, 1999).

A comparação entre a amostra rural e a amostra urbana relativamente ao estudo da Qualidade de Vida do Idoso deixa transparecer diferenças estatísticas significativas

em duas dimensões da Qualidade de Vida: “funcionamento físico” ($p < 0,025$) e “papel físico” ($p < 0,025$), ambas medidas do estado de saúde física. Importa sublinhar que estes dois domínios se encontram mais elevados no meio rural e, por isso, expressam menor deterioração a estes níveis, quando comparados com os idosos do meio urbano em estudo.

Estes resultados permitem-nos aceitar a primeira hipótese colocada, a qual defende que se evidenciam diferenças relativas à expressão da Qualidade de Vida nas pessoas idosas consoante as características do meio social envolvente.

De uma forma geral, os nossos dados vão ao encontro dos resultados publicados pelo Ministério da Saúde que conduziu o Inquérito Nacional de Saúde nos anos de 1995 e 1996 em mais de 14 000 indivíduos da Região Norte, dos quais salientamos que dos idosos entrevistados a percentagem de doenças crónicas ronda os 40 % e mais de 50 % utiliza próteses de qualquer tipo (Ministério da Saúde, 1997).

Paúl e Fonseca (1999), num estudo que conduziram afirmam que a doença provoca sofrimento físico e psicológico, responsável pela redução da autonomia é a contrariedade na existência do ser humano, sobretudo nos últimos anos de vida.

9.2 Satisfação com o Suporte Social

É sabido que um estilo de vida socialmente estimulante pode ter influência nas capacidades cognitivas das pessoas idosas, estejam elas inseridas na comunidade ou em instituições (Christensen, Korten, Jorm et al., 1996).

Em 1968, Lowenthal e Haven acentuam a importância de relações sociais próximas como um factor determinante na adaptação ao envelhecimento. Os mesmos autores afirmam que a presença de confidentes se encontra relacionada com maior ânimo, mesmo para os idosos viúvos. Outros estudos admitem que as amizades desempenham um papel de relevo para a auto-estima e estado de ânimo dos idosos maior do que os membros da família (Larson, Mannell & Zuzanek, 1986).

Na comparação entre a amostra rural e a amostra urbana relativamente à satisfação com o suporte social observam-se resultados com diferenças estatísticas significativas em duas dimensões: “Satisfação com amigos” e “Satisfação com a família” ($p < 0.05$).

Tendo em conta os resultados acima discutidos, estamos agora em condições para rejeitar a segunda hipótese colocada, a qual afirma que, entre os dois grupos avaliados a satisfação com o Suporte Social é permeável às condições do meio envolvente, com maior percepção de suporte social recebido para a amostra urbana. Na realidade, é o grupo rural que manifesta maior percepção de suporte social recebido.

Talvez estes resultados se devam ao que defendem alguns autores (Mah, Gonçalves & Garcia, 1999): o mundo, especialmente em contexto urbano, encontra-se cada vez mais organizado em função das características e necessidades dos segmentos geracionais que o compõem. Em cada um desses segmentos criam-se sub-culturas intra-generacionais, tanto mais fortes quanto mais especializadas forem as actividades e mais distanciados os circuitos quotidianos de cada segmento.

Apesar de escassos na literatura, alguns trabalhos estudaram a população envelhecida em meios rurais e urbanos. Porém, enquanto alguns se focam apenas nos idosos em contexto urbano (Bastos, 1991; Mah et al., 1999; Paúl, 1996), outros centram o seu interesse somente nos idosos do contexto rural (Rowles, 1984). Poucos autores dedicam atenção à comparação de variáveis entre os dois grupos e, quando efectuada, não vão ao encontro das variáveis por nós aqui utilizadas – qualidade de vida e satisfação com o suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano. Por exemplo, num estudo levado a cabo por Vaz, em 2001, o seu principal objectivo residia na comparação de dois grupos de idosos, um de contexto rural e outro de contexto urbano, quanto à relação que estabelecem com os equipamentos colectivos que se destinam a esta população.

Esta é por nós considerada uma das grandes limitações metodológicas do presente trabalho, na medida em as variáveis urbanismo e ruralidade não se encontram estudadas nesta fracção da população não sendo, por isso, possível a sua comparação com estudos semelhantes.

Tendo em conta o tamanho das duas amostras em estudo, dificilmente se poderão generalizar os resultados obtidos à população idosa rural e urbana. No entanto, poderão ser orientadores de futuros trabalhos e permitir o levantamento de novas questões de investigação. Por estas razões, são merecedores de desenvolvimento futuro. É também nossa intenção aumentar o número de indivíduos estudados para, desse modo, chegar a conclusões mais robustas.

Compete-nos, por fim, salientar, em função dos resultados acima apresentados e analisados, que não existe uma forma de envelhecimento universal mas sim plural. Por ser um processo diferencial, com variabilidade inter-individual e determinado por vários factores, entre os quais as características e hábitos próprios do meio geográfico, o envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento humano com necessidades sociais distintas que devem ser contextualizadas e pensadas em função das diferente realidades.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Age Concern (1992). *Dependence: The ultimate fear*. London: Age Concern England.
- Andrews, F.M. (Eds). (1986). *Research on the quality of life*. Michigan: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC.
- American Psychological Association (s.d.). *Appendix IX: Chronological History of Divisions*. Consultado em 26 de Agosto de 2003 através de <http://www.apa.org/about/division/appendix9.html>
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12(3), 433-443.
- Barreto, A. (1996). Três décadas de mudança social. In Barreto, A. (Org.), *A situação social em Portugal, 1960-1995* (I Vol.) (pp: 35-60). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Barreto, A. (2000). Portugal e a Europa: quatro décadas. In Barreto, A. (Org.), *A situação social em Portugal, 1960-1999* (II Vol.) (pp: 37-75). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, VI (2), 159-170.

- Bastos, S.T.P. (1991). Rostos de velhice na cidade de Lisboa. In Ministério da Justiça, Centro de Estudos Judiciários, *Do desvio à Instituição total – sub-cultura – estigma – trajectos* (pp:145-176). Lisboa: Cadernos do CEJ.
- Belzia, B., & Baker, M. W. (2000). Maintaining health in well older adults: initiatives for schools of nursing and The John A Hartford Foundation for the 21st century. *Journal of Gerontological Nursing*, July, 8-17.
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Steward, L. & Olson, M. M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In: G. J. Stahler, & W. R. Tash, (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation*. New York: Academic Press.
- Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. In J. Birren, & K. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Blanco, A. (1985). Calidad de vida: supuestos psicosociales. In: J F Morales et al (Eds.). *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Bowling, A. (1993). The concepts of successful and positive ageing. *Family practice*, 10, 449-453.
- Bowling, A. (1995). *Measuring disease. A review of disease specific quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (1996). Quality of life. In: S. Ebrahim, & A. Kalache, (Eds.), *Epidemiology in old age*. London: BMG Publishing Group.
- Canela, P. (2000). Pequena evolução do envelhecer. *Humanidades - cultura e cidadania*, 1(4),16-17.
- Cavaglia, F. (1996). Perfil Psicopatológico e Qualidade de Vida nas Perturbações Distímica e Depressiva Major. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

- Carreira, H. M. (1996). As políticas sociais em Portugal. In Barreto, A. (Org.), *A situação social em Portugal, 1960-1995* (I Vol.) (pp: 365-498). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151-156.
- Christensen, H., Korten, A, Jorm, A.F., Henderson, A.S., Scott, R. & Mackinnon, A.J. (1996). Activity levels and cognitive functioning in an elderly community sample. *Age Ageing*, 25:72-80.
- Cordo, M. (2001). Ocupar / Reabilitar, que legitimidade ética na 3ª idade. *Hospitalidade – Revista da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus*, 254, 9-13.
- Cotovio, V. V. (2001). O ser e o estar na velhice – da Existência e da Ética. *Hospitalidade – Revista da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus*, 254, 14-18.
- Cramer, J. A., & Spilker, B. (1998). *Quality of Life and Pharmacoeconomics*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Dean, A., Kolody, B., & Wood, P. (1990). Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 148-161.
- Doty, R. L., Shaman, P., Applebaum, S. L., et al (1984). Smell identification ability: changes with age. *Science*, 226, 1441-1443.
- Ebrahim, S. (1997). Medicine and old age: the research agenda. In: R. C. Tallis (Ed.). *Increasing longevity: medical, social and political implications*. London: Royal College of Physicians.
- Erikson, E. H. (1968). Life Cycle. In: D. L. Sills (Eds.). *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: Macmillan / Freepress.
- Feitosa, M. A. G. (2001). Envelhecimento sensorial: A pesquisa básica e implicações para qualidade de vida. *Psychologica*, 28, 159-175.

- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernández-Ballesteros, R., & Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Social*, 5, 77-94.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso: Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferguson, G. A. (1981). *Statistical Analysis in Psychology and Education* (5th ed.). New York: MacGraw Hill.
- Ferrão, J. (1996). Três décadas de consolidação do Portugal demográfico “moderno”. In Barreto, A. (Org.), *A situação social em Portugal, 1960-1995* (I Vol.) (pp:165-190). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13: 55-66.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II– Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13: 119-127.
- Field, D., & Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43, 100-106.
- Folstein, M.F., Folstein, S.F. & McHygh, PR (1975). Minimental state: a practical guide for grading the cognitive state of patient for clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12: 189-198.
- Fonseca, A. F. (1988). *Psiquiatria e psicopatologia (II Vol.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Geadá, M. (1996). Mecanismos de defesa e *coping* e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 2-3(XIV), 191-201.
- Greene, J., Oliveira, M. (1999). *Learning to use statistical tests in Psychology* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Grundy, E. (1997). The health of older adults 1841-1991. In: J.C. Charlton, & M. Murphy (Eds). *The health of adult Britain* . London: HMSO.
- Grundy, E., & Bowling, A. (1999). Enhancing the quality of extended life years: Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Aging and Mental Health* , 3(3), 199-212.
- Guerreiro, M. (1993). Contributo da Neuropsicologia para o estudo das demências. Tese de Douturamento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Guilford, J.P. & Fructer, B. (1978). *Fundamental statistics in psychology and education* (6th ed.). New York: MacGraw Hill.
- Heller, K., Thompson, M.G., Vlachos-Weber, I., Steffen, A.M. & Trueba, P.E. (1991). Support Interventions for Older Adults: Confidante Relationships, Perceived Family Support and Meaningful Role Activity. *American Journal of Community Psychology* , 19 (1), 139-146.
- Herzog, A. R., Franks, M. M., Markus, H. R., & Holmberg, D. (1998). Activities and Well-Being in Older Age: Effects of Self-Concept and Educational Attainment. *Psychology and Aging* , 13 (2). 179-185.
- Hespanha, P. (1990). *A propriedade multiforme* . Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Instituto Nacional de Estatística (2002a). Indicadores Estatísticos Gerais. População e Condições Sociais. Consultado em 7 de Abril de 2003 através de <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=17>
- Instituto Nacional de Estatística (2002b). Indicadores Estatísticos Gerais. População e Condições Sociais. Consultado em 7 de Abril de 2003 através de <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=64>

- Instituto Nacional de Estatística (1999). *As gerações mais idosas: População e condições sociais*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Estatísticas demográficas 2002: População e condições sociais*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Koukoulí, S., Vlachnonikolis, I.G., & Philalithis, A. (2002). Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Services Research*, 2(1):20.
- Lang, R. F. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journal of Gerontology: psychological sciences*, 56B (6), 321-326.
- Larson, R., Mannell, R. & Zuzanek, J (1986). Daily well-being of older adults with friends and family. *Psychology and Aging*, 1, 117-126.
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M. P. Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Eds.). *Aging and the environment: Theoretical approaches*. New York: Springer Publishing Company.
- Lowental, M.F. & Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33, 20-30.
- MacIntyre, S., & Hunt, K. (1997). Socio-economic position, gender and health: How do they interact? *Journal of Health Psychology*, 2(3), 315-334.
- Mah, S., Gonçalves, A. T. & Garcia, O. (1999). Jovens e Idosos: Contextos, Interações e redes de suporte com enfoques no exemplo metropolitano de Cascais. *Intervenção Social*, 20, 57-78.
- Mannell, R. C. (1993). High-investment activity and life satisfaction among older adults: Committed, serious leisure, and flow activities. In: J. R. Kelly (Ed.). *Activity and aging: staying involved in later life*. Newbury Park: Sage.

- Manton, K. G. (1990). Population models of gender difference in mortality, morbidity, and disability risks. *In: M. G. Ory, & H. R. Warner (Eds.). Gender, health and longevity: Multidisciplinary perspectives.* New York: Springer.
- Matos, G. M., & Sardinha, L. B. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. In L. B. Sardinha, M. G. Matos, & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 163-181). Lisboa: Edições FMH.
- Ministério da Saúde, Departamento de estudos e planeamento da Saúde (1997). Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, Região Norte. Lisboa.
- Nazareth, J. M. (1999) Envelhecimento demográfico e relação entre gerações. *Psicologia, Educação e Cultura, 3(2)*, 239-251.
- Nina, E. & Paiva, C. (2001). Idosos rurais e urbanos: estudo comparativo. *Geriartria: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, 14(138)*, 9-32.
- Paúl, M. P. (1996). *Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em meios urbanos.* Braga: S.H.O.
- Paúl, M. P. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente.* Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde.* Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). A Saúde e Qualidade de Vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura, III (2)*, 345-362
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (2ª ed.).* Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias.* Coimbra: Quarteto Editora.

- Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Pinto, A. M. (2001). Envelhecimento: das teorias à fisiopatologia. In: A. M. Pinto (coord.). *Envelhecer vivendo* (pp. 11-29). Coimbra: Quarteto Editora.
- Potts, M. K. (1997). Social support and depression among older adult living alone: The importance of friends within and outside of a retirement community. *Social Work*, 42(3), 348-362.
- Rendas, A. B. (2001). Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento – “Idade biológica” versus “Idade cronológica”. In: A. M. Pinto (coord.). *Envelhecer Vivendo* (pp. 45-56). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J.L.P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII: 2-3, ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1996). Saúde e desenvolvimento. *Análise Psicológica*, 2-3(XIV), 177-190.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558.
- Rosa, M. J. V. (1996). O envelhecimento e as dinâmicas demográficas da população portuguesa a partir de 1960: dos dados ao dilema. In Barreto, A. (Org.), *A situação social em Portugal, 1960-1995* (I Vol.) (pp: 191-214). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Rowles, G.D. (1984). Aging in Rural Environments. In Altman, I., Lawton, M.P. & Wohlwill (eds.), *Elderly people and the environment* (VII Vol.) (pp: 129-157). New York: Plenum Press.
- Serna de Pedro, I. (2000). *Manual de Psicogeriartria Clínica*. Barcelona: Masson, S.A.

- Silva, A. I., & Lima, J. (2002). Ser idoso: Estudo de uma população. *Geriartria: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 14(140), 12-18.
- Sobel, D. (1995). Rethinking medicine: Improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic medicine*, 57(3), 234-244.
- Strawbridge, W. J., Kaplan, G. A., Camocho, T., & Cohen, R. D. (1992). The dynamics of disability and functional change in an elderly cohort: results from the Alameda County Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 799-806.
- Suzman, R. H., Willis, D. P., & Manton, K. G. (Eds) (1992). *The oldest old*. Oxford: Oxford University Press.
- Tremethick, M. J. (1997). Thriving, not just surviving: The importance of social support among the elderly. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35(9), 27-31.
- Vaillant, G. E., & Mukamal, K. (2001). Successful Aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- van Tilburg, T. V. (1998). Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B(6), 313-323.
- Vaz, M.E. (2001). O Quotidiano do Idoso: Esperança ou Desesperanças? *Intervenção Social*, 23/24, 193-216.
- Verbrugge, L. M. (1990). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. In: M.G. Ory, & H.R. Warner (Eds.). *Gender, health and longevity: Multidisciplinary perspectives*. New York: Springer.
- Veríssimo, M. T. (2001). Exercício físico e envelhecimento. In: A. M. Pinto, (cord.). *Envelhecer Vivendo* (pp. 123-141). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ware, J.E. et al (1993). SF-36 Health Survey manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute.

Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30:473-481.

Yeh, S. J., & Liu, Y. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Services Research*, 3(1), 9.

XI. ANEXOS

Anexo A

MINI-MENTAL STATE - MMS

NOME: _____
 IDADE: _____ Anos

APELIDO: _____
 DATA: _____ de _____ de _____

PRC.: Nº: 95

1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____
 Em que país estamos? _____
 Em que distrito vive? _____
 Em que terra vive? _____
 Em que casa estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida.)

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

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 _ 24 _ 21 _ 18 _ 15 _

Nota:

4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta.)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
 Lápis _____

Nota:

b. "Repita a frase que vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota:

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____
 Dobra ao meio _____
 Coloca onde deve _____

Nota:

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto ler-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota:

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota:

6. HABILIDADE CONSTRUTIVA (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

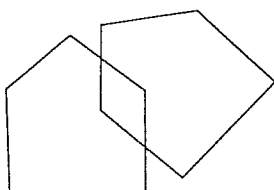
(Máximo 30 pontos)

Nota:

TOTAL:

DESENHO

CÓPIA



Anexo B

Ficha de caracterização pessoal

Idade: _____ anos

Sexo: M F

Estado civil:

Solteiro Casado Divor./separ. Viúvo

Escolaridade:

Analfabeto Sabe ler e escrever Instrução primária Curso médio Curso superior

Habita:

Casa própria Casa alugada Casa de familiares Lar

Agregado familiar:

Só Cônjuge Filhos Filhos e netos Outros _____

Nº do agregado familiar: _____

Situação profissional: :

Reformado Activo

Tipo de reforma

Limite de idade Pensão social Pensão do cônjuge Invalidez

Nº de filhos: _____

Nº de netos: _____

Recebe apoio institucional?

Sim Não

Se sim, de que tipo?

Lar Apoio domiciliário Centro de Dia

Anexo C

Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF – 36)

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

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

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

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

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

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

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

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?						
b. Se sentiu muito nervoso/a?						
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?						
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?						
e. Se sentiu com muita energia?						

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
f. Se sentiu triste e em baixo?						
g. Se sentiu estafado/a?						
h. Se sentiu feliz?						
i. Se sentiu cansado/a?						

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

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

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

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

Anexo D

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

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