



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO
COM O SUPORTE SOCIAL EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO
INSTITUCIONALIZADOS**

JOANA RUIVO
13434

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR NUNO TORRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

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

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao ISPA pela formação que me ofereceu e aos professores que transmitiram o seu conhecimento. Um especial agradecimento ao Prof. Doutor Nuno Torres pela sua disponibilidade e pela extraordinária orientação que me ofereceu, incluindo as dúvidas e as questões que levantou e que tantos “conflitos internos” me provocou.

Gostaria de agradecer a todos os idosos que participaram na minha amostra, não só na vertente formal, mas também na aprendizagem pessoal que adquiri com muitos deles. Relativamente à instituição onde recolhi os questionários, um especial agradecimento ao Dr. Antero Marques, à Dr.^a Ana Filipa Miguel, ao Daniel e à querida D. Gertrudes Quirina. Na associação de reformados, gostaria de agradecer à Dr.^a Deolinda (cujas rápidas melhoras desejo profundamente), à D. Estela, à D. Aida e à D. Filipa. Quanto à Universidade Sénior, um forte agradecimento à Dr.^a Marta Rodrigues por toda a disponibilidade e força que me deu.

A nível pessoal, gostaria de recordar as minhas colegas ispianas e companheiras deste fantástico percurso: Bárbara Loja, Elisabete Miranda, Marta Antunes, Mónica Ponte, Rute Teixeira e, claro, à minha grande ‘biusca’, Helena Fernandes.

Gostaria também de agradecer ao Cláudio Fonseca por todo o seu apoio no decorrer destes cinco anos. Agradeço-te por me apoiares nas minhas decisões, por me incentivares nas alturas de menor motivação e por me compreenderes e me acalmares nos períodos mais sensíveis e delicados na minha vida de estudante (e não só). Agradeço-te por seres o companheiro fantástico que és!

Aos meus pais, é impossível colocar em papel todo o apreço, agradecimento e amor que sinto por vocês. Agradeço-vos toda a paciência que revelaram para comigo e todos os sacrifícios que sofreram para eu poder chegar até aqui. Por tudo isto e pelo amor infinito que sinto por ambos, este trabalho é dedicado aos dois – Ema e José.

METÁFORAS DUMA VIDA

Envelhecer é ir conduzindo um carro, que é a nossa vida,
com a bagageira e os bancos detrás, todos cheios.

Na bagageira as malas das memórias.
Nos bancos as emoções.

Por estradas ora curvas ora mais largas,
pára-se de quando em quando para abastecer,
acondicionar as bagagens, descansar.

As portagens que vamos pagando
vem nas facturas das nossas doenças.

Vai-se pernoitando onde vamos designando ser a nossa casa.

Bebe-se nas fontes que nos mantêm vivas.
As paisagens que os nossos olhos retêm
são dos nossos amores, os *flash* da nossa vida.

Umás vezes damos de caras com o sol
outras com a lua, a chuva, o frio, o vento.

E vamos continuando,
Porque,
Somos umas andantes nesta estrada,
Que o façamos todos os dias melhor e melhor.

Fernanda Maria Ferreira

Março 2009

Resumo

O presente estudo tem como objectivo perceber se a situação de institucionalização do idoso influencia a sua percepção da Qualidade de Vida e a satisfação com o seu Suporte Social.

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e comparativo, em que a amostra (por conveniência) é constituída por 93 sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, onde 56 idosos encontram-se em contexto institucionalizado e 37 sujeitos não institucionalizados. Contudo, não foram considerados 15 sujeitos da amostra total (N=93), uma vez que apresentaram deteriorações cognitivas. Assim, lidamos com uma amostra total de 78 sujeitos idosos.

Foi desenvolvida uma ficha sócio-demográfica e utilizou-se os questionários *Mini-Mental State Examination*, as Escalas de Bem-Estar Psicológico – versão reduzida (E.B.E.P.-R) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

Na análise dos resultados da amostra em estudo, constatou-se que os idosos não institucionalizados revelaram maior bem-estar psicológico e maior satisfação com o seu suporte social, quando comparados com os idosos institucionalizados.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, Suporte Social, Institucionalização de idosos.

Abstract

The goal of the current study was to get further knowledge of whether the institutionalization of elderly people affects their perception of quality of life and their social support satisfaction.

The present study's design is quantitative, transversal and comparative, and the sample includes 93 people (convenience sampling) with ages between 65 and 95 years old, 56 individuals where in a institution and 37 where in a non-institutionalized situation. However, 15 subjects of the sample were removed due to cognition failures. Being so, we're dealing with a sample of 78 old people.

The material used included a social-demographic questionnaire, the Mini-Mental State Examination (MMSE), Scales of Psychological Well-Being – Reduced version (S.P.W.B.-R), and Satisfaction with Social Support Scale.

The findings revealed that the non-institutionalized elder showed higher psychological well-being and superior social support satisfaction than the elder living in an institution.

Key-Words: Quality of life, Social Support, Elder Institutionalization.

Índice

Capítulo I - Introdução

1.O Envelhecimento.....	01
1.1.Teorias do Envelhecimento	03
1.2.O Envelhecimento Bem-Sucedido.....	06
1.3.O Modelo de Desenvolvimento de Erik Erikson.....	08
1.4.O Idadismo.....	10
2.A Qualidade de Vida.....	11
2.1.Qualidade de Vida nos Idosos.....	13
3.O Suporte Social.....	14
3.1.Redes de Apoio Informal.....	15
3.2.Redes de Apoio Formal.....	17
4.Investigações	19
5.Objectivo do Estudo.....	21

Capítulo II - Método

1.Participantes.....	22
2.Exclusões de Participantes da Amostra – <i>Mini-Mental State Examination</i>	25
3.Instrumentos.....	26
a)Escala Sócio-Demográfica.....	26
b)Mini-Mental State Examination (MMSE).....	26

c)Escalas de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (EBEP-R).....	27
c)Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	29
4.Procedimento.....	31
5.Tratamento Estatístico.....	33

Capítulo III – Resultados

1.Participantes.....	34
2.Qualidade de Vida.....	34
3.Suporte Social.....	37
4.Bem-Estar Psicológico e Satisfação com o Suporte Social.....	42

Capítulo IV – Discussão dos Resultados e Conclusão

1.Percepção da Qualidade de Vida.....	43
2.Satisfação com o Suporte Social.....	45
3.Qualidade de Vida e Satisfação com Suporte Social nas amostras em estudo	46

Capítulo V – Referências Bibliográficas.....

Anexos – Instrumentos

Anexo 1 – Escalas Sócio-Demográficas.....	56
Anexo 2 – Mini-Mental State Examination (MMSE).....	59
Anexo 3 – Escalas de Bem-Estar Psicológico (E.B.E.P.).....	62

Anexo 4 – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	64
Anexos – Método.....	66
Anexos – Resultados.....	80

Lista de Tabela

Tabela 1 – Escalas de Bem-Estar Psicológico, Versão Reduzida.....	29
Tabela 2 – Escalas de Satisfação com o Suporte Social.....	30
Tabela 3 – B.E.P._Total/comparação de amostras independentes.....	35
Tabela 4 – B.E.P._Total/comparação da amostra Lar & Centro de Dia.....	36
Tabela 5 – B.E.P._Total/comparação da amostra As. de Reformados & Uni. Sénior....	36
Tabela 6 – B.E.P._Total/comparação entre géneros.....	37
Tabela 7 – Suporte Social/comparação de amostras independentes.....	38
Tabela 8 – Suporte Social/comparação de subescalas.....	38
Tabela 9 – Subescalas Suporte Social/comparação da amostra Lar & Centro de Dia....	39
Tabela 10 – Subescalas Suporte Social/comparação da amostra As. de Reformados & Uni. Sénior	40
Tabela 11 - Subescalas Suporte Social/comparação entre géneros.....	41
Tabela 12 – Correlação subescalas BEP e ESSS.....	42

Lista de Figuras

Figura 1 – Percentagens de sujeitos Institucionalizados vs. Não Institucionalizados....	22
Figura 2 – Constituição dos Grupos.....	23
Figura 3 – Percentagem género.....	24
Figura 4 – Género e amostras institucionalizadas e não institucionalizadas.....	24

Capítulo I

1. O Envelhecimento

O envelhecimento demográfico da população portuguesa é um facto demonstrado aos mais diversos níveis – social, político, económico, etc. Nas últimas quatro décadas, assistiu-se a um significativo aumento da esperança média de vida e uma diminuição acentuada das taxas de natalidade, incutindo nas comunidades um dever de promover respostas eficazes, com vista ao bem-estar e qualidade de vida dos idosos. Em termos práticos e oficiais, entre 1960 e 2001, a população juvenil de Portugal diminuiu cerca de 36% e, contrariamente, a população idosa aumentou em cerca de 140% (INE, 2002).

A definição de envelhecimento não é consensual, existindo diversas teorias que focam determinados aspectos em detrimento de outros. No entanto, é possível fazer um apanhado genérico das várias teorias e afirmar que, de uma forma muito geral, o envelhecimento é um processo gradual onde se constata profundas alterações dos funcionamentos orgânico, psicológico, cognitivo e social, nomeadamente com uma crescente vulnerabilidade do papel social, podendo ainda surgir sentimentos de desamparo emocional e de baixa auto-estima (Barroso, 2006; Lopes, 2004; Neto, 1999; Paúl, 1997; Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

No entanto, no estudo sobre o envelhecimento, alguns autores fazem uma distinção entre o envelhecimento primário, secundário e terciário. Relativamente ao primeiro, a sua principal característica é a ausência de patologia, sendo considerado como normal e previsível. As mudanças físicas e psicológicas que ocorrem no sujeito referem-se aos aspectos intrínsecos e irreversíveis do seu envelhecimento (Barreto, 2005; Novo, 2003; Paúl & Fonseca, 1999). No que concerne ao envelhecimento secundário, este parece ter uma relação com a doença e as mudanças que daqui advêm têm como causas a patologia ou, inclusive, factores sócio-culturais. Dado constatar-se a existência de um quadro patológico, é possível, em muitos casos, realizar uma abordagem de prevenção de forma a evitar estas realidades. Muitas vezes, verifica-se

mesmo a reversibilidade do estado patológico do sujeito. A sua capacidade intelectual é, também, mais afectada quando comparado com o envelhecimento primário (Barreto, 1988, 2005; Novo, 2003; Paúl & Fonseca, 1999). Por fim, é ainda possível abordar o envelhecimento terciário, onde as mudanças presentes nesta fase ocorrem de uma forma repentina, intensa e imprevista para o sujeito. Nesta fase, existe uma maior deterioração intelectual nas áreas da compreensão verbal e de processamento de informação (Novo, 2003; Paúl, 1997; Paúl & Fonseca, 1999). No fundo, trata-se de “um período, mais ou menos longo, próximo da morte, em que havia uma deterioração, de aspectos geralmente considerados como não variando com a idade” (Paúl, 1997, p. 11). Em suma, esta perspectiva do envelhecimento assume três possíveis formas: (1) primário, referente a um envelhecimento normal e sem qualquer tipo de doenças; (2) secundário, caracterizado pela presença de patologia(s); e, por fim, (3) o envelhecimento terciário, que se refere ao período da vida do idoso próxima da sua morte, onde a deterioração das capacidades cognitivas (viz., processamento de informação, compreensão verbal, etc.) são seriamente afectadas (Paúl, 1997).

O processo de envelhecimento é caracterizado por mudanças constantes nos organismos à medida que o sujeito vai avançando na sua idade cronológica. De facto, existem descritos na literatura três componentes característicos deste processo, designadamente: a senescência – i.e., crescente vulnerabilidade e incremento da probabilidade de falecer; o envelhecimento do papel social; e, por fim, o envelhecimento psicológico (Schroots & Birren 1980, cit. por Paúl, 1997; Spar & La Rue, 1998). Paralelamente, é possível também considerar três tipos de idades, para além da idade cronológica. Segundo Paúl (1997), todos os indivíduos possuem uma idade biológica, assente na capacidade funcional e orgânica do corpo humano, que vai sofrendo adaptações ao longo da sua vida e, progressivamente, perdendo capacidades de auto-regulação. Existe também uma idade social, que difere entre culturas, mas que basicamente se refere aos papéis e hábitos sociais que o sujeito vai adaptando e transformando no decorrer da sua vida. Por último, Paúl (1997) retrata a idade psicológica como sendo influenciada pelas duas idades anteriores, envolvendo contudo características individuais como inteligência, memória, motivações, emoções, etc.

1.1. Teorias do Envelhecimento

O envelhecimento do ser humano é um processo gradual, que tem início a partir da sua concepção e termina com a sua morte. Dada a complexidade de fenómenos que vão sucedendo no envelhecimento do sujeito, foram elaboradas inúmeras teorias, nas mais diversas áreas científicas, de forma a entender todo este processo.

Neste sentido, é possível perceber o envelhecimento enquanto fenómeno orgânico, social e psicológico, existindo um vasto suporte teórico-científico para validar a sua compreensão.

A. Teorias Biológicas

No que concerne às teorias biológicas do envelhecimento, Teixeira (2006) enuncia pelo menos quatro grandes teorias: Teorias do Envelhecimento Celular; Teoria dos Telómeros, ou seja, trata-se das estruturas que protegem as pontas dos cromossomas da sua deterioração, prevenindo o envelhecimento das células e dos tecidos do sujeito; Teoria Neuro-Endócrina, que postula o envelhecimento e consequente alteração hormonal do sistema neuro-endócrino, controlado pelo hipotálamo e pela glândula pituitária; e as Teorias Estocásticas, que referem como principal causador do envelhecimento a acumulação de lesões em moléculas consideradas vitais, mas englobam, também, várias outras teorias (e.g., Teoria das Mutações Somáticas, Reparação do DNA, da Glicosilação, etc.). Apesar da diversidade teórica na perspectiva biológica do envelhecimento, em comum, todas as teorias postulam uma degeneração gradual e natural do organismo dos sujeitos.

B. Teorias Sociais

É sabido que o sujeito, no decorrer da sua vida, vai adoptando e adaptando-se a novos papéis sociais. A passagem à reforma, a saída de casa dos filhos (i.e., “ninho vazio”) e a morte de cônjuges, familiares, amigos e conhecidos, são acontecimentos de

vida normativos, cuja probabilidade aumenta com o aumento da idade do sujeito, obrigando-o a moldar-se à(s) nova(s) realidade(s).

Nesta perspectiva social, vários investigadores desenvolveram diversas teorias para oferecer uma compreensão científica do fenómeno. Assim, das diversas teorias existentes, destacam-se:

- a) *Teoria da Desinserção*: segundo esta perspectiva, à medida que o indivíduo vai envelhecendo e vai-se tornando cada vez menos produtivo, começa gradualmente a isolar-se da sociedade e esta tende a afastá-lo e desvalorizá-lo, num processo recíproco (Fernandes, 2000);
- b) *Teoria da Continuidade*: refere-se ao envelhecimento como uma fase constituinte do ciclo vital do sujeito. Deste modo, é contrariada a perspectiva do envelhecimento enquanto uma fase ou um período do desenvolvimento humano (Fernandes, 2000);
- c) *Teoria do Meio Social*: a presente teoria põe a tónica na importância das relações interpessoais e na qualidade do suporte social (viz., cônjuges, filhos, amigos, etc.), na subsistência financeira do indivíduo e na sua saúde física para a sua satisfação de vida. São principalmente as variáveis sociais (i.e., relações interpessoais e qualidade do suporte social) que, segundo Mishara e Riedel (1984, cit. por Fernandes, 2000), irão determinar o comportamento e a adaptação do sujeito no seu processo de envelhecimento.

C. *Teorias Psicológicas*

Apesar da diversidade teórica, torna-se relevante para esta investigação, perceber o envelhecimento enquanto fenómeno psicológico. Também aqui, a diversidade teórica é um facto, sendo portanto exploradas somente as consideradas como mais relevantes. Neste âmbito, seguimos a classificação de Barreto (1988) que divide as teorias do

envelhecimento psicológico em quatro grandes grupos: a Teoria de Actividade, Teoria do Desligamento, Teoria dos Padrões de Envelhecimento, e a Teoria da Mudança de Papéis.

A Teoria da Actividade foi desenvolvida por Kuhlen (1959, cit. por Barreto, 1988) e referia que tanto a satisfação como a auto-estima do sujeito idoso seriam uma consequência da actividade que este desenvolvia no seu quotidiano. Esta teoria foi muito bem aceite no seio da comunidade científica, uma vez que emparelhava com a noção do envelhecimento bem-sucedido, imensamente discutido na altura. Tanto a satisfação pessoal como a auto-estima derivavam da capacidade do sujeito em desempenhar diversos papéis sociais, conferindo objectivos à vida deste. Outras características da Teoria da Actividade centravam-se na ausência de ansiedade e na capacidade de tolerância à frustração e, conseqüente, estratégia de *coping*. No fundo, esta teoria remete para a satisfação que “deriva necessariamente de uma auto-imagem positiva, resultante da percepção de que se é capaz de atingir os objectivos pessoais e de manter a interacção social mutuamente gratificante” (Barreto, 1988, p. 166).

A Teoria do Desligamento foi elaborada por Cumming, Elaine e Dean, nos anos 60. Esta teoria postulava que o sujeito, a partir do seu sexagésimo aniversário, começava a diminuir a sua rede social, quer em quantidade, quer em qualidade. Segundo os autores (1960, cit. por Barreto 1988), este processo seria um mecanismo de adaptação a uma nova condição física (i.e., de uma redução significativa da sua energia física) e psíquica. Este mecanismo seria uma tendência natural de todos os idosos, como um procedimento intrínseco do sujeito e não, como se julgava, como sendo algo imposto pela sociedade. Esta teoria é diametralmente oposta à anterior, sendo ambas passíveis de criticar dada as posições extremas que assumem. Barreto (1988) refere mesmo que “ambas as correntes tendem a conceber a adaptação ao envelhecimento como um processo linear, com sentido único e obrigatório para todos os indivíduos” (p. 166).

Relativamente à Teoria dos Padrões de Envelhecimento, esta vem tentar colmatar as lacunas das duas teorias apresentadas anteriormente. São vários os investigadores que tentaram demonstrar a diversidade dos estilos adaptativos dos sujeitos a esta nova condição. Um dos estilos adaptativos foi postulado por Havighurst (1968, cit. por Barreto, 1988), que designava a estrutura da personalidade como sendo

um dos principais mecanismos de adaptação. O autor nomeou então oito estilos diferentes, designadamente: o estilo reorganizador; o focalizado; o desligado com sucesso; o persistente; o restringido; o estilo apoiado; o apático; e, por fim, o estilo desorganizado (Barreto, 1988; Neugarten, Havighurst & Tobin, 1996).

Por último, a Teoria da Mudança de Papéis refere que os sujeitos idosos, ao assumirem novos papéis sociais, conseguem mudar o seu comportamento social e, conseqüentemente, manifestam um grau de satisfação mais elevado e uma imagem de si mais positiva. Deste modo, esta teoria perpetua que os sujeitos idosos podem ser activos no seu envelhecimento, contrariamente às ideias de isolamento e de adaptação passiva presentes no estereotipo desta fase (Barreto, 1988).

1.2. O Envelhecimento Bem-Sucedido

Torna-se relevante para esta investigação perceber que o processo de envelhecimento possui um cariz dinâmico e contínuo. Foram referidos anteriormente aspectos diferentes face a este processo, principalmente, no que diz respeito ao envelhecimento biológico e psicológico dos indivíduos. Neste sentido, completar-se-á a perspectiva deste processo com o envelhecimento bem-sucedido.

Apesar do construto de envelhecer com sucesso ser demasiado complexo e de difícil conceptualização, Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005) sintetizam-no numa só frase: “envelhecer com sucesso implica ser competente e empenhado na vida” (p. 76). Apesar de cada vez mais se tratar este assunto, a sua dimensão teórica é objecto de inúmeras investigações, sendo aqui retratada, somente, de um modo genérico.

Segundo Baltes e Carstensen (1996, cit. por Fonseca, 2005), o envelhecimento bem-sucedido envolve dois processos. Em primeiro lugar, “trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice, não pela adopção indiferenciada de critérios normativos externos, mas sim através de uma procura

individual de resultados e objectivos significativos para o próprio” (Fonseca, 2005, p. 285). Em segundo lugar, são necessários “determinados estilos de vida, que satisfaçam o objectivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos da existência” (Fonseca, 2005, p. 285). No sucesso do envelhecimento, estes dois processos encontram-se correlacionados.

No entanto, é necessário alertar para a complexidade do fenómeno, onde, para além dos processos nomeados, interessa frisar outras variáveis que se encontram no envelhecimento bem-sucedido e que conferem a diversidade ao processo, designadamente: as questões da personalidade; as relações sociais (viz., do suporte social informal); os contextos sócio-culturais em que o sujeito se encontra; a sua saúde física e mental; a sua autonomia; o funcionamento intelectual; o bem-estar subjectivo; etc. (Fonseca, 2005; Lopes, 2004).

Rowe e Kahn (1999) referem a existência de três componentes fundamentais para o envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente, “low probability of disease and disease-related disability, high cognitive and physical functional capacity and active engagement with life” (p. 27). Estas três componentes são, segundo Fonseca (2005), a compreensão mais completa desta temática.

Uma dimensão fundamental do envelhecimento bem-sucedido é o bem-estar psicológico do sujeito. Fonseca (2005) alerta para o facto de envelhecer não trazer consequentemente menor bem-estar psicológico para os idosos, ainda que exista uma maior probabilidade de perda. Parece, no entanto, existir uma relação entre o bem-estar psicológico, dos sujeitos desta população, com a qualidade das relações sociais que conservam. Lang (2001) refere mesmo que apesar da perda de pessoas significantes (e.g., o cônjuge), o idoso consegue manter e, até mesmo, estabelecer relações com outros pares.

Contudo, a forma como o sujeito encara as questões específicas da idade e do envelhecimento vai depender imenso das suas estratégias de *coping*, que foi adquirindo e desenvolvendo ao longo da sua vida. Deste modo, torna-se interessante perceber uma das mais importantes teorias do desenvolvimento da psicologia, isto é, o modelo de desenvolvimento de Erikson, uma vez que integra, na sua génese, uma visão psicológica juntamente com as interacções sociais do indivíduo em cada fase do ciclo da sua vida.

1.3. O Modelo de Desenvolvimento de Erik Erikson

Na sua teoria do desenvolvimento, Erikson (1980) organizou oito períodos distintos, pelos quais todos os sujeitos passariam. Estes períodos não devem ser entendidos como estádios em que o sujeito, contrariamente a outras teorias do desenvolvimento (e.g., teoria freudiana), ingressa, vive os conflitos característicos do estádio e que depois de os resolver, abandona o estádio passando para o seguinte. Nesta teoria, os estádios (ou períodos) não se emparelham linearmente com a idade do sujeito. A entrada para o estádio seguinte fica dependente de variáveis como a maturidade, o crescimento físico e cognitivo e, inclusive, das exigências do meio (Novo, 2003).

Cada período do desenvolvimento é caracterizado, segundo Erikson, por uma tensão psicológica entre duas forças opostas, que suscitam uma crise no sujeito que necessita de resolução. São as crises, segundo o autor, que originam os períodos de tensão que obrigam o sujeito a adaptar-se às circunstâncias de forma a resolve-la. Deste modo, o desenvolvimento acontece quando o sujeito consegue equilibrar ambas as forças e assimila a aprendizagem (Erikson, 1980; Novo, 2003). No entanto, Erikson (1980) alerta-nos para o facto de não existir uma resolução totalmente bem-sucedida para as tensões que surgem. Pelo contrário, o autor refere que trata-se antes de adquirir a capacidade de equilibrar as tensões opostas, devendo prevalecer o pólo positivo do estádio.

Como anteriormente referido, Erikson (1980) organizou o desenvolvimento em oito estádios, caracterizados por tensões psicológicas. Os quatro primeiros estádios são vividos pelas crianças, onde são vividas as tensões: da confiança *vs* desconfiança; da autonomia *vs* vergonha; da iniciativa *vs* a culpa; e da realização *vs* a inferioridade. Aquando da adolescência, o sujeito experiencia a tensão entre os pólos identidade *vs* difusão e enquanto jovem adulto lida com as questões da intimidade *vs* alienação. Quando o sujeito atinge a meia-idade, o conflito é entre a generatividade *vs* a estagnação, mas é o VIII e último estádio que interessa explorar neste estudo – a integridade *vs* o desespero.

Deste modo, torna-se relevante entender estes dois conceitos para que, conseqüentemente, se perceba o presente estágio. Ao definir o nome para este período, Erikson (1980) escreve:

I know no better word for it than *integrity*. Lacking a clear definition, I shall point to a few attributes of this state of mind. It is the acceptance of one's own and only cycle and of the people who have become significant to it as something that had to be and that, by necessity, permitted of no substitutions (p.104).

No que concerne ao polo contrário (i.e. o desespero), Erikson (1980) refere que “expresses the feeling that the time is short, too short for the attempt to start another life and to try out alternate roads to integrity” (pp. 104-105).

À medida que o sujeito vai envelhecendo, vai sendo necessário que se adapte à sua condição física e à sua condição social. Esta transição gradual suscita no indivíduo uma espécie de crise identitária, mas que é passível de ser considerada como normativa. As relações sociais que o indivíduo estabelece ao longo da sua vida, com primazia nas relações presentes, são de extrema importância para esta transição. Dependendo do investimento emocional feito pelo sujeito idoso nas referidas relações, assim vai ser o suporte que este terá na transição para a velhice (Novo, 2003).

Nesta última fase postulada por Erikson (1980, 1989), o autor aborda a importância da reelaboração das tensões vividas nos estágios anteriores, designadamente: confiança *vs* desconfiança; da autonomia *vs* vergonha; da iniciativa *vs* a culpa; da realização *vs* a inferioridade; da identidade *vs* difusão; da intimidade *vs* alienação; da generatividade *vs* a estagnação. O equilíbrio assimilado das tensões é novamente vivido para que o indivíduo possa, desta forma, construir a integridade (Novo, 2003). Ou seja, o sujeito aceita e integra todos os acontecimentos e crises que surgiram na sua vida. Em suma, a integridade do ego surge da necessidade de equilibrar e assimilar as experiências passadas do indivíduo, assinalando a principal característica deste estágio – a sabedoria.

The strength arising from these antitheses [i.e., integridade *vs* desespero], however, is *wisdom*, a kind of “detached concern with life itself, in the face of

death itself,” as expressed both in the sayings of the ages and in those simplest experiences which convey the probability of an ultimate meaning (Erikson, 1989, p. 63).

O autor alerta-nos ainda para a possibilidade do indivíduo idoso não possuir somente a característica de sabedoria. Segundo Erikson (1989), a par com a sabedoria está o desdém (“*disdain*”) que deve ser encarado como uma característica natural e necessária no processo de envelhecimento.

O conflito vivido neste período é entre a integridade do Ego e o desespero. O desespero é vivido com a certeza de que a vida está a aproximar-se de um término e o indivíduo não consegue reagir face às dificuldades que se apresentam (Fernandes, 2000).

Segundo Novo (2003), no fundo a integridade “permite que a velhice represente um novo recomeço. Um recomeço que parte da certeza da finitude pessoal, a qual não impede o envolvimento interpessoal e o interesse pelo mundo em geral” (p. 167).

1.4.O Idadismo

Apesar de, como vimos anteriormente, o envelhecimento da população, portuguesa e mundial, ser um facto (INE, 2002), é visivelmente perceptível um movimento cultural de anti-envelhecimento. Quer isto dizer que graças aos avanços científicos, onde se destacam os progressos do conhecimento e da tecnologia médica, contribuindo deste modo para a longevidade do ser humano, aliada aos avanços das técnicas da medicina estética, as sociedades procuram hoje em dia a longevidade associada à ideia da eterna juventude. Consequentemente, a noção de envelhecimento é cada vez mais impregnada de estereótipos e preconceitos, reduzindo-se a um período de declínio físico, cognitivo e social (Couto, 2007).

Perante esta realidade, tornou-se necessário arranjar uma designação para este movimento, que foi e continua a ser, amplamente estudado. Surge então o termo de *idadismo* que designa a discriminação dos indivíduos idosos meramente pela sua aparência física (Cavanaugh, 1997).

Entre os estereótipos mais frequentes face ao sujeito idoso encontram-se a constante deterioração física e cognitiva, a excessiva dependência funcional, a completa ausência de desejo e comportamentos sexuais, entre outras (Hazan, 1994, cit. por Martins, 2008).

Num estudo desenvolvido em 19 países, inclusive em Portugal (n[Portugal]=100 estudantes), onde questionaram jovens adultos acerca das características dos idosos, concluíram que “as pessoas parecem estar imbuídas de crenças variadas sobre a população jovem e idosa. Jovens e idosos estão longe de ser percebidos de modo unidimensional” (Neto, 1999, p. 313).

2. A Qualidade de Vida

Na segunda metade do século XX, as economias dos países mais desenvolvidos perceberam a necessidade de apoiar uma faixa etária que vinha a tornar-se gradualmente mais consistente – i.e., os idosos. Este apoio passava, necessariamente, por garantir que esta população obtinha respostas eficazes às necessidades que apresentavam, conduzindo a um aumento do interesse geral em estudar as reais necessidades desta população. Uma das características que mais interesse suscitou aos investigadores, foi precisamente a Qualidade de Vida nos idosos (Ribeiro, 1994).

Nas últimas duas décadas, o estudo sobre a qualidade de vida intensificou-se e várias organizações e diversos investigadores procuraram definir o construto e perceber as suas implicações no processo de envelhecimento (Fonseca, 2005). A evolução do construto tem sofrido, de tal ordem, transformações que Pino (2003) escreve:

ha evolucionado desde una concepción puramente sociológica como aparece en documentos de la ONU y OCDE en la que primaban los aspectos objetivos de nivel de vida, pasando por la perspectiva psicosocial donde los aspectos subjetivos se constituyen en el pilar fundamental, hasta la situación actual, en la que indiscutiblemente se asume la subjetividad y el carácter multidimensional de la CV [qualidade de vida] (p. 189).

No que concerne à definição, propriamente dita, Ribeiro (1994) alerta para o facto de o construto ter sido banalizado ao longo do tempo e que, frequentemente, é possível encontrar a nomeação da Qualidade de Vida, sem no entanto conter qualquer tipo de referência. Perante esta lacuna procedimental, o autor faz uma exploração literária da definição do conceito e demonstra a diversidade de possíveis definições, designadamente: “bem-estar físico, mental e social, completo, e não apenas, a ausência de doença” (...); “satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal, de bem-estar” (...); “efeito funcional de uma doença e do seu tratamento no doente, tal como é percebida por ele” (p. 183), etc. Contudo, a maioria das definições recolhidas por Ribeiro (1994) inserem-se num contexto médico.

Neste âmbito, existe uma grande distinção no que respeita à qualidade de vida: uma relacionada com a saúde ou dependente da saúde (i.e., Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde – QVRS) e a outra não relacionada com a saúde (i.e., Qualidade de Vida Não Relacionada com a Saúde – QVNRS) (Lopes, 2004; Ribeiro, 1994). Na primeira, os domínios centram-se na saúde física e psicológica do sujeito, na sua capacidade funcional, nas interações sociais deste e no seu nível socioeconómico. Quando se trata do sistema de saúde, a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde são construtos tratados como sinónimos. Existe porém a qualidade de vida não relacionada com a saúde onde se encontra uma envolvimento caracterial de aspectos pessoais e internos/sociais e de aspectos externos com o meio ambiente/meio social (Cramer & Spilker, 1998, cit. por Lopes, 2004; Ribeiro, 1994).

No entanto, torna-se relevante para esta investigação perceber a qualidade de vida numa dimensão mais genérica, podendo definir o construto como a percepção que o sujeito detém acerca do seu bem-estar físico, psicológico e social, isto é, satisfação que o sujeito detém acerca das características da sua vida no presente (Lopes, 2004).

2.1. Qualidade de Vida nos Idosos

Apesar da complexidade inerente à definição do construto, em investigações desenvolvidas pelo seu Grupo de Investigação de Gerontologia sobre a qualidade de vida, Pino (2003) identifica quatro grandes formas de estudar a qualidade de vida nas teorias do envelhecimento: qualidade de vida e saúde; estilos de vida saudáveis, exercício físico como elemento de qualidade de vida; e por fim, o estudo qualitativo em dois grupos de idosos institucionalizados e a viver com a família (i.e., factor residencial). No entanto, acrescenta que este construto possui componentes que devem ser tidas em conta no processo de avaliação, designadamente “salud (...); integración social (...); Habilidades funcionales (...); actividadada y ocio (...); calidad ambiental (...); Satisfacción con la vida; educación; ingresos; servicios sociales y sanitarios (Pino, 2003, p. 190).

Pino (2003) acrescenta ainda a possibilidade de conceptualizar o construto de diversas formas. Deste modo, a componente objectiva da qualidade de vida será (1) as condições de vida que suportam qualidade da mesma e a componente subjectiva, (2) a satisfação pessoal que o sujeito retira dessas mesmas condições. Outro modo de a conceptualizar é a (3) junção das condições (1) com a satisfação (2). Pino (2003) acrescenta uma última possibilidade de conceptualização da qualidade de vida, (4) “combinando las condiciones de vida y la satisfacción personal según lo considere el propio sujeto en función de su escala de valores y aspiraciones personales” (p. 188).

No presente trabalho, fica patente a complexidade do conceito, através da sua multi-dimensionalidade. Apesar de amplamente explorado, a qualidade de vida conserva sempre um carácter subjectivo inerente a cada indivíduo, sendo possível afirmar que esta, no período actual, é o reflexo da história biográfica do idoso aliada aos estilos de vida que foram adoptados no decorrer da sua vida (Lopes, 2004). Contudo, o seu sucesso alia-se aos conceitos anteriormente abordados, designadamente, o envelhecimento bem sucedido e o conceito de envelhecimento activo, sendo determinante a eficácia e qualidade do suporte social do idoso.

Neste sentido, Fernández-Ballesteros (2002) desenvolveu uma investigação em Espanha onde tentou perceber a relação entre qualidade de vida e o suporte social. Nas suas conclusões, o autor reivindica a importância do suporte social na percepção da qualidade de vida para os sujeitos. Na sua amostra, cerca de 60% dos idosos contactava diariamente com membros familiares e/ou com amigos e conclui que 9 em cada 10 sujeitos estão, de um modo geral, satisfeitos com as suas relações sociais.

Outra investigação, desta feita, realizada nos Estados Unidos da América, nomeadamente no Missouri, segue exactamente as mesmas conclusões que o estudo desenvolvido por Fernández-Ballesteros (2002). Os autores desta investigação, encontraram uma relação positiva entre a qualidade de vida percebida pelo idoso e o seu suporte social (CDC, 2005), uma vez que o suporte social “can promote health by providing persons with positive experiences, socially rewarding roles, or improved ability to cope with stressful events” (CDC, 2005, ¶ 11).

Uma vez que parece existir uma relação muito estreita entre a percepção da qualidade de vida e o suporte social, torna-se relevante compreender este construto, as suas definições e as suas características.

3. O Suporte Social

O suporte social é uma designação utilizada, nas áreas sociais e humanas, para englobar: “social integration, social networks, social relationships, sociometric relationships and other related concepts referring both to the individual’s social behavior (overt and covert) and his/her interaction with a group, community or society” (Fernández-Ballesteros, 2002, p. 654). Isto quer dizer que o suporte social de um sujeito engloba a sua estrutura familiar e amizades, juntamente com organismos organizacionais como, paróquias, instituições de solidariedade social, serviços de saúde, juntas de freguesias e câmaras municipais, etc. (Ornelas, 1994).

Em meados dos anos 70, Cobb (1976, cit. por Ornelas, 1994) referiu-se ao suporte social como um alicerce na vida dos indivíduos, uma vez que possui esta vertente de apoio e, simultaneamente, de auxílio na adaptação dos sujeitos a possíveis situações de crise. Ornelas (1994) acrescenta ainda uma valência transaccional ao constructo, afirmando que “envolve uma interacção entre o indivíduo e a sua rede de suporte” (p. 336).

Redes Sociais de Apoio

As redes sociais de apoio são objecto de inúmeros estudos em variadas áreas de interesse científico. Por volta dos anos 60, Caplan (1964, cit. por Paúl, 1997) abordava as redes sociais de apoio como grupos próximos do indivíduo que prestavam auxílio, de forma mútua, sempre que necessário. Na década de 80, Gotlieb (1981, cit. por Paúl, 1997) completa esta ideia ao acrescentar ao construto o bem-estar do indivíduo, principalmente no que respeita a sua saúde mental. De uma forma mais completa, podemos afirmar tratar-se de,

um conjunto de pessoas ligadas por um conjunto de laços, por exemplo, relações de apoio emocional, formando uma rede social, limitada do ponto de vista analítico, que apenas toma em consideração laços de apoio e que assume que estes laços só podem formar uma única estrutura integrada (Paúl, 1997, p. 92).

Apesar da complexidade do construto é possível operacionalizá-lo de duas formas distintas: (a) redes de apoio informal; e (b) redes de apoio formal.

3.1. Redes de Apoio Informal

Este subtipo de suporte social é caracterizado pelo núcleo de pessoas que rodeia o sujeito. Deste modo, é possível compreender a constituição da rede de apoio informal de duas formas – os familiares do sujeito idoso, cujos elementos não são escolhidos e,

muitas vezes, poderá ser entendida com uma componente de obrigatoriedade; e o seu grupo de amigos e/ou vizinhos, desta feita, a escolha dos elementos da rede revela ser quase sempre uma escolha voluntária do próprio idoso (Paúl, 1997, 2005). No fundo, trata-se de pessoas, de significância variada, que presta o auxílio necessário ao idoso nesta sua etapa de vida, muitas vezes quando as suas competências funcionais e, conseqüentemente, a sua própria autonomia mostram sinais de fragilidade.

Para entendermos a qualidade da rede de suporte social informal do idoso é necessário ter em conta três aspectos, designadamente: a sua integração social; o apoio que recebe desta rede; e, por fim, o apoio que o idoso entende receber da sua rede. Destas três valências de apoio, é precisamente a última (i.e., apoio percebido pelo idoso) que aparece associada à percepção de qualidade de vida, ao bem-estar psicológico e, inclusive, a própria percepção de saúde que o idoso tem de si mesmo (Paúl, 2005).

Num estudo desenvolvido e orientado por Paúl (2005), cujo objectivo se centrava nas relações com maior intimidade afectiva (viz., casamento) no suporte social dos idosos, revela parecer “favorecer o processo de envelhecimento bem sucedido” (p.279). No entanto, quando a questão se centra nos filhos, no mesmo estudo conclui-se que “a existência de filhos não parecia interferir com o bem-estar dos mais velhos” (Paúl, 2005, p.279).

A conclusão deste estudo, principalmente no que diz respeito aos filhos, é possível de ser entendida através da evolução cultural das sociedades, nomeadamente, pela família e pelas infra-estruturas habitacionais. Segundo Barreto (2005), o facto das casas serem pequenas aliado à transformação da dinâmica familiar, isto é, filhas que trabalham fora de casa e muitas vezes divorciadas, poderá constituir uma explicação para esta conclusão relativa aos filhos dos idosos. Contudo, Barreto (2005) avança outro aspecto, passível de explicar a conclusão do estudo de Paúl (2005), mais gravoso mas que não deve ser descurado: “o mau ambiente criado na família conduz à rejeição do idoso, vítima de negligências propositadas ou mesmo maus-tratos e agressões, que não andarão muito longe da eutanásia involuntária ou homicídio encapotado” (p. 297).

3.2. Redes de Apoio Formal

No que concerne a este tipo de apoio das redes sociais, destaca-se a sua organização formal, quase sempre com o apoio da segurança social e muitas vezes com o apoio de instituições, públicas ou privadas, com poder local. Estas organizações têm como objectivo prestar apoio aos sujeitos idosos da comunidade, integrando-os socialmente e/ou amparando-os de forma funcional e muitas vezes de forma psicológica (Paúl, 1997).

Um dos suportes sociais formais mais utilizados é a institucionalização. Esta geralmente ocorre quando o idoso apresenta uma incapacidade funcional aliada a uma carência de apoio social (Paúl, 1997). Neste contexto, o idoso beneficia de um suporte técnico (e.g., cuidados pessoais) e assistência médica (Barroso, 2006). É certo que a institucionalização visa combater fenómenos característicos desta faixa etária (e.g., isolamento e carências sociais), no entanto, parece não existir um consenso na literatura acerca dos benefícios deste processo, uma vez que estes meios parecem incutir no sujeito uma imagem de incompetência e incapacidade devido, entre outras razões, aos factores ambientais das instituições (Paúl, 1997).

Como anteriormente referido, os principais meios formais de apoio ao idoso são os lares residenciais (i.e., a institucionalização), as residências para sujeitos dependentes, as residências de estadia temporária, os centros de dia e os serviços de apoio domiciliário (Barreto, 2005). Relativamente aos primeiros, estes podem ser lares lucrativos ou, pelo contrário, lares sem fim lucrativos. Apesar de existirem em grande número no território nacional, os lares lucrativos carecem de regulamentação supervisionada por organismos estatais, ficando as direcções dos respectivos lares responsáveis pelas condições habitacionais e da qualidade dos serviços e de vida dos seus utentes idosos.

Já no que diz respeito aos lares sem fim lucrativos, estes estão quase sempre agregados à condição de Instituição Portuguesa de Solidariedade Social (i.e., IPSS). Quer isto dizer que “são instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de

solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico” (Segurança Social, 2009). Quando comparados com os lares lucrativos, os lares IPSS são geralmente mais rigorosos quanto à admissão dos seus utentes, às condições de habitação e vivência na instituição, na qualidade dos serviços prestados e às competências técnicas e humanas dos funcionários do lar (Barreto, 2005).

Ainda no âmbito do acolhimento, existem residências para pessoas mais dependentes, quer física, quer psiquicamente. Estas residências acolhem sujeitos idosos quando estes estão incapazes de garantir a sua autonomia ou quando as suas habitações não possuem as condições necessárias para os seus problemas (Barreto, 2005). Outro tipo de residências especializadas para o acolhimento do idoso são as residências para estadia temporária que, como o nome indica, acolhem idosos por breves períodos. Este tipo de rede social formal tem como principal objectivo oferecer aos cuidadores (maioritariamente familiares) um período de descanso, principalmente quando se trata de quadros demenciais ou psicopatológicos que exigem muita disponibilidade por parte dos cuidadores (Barreto, 2005).

Por fim, torna-se relevante mencionar outro tipo de apoio social formal, que não necessita que o idoso pernoite nas suas instalações – os centros de dia e os serviços de apoio domiciliário. Os centros de dia são uma óptima alternativa ao combate do isolamento e malnutrição dos sujeitos idosos que conservam alguma autonomia física. Nestes centros, o apoio médico e de enfermagem ao utente idoso são uma obrigatoriedade, assim como as terapias ocupacionais, que garantem uma estimulação cognitiva e motora. No que concerne aos serviços de apoio domiciliário, para além da alimentação e cuidados de higiene, muitas instituições oferecem também cuidados terapêuticos, como por exemplo, fisioterapia, cuidados médicos e psicológicos, etc. (Barreto, 2005).

4. Investigações

Existem alguns estudos relativamente às componentes do suporte social formal e do bem-estar psicológico junto da população idosa. Neste âmbito, Paúl (1996, cit. por Fonseca, 2005) desenvolveu um estudo aprofundado junto da população portuguesa e concluiu que os sujeitos idosos utentes de lares sentiam-se mais sozinhos, contudo menos agitados face ao processo de envelhecimento. Por outro lado, os sujeitos a viver nas suas residências revelavam o seu bem-estar psicológico mais reduzido.

No entanto, torna-se interessante comparar estes resultados com investigações realizadas em países cuja cultura é completamente diferente da portuguesa. Neste sentido, Yeh e Lo (2004), desenvolveram um estudo na Tailândia relativamente à satisfação com o suporte social em idosos não institucionalizados e concluíram que “living alone had a negative effect on loneliness and perceived social support” (p. 136).

Outro estudo desenvolvido também junto da população tailandesa, concluiu que a qualidade do suporte social é um indicador de uma boa actividade cognitiva (Yeh & Liu, 2003). Ainda dentro desta temática, mas já noutra contexto cultural, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América uma investigação cujos resultados se coadunam com o estudo apresentado anteriormente, ou seja, também aqui os investigadores escrevem: “the findings indicate that a higher level of social support indeed resulted in better health outcomes” e acrescentam “social support had a positive effect, even on the health status of frail elderly people of advance age” (Choi & Wodarski, 1996, pp. 58-59).

Um outro estudo desenvolvido por Paúl (1993), relativamente à condição depressiva nos idosos institucionalizados e a viver na comunidade, não são contudo conclusivos. Segundo a autora do estudo, apesar de amostra institucionalizada ser em média mais velha e ter mais filhos do que a amostra de idosos não institucionalizados, não se verificaram diferenças significativas entre as duas amostras. Paúl (1993) afirma que “os dados apontam antes para a existência de um número considerável de idosos deprimidos, independentemente da sua situação de vida” (p. 616).

Contudo, apesar dos resultados da investigação de Paúl (1993), Barroso (2006), na sua investigação sobre sentimentos de solidão e depressividade em idosos institucionalizados e não institucionalizados, constata que na sua amostra os idosos institucionalizados apresentavam maiores sentimentos de solidão e depressividade quando comparados com idosos não institucionalizados.

Uma vez mais, torna-se interessante fazer um paralelismo com estudos desenvolvidos noutras culturas e perceber a existência de resultados tão díspares. Numa investigação desenvolvida no Brasil e conduzida por Carneiro, Falcone, Clark, Prette e Prette (2007), foram comparados sujeitos institucionalizados com sujeitos não institucionalizados relativamente às habilidades sociais, ao seu apoio social, à qualidade de vida e, por fim, analisaram os níveis de depressividade das amostras. A conclusão deste estudo diverge da investigação conduzida por Paúl (1993) e confirma a investigação de Barroso (2006), uma vez que os autores constataram que o grupo dos idosos institucionalizados apresentavam uma alta percentagem de depressão e os idosos não institucionalizados revelaram resultados superiores relativamente às habilidades sociais, ao apoio social e, inclusive, à qualidade de vida (Carneiro, et al., 2007). Uma explicação avançada pelos autores do estudo para estes resultados “refere-se ao isolamento em que os idosos residentes em instituições vivem, ou à pouca comunicação entre eles” (p. 235), uma vez que, apesar de possuírem apoio material e funcional, os idosos institucionalizados eram “carentes de apoio afetivo, emocional e de interação social positiva” (Carneiro, et al., 2007, p. 236). Uma vez mais, confirma-se uma relação entre o bem-estar psicológico e a satisfação e/ou qualidade do suporte social.

Deste modo, é possível concluir a necessidade de mais investigação nesta área, uma vez que parece existir divergências relativamente aos resultados das investigações entre o bem-estar psicológico e a satisfação do suporte social dos idosos.

5. Objectivo do Estudo

Perante a revisão de literatura realizada e pelas razões acima enunciadas, é possível avançar como objectivo deste estudo, garantir uma maior consistência teórica consolidada com estudos realizados anteriormente, contribuindo para uma melhoria (qualitativa) das intervenções sociais e psicológicas, visando uma maior integração do idoso na sociedade através do alargamento do seu papel social.

Na presente investigação, pretende-se verificar a existência de diferenças na percepção da qualidade de vida e na satisfação com suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Desta forma, o presente estudo assume a forma de um delineamento comparativo e transversal.

No que concerne à amostra do estudo, trata-se de duas amostras independentes (i.e., sujeitos institucionalizados e não institucionalizados) e de conveniência (Maroco & Bispo, 2003).

Capítulo II

Método

1. Participantes

Na constituição da amostra foram criados critérios de inclusão, de forma a controlar possíveis variáveis parasitas. Estes critérios têm em conta:

- a) a idade, em que todos os indivíduos terão de ter mais de 65 anos;
- b) avaliação do funcionamento cognitivo, para validar a participação dos sujeitos no estudo, e uma vez que se trata de uma população cujos quadros demenciais começam a ser mais frequentes, dever-se-á despistar possíveis perturbações cognitivas, nomeadamente, doenças neurológicas – esta avaliação será realizada através do *Mini-Mental State Exame*;
- c) os sujeitos terão de autorizar a sua participação na investigação.

Neste estudo participaram 93 sujeitos, estando 56 em contexto institucional e 37 em contexto não institucional (*vide* anexo 5).

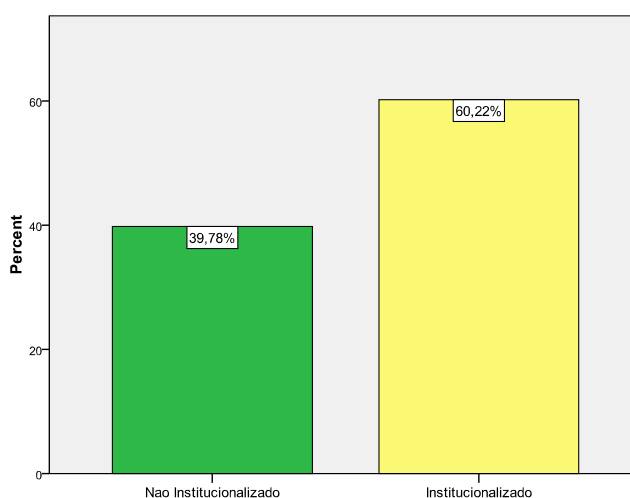


Figura 1 – Percentagens de sujeitos Institucionalizados vs. Não Institucionalizados

Relativamente aos sujeitos amostrais, estes integram-se nos seguintes grupos (anexo 6):

A. Não institucionalizados:

a) uma associação de reformados (25,8%);

b) uma universidade sénior (14%).

B. Institucionalizados:

a) um lar de idosos (39,8%);

b) um cento de dia (20,4%).

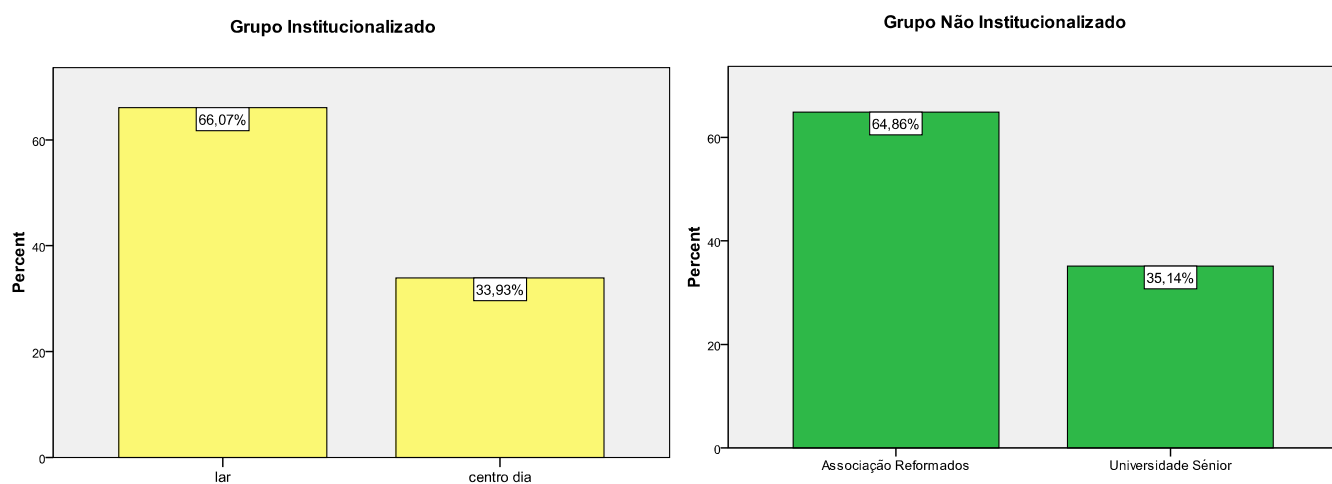


Figura 2 – Constituição dos Grupos

No que concerne à caracterização sócio-demográfica de ambas as amostras, denota-se uma primazia do género feminino (62 mulheres – 66,7%) face ao masculino (31 homens – 33,3%) (anexo 7).

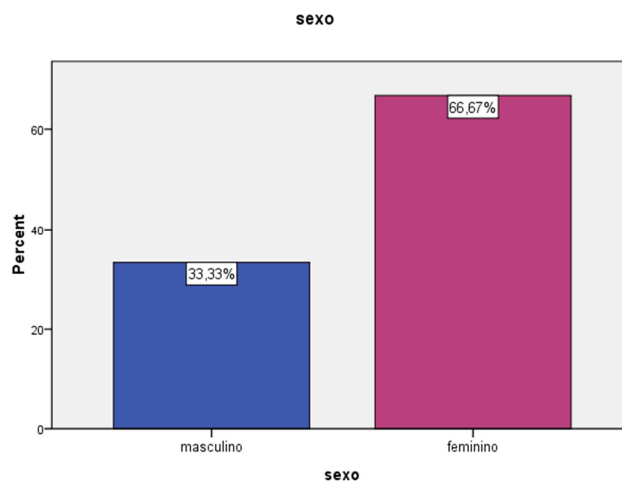


Figura 3 – Percentagem género

Quando analisada juntamente com a variável institucionalização, observa-se que em ambas as amostras existe um predomínio do sexo feminino (anexo 8).

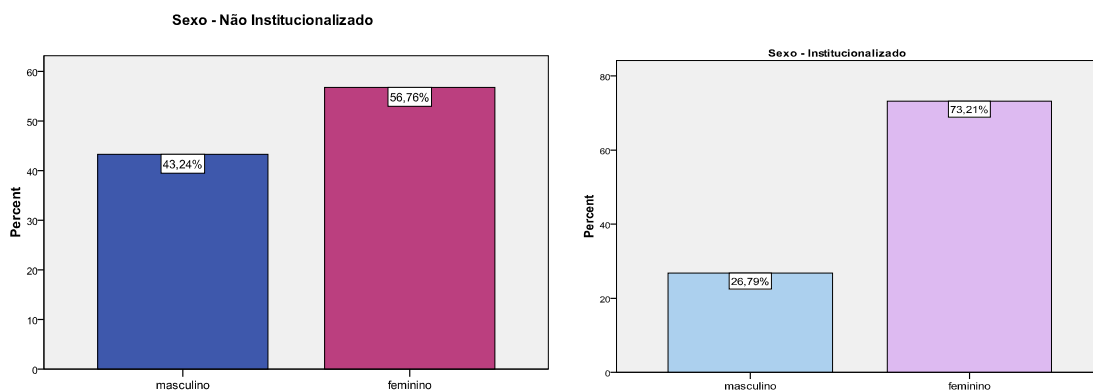


Figura 4 – Género e amostras institucionalizada e não institucionalizada

Relativamente ao **estado civil** dos sujeitos não institucionalizados, observa-se uma predominância de sujeitos casados ($n=20$; 54.1%) e, por sua vez, nos idosos institucionalizados é a viuvez o estado civil mais frequente ($n=34$; 60.7%) (*vide* anexo 9).

Quanto à **escolaridade** das amostras, a maioria dos sujeitos institucionalizados (57,1%) e dos não institucionalizados (51,4%) possuem a instrução primária. No

entanto, é no curso médio e na analfabetização que os números divergem mais, onde 35,1% dos elementos do grupo não institucionalizado possuem a escolaridade média comparando com apenas 12,5% dos sujeitos institucionalizados. Relativamente aos idosos analfabetos, observam-se 26,8% na amostra institucionalizada e, somente, 8,1% de idosos não institucionalizados (anexo 10).

A nível **habitacional**, a maioria dos idosos não institucionalizados é proprietário da sua habitação (i.e., 73%), contrariamente aos sujeitos institucionalizados. Apesar da maior fatia amostral residir num lar (i.e., 66,1%), 26,8% dos idosos institucionalizados (viz., em regime de centro de dia) reside numa casa alugada e apenas 5,4% dos idosos deste grupo possui casa própria (anexo 11).

Face ao **agregado familiar**, parece não existir grandes divergências. Neste âmbito, em ambas as amostras, é o intervalo [1-3] que possui maiores indivíduos, designadamente, 75,7% dos sujeitos a residir fora do contexto institucional e 55,4% de idosos institucionalizados. Apesar de não ser expressiva, existe uma ligeira diferença no que diz respeito à inexistência de elementos familiares – 24,3% de idosos não institucionalizados contra 35,7% da amostra oposta (anexo 12).

Por fim, de referir apenas a **coabitação** dos sujeitos não institucionalizados, onde a grande maioria (i.e., 54,05%) vive com o cônjuge, 29,73% vive sozinho, 10,81% reside com os filhos e por fim, nas duas últimas categorias (a residir com os pais e a residir com outras pessoas) têm ambas 2,70% (anexo 13).

2. Exclusões de Participantes da Amostra – *Mini-Mental State Examination*

Apesar da amostra inicial do estudo ser de 93 sujeitos, foram retirados 15 participantes por estes apresentarem *scores* reduzidos no teste *Mini Mental State Examination* (i.e., MMSE), teste neurológico de avaliação do funcionamento cognitivo. Deste modo, nesta investigação lidamos com uma amostra global de 78 sujeitos: 37 idosos não institucionalizados e 41 institucionalizados.

3. Instrumentos

Na presente investigação foram utilizados quatro instrumentos:

- Escalas sócio-demográfica (anexo 1);
- *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (anexo 2);
- Escalas de Bem-Estar Psicológico – versão reduzida (E.B.E.P.-R) (anexo 3);
- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (anexo 4).

a) *Escala Sócio-Demográfica:*

Relativamente à caracterização amostral deste estudo foram construídas duas escalas sócio-demográficas. Nelas constavam questões de caracterização da amostra, designadamente, a idade, o género, o estado civil, a escolaridade, o tipo de habitação, a coabitação (viz., para a amostra não institucionalizada) e o agregado familiar.

b) *Mini-Mental State Examination (MMSE):*

Relativamente à despistagem de deterioração cognitiva, possível variável parasita na faixa etária da presente amostra, foi utilizado o *Mini-Mental State Examination* (i.e., MMSE), cuja versão portuguesa foi adaptada por Guerreiro (1993, cit. por Lopes, 2004). Este instrumento, desenvolvido por Folstein e McHygh (1975, cit. por Tombaugh, Hubley, McDowell & Kristjansson, 1996), avalia as seguintes áreas tão diversas da cognição: a orientação, a retenção, a atenção e o cálculo, a evocação, linguagem, a habilidade construtiva (i.e., praxias).

Segundo Nunes (2009), considera-se que o sujeito possui deterioração cognitiva quando aliamos o somatório das pontuações de todas as áreas

avaliadas pelo MMSE (i.e., 1 ponto por cada resposta correcta) com a escolaridade do sujeito. Assim, existe defeito cognitivo quando:

- os analfabetos possuem um *score* ≤ 15 ;
- sujeitos de 1 até 11 anos de escolaridade têm uma pontuação total de ≤ 22 ;
- sujeitos com escolaridade superior a 11 anos com pontuações ≤ 27 pontos.

c) *Escalas de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (E.B.E.P.-R.)*

As Escalas de Bem-Estar Psicológico (E.B.E.P.) foram desenvolvidas por Ryff (1989) com o objectivo de avaliar o bem-estar subjectivo dos sujeitos, em particular, dos indivíduos adultos.

Tendo em conta que se trata de um construto multidimensional, a construção das escalas teve em conta este aspecto, desenvolvendo o autor seis grandes dimensões para avaliar o bem-estar psicológico: (1) a aceitação de si; (2) as relações positivas; (3) a autonomia; (4) o domínio do ambiente; (5) sentido de vida; e (6) crescimento pessoal (Novo, 2003; Ribeiro, 2007). Na sua forma original, as E.B.E.P. são constituídas por 20 itens em cada escala, perfazendo um total de 120 itens. As respostas assumem o formato de escala de *Likert* de 6 pontos, sendo o ponto 1 – “discordo completamente” e o 6 – “concordo completamente”.

Contudo, foi desenvolvida outra versão da escala com 14 itens em cada escala, perfazendo o total de 84 itens (Ryff & Essex, 1992, cit. por Couto, 2007). A adaptação das E.B.E.P. para a população portuguesa foi desenvolvida numa amostra de 353 sujeitos, de ambos os géneros e com idades compreendidas dos 18 aos 78 anos (Ferreira & Simões, 1999; Novo, 2003). Relativamente à sua consistência interna, as 6 escalas juntas apresentam um *alpha de Cronbach* de 0.94, revelando uma adequada consistência interna.

Existe ainda uma terceira versão das E.B.E.P., utilizada neste estudo, cujas escalas são compostas por 3 itens, tendo como número total 18 itens (Ryff & Keyes, 1995, cit. por Couto, 2007). Novo (2003) explica a redução dos 120 para os 18 itens das escalas, através da selecção dos itens mais representativos de cada dimensão, ficando os valores de correlação assegurados como nas escalas originais (i.e., de 120 itens), ou seja, entre 0.70 e 0.89.

Relativamente aos itens que constituem as escalas, segue-se alguns exemplos:

- Autonomia (AU): itens 1, 7, 13; exemplo, “não tenho medo de expressar as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas”;
- Domínio do Ambiente (DA): itens 2,8,14; exemplo, “sou capaz de utilizar bem o meu tempo para conseguir fazer tudo o que preciso fazer”;
- Crescimento Pessoal (CP): itens 3,9,15; exemplo, “Sinto que no decorrer do tempo, consegui desenvolver-me bastante como pessoa”;
- Relações Positivas (RP): itens 4, 10, 16; exemplo, “Sinto que aproveito muito as minhas amizades”;
- Sentido de Vida (SV): itens 5, 11, 17; exemplo, “sinto prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade”;
- Aceitação Pessoal (AP): itens 6, 12, 18; exemplo; “Gosto da maioria dos aspectos da minha personalidade”.

Apesar da cotação assumir o formato *Likert*, onde 1 corresponde a “Discordo Completamente” e o 6 “Concordo Completamente”, existem alguns itens das E.B.E.P.-R que são invertidos (viz., 2, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

Na adaptação da versão reduzida das EBEP para a população portuguesa, foram obtidos valores de consistência interna modestos (valores entre 0.45 e 0.64), possivelmente pelo seu número reduzido de itens por subescala. Contudo, o *alpha* da escala total é bastante razoável (i.e., 0.84) (Couto, 2007).

Escalas	Itens	α de Cronbach das EBEP_R original	α de Cronbach da presente investigação
As 6 subescalas	Todos os 18 itens	0.84	0.699

Tabela 1 – Escalas de Bem-Estar Psicológico, versão Reduzida (Couto, 2007)

d) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Esta escala desenvolvida por Ribeiro (1999) tem como objectivo avaliar a satisfação do suporte social dos sujeitos. Apresenta-se num formato de 15 itens, com respostas tipo *Likert* de cinco posições (de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”) e envolve quatro dimensões, nomeadamente, a “satisfação com as amizades” (SA), a “percepção de um suporte social íntimo” (IN), a “satisfação com o suporte familiar” (SF) e, por fim, a “satisfação com as actividades sociais desenvolvidas” (AS) (Ribeiro, 1999; Ribeiro, 2007).

No que diz respeito aos seus itens, seguem-se alguns exemplos:

- Satisfação com as amizades (SA) – itens 3, 12, 13, 14, 15; exemplo, “estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos”;
- Percepção de um suporte social íntimo (IN) – itens 1, 4, 5, 6; exemplo, “quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer”;
- Satisfação com o suporte familiar (SF) – itens 9, 10, 11; exemplo, “estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família”;
- Satisfação com as actividades sociais desenvolvidas (AS) – itens 2, 7, 8; exemplo, “sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam”.

A nota total de cada escala – que pode variar entre 15 e 75 pontos – indica a percepção do suporte social, ou seja, quanto maior a pontuação, maior a satisfação com o suporte social (Ribeiro, 1999).

Contudo, alerta-se para o facto de existirem itens invertidos que terão de ser tidos em conta na análise estatística, designadamente, os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 (Ribeiro, 1999).

Este instrumento apresenta uma boa fidelidade em todos os domínios (*alphas* entre 0,64 e 0,83), com destaque à sub-escala “satisfação com as amizades” (SA) que melhor explica a variância total da escala (0,83) (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003; Ribeiro, 1999). De um modo global, a ESSS apresenta uma boa consistência interna, dado que o *alpha de Cronbach* total da escala é de 0,85. (Ribeiro, 1999).

A consistência interna das subescalas e da escala total, encontram-se na seguinte tabela (*vide* anexo 14):

Escalas	Definições	Itens	<i>α</i> de Cronbach da ESSS original	<i>α</i> de Cronbach da presente investigação
Satisfação com os Amigos (SA)	Satisfação do sujeitos com as suas relações de amizade	3, 12, 13, 14, 15	0.83	0.807
Satisfação com a Intimidade (IN)		1, 4, 5, 6	0.74	0.517
Satisfação com a Família (SF)	Satisfação como suporte familiar	9, 10,11	0.74	0.830
Actividades Sociais (AS)	Satisfação com as actividades sociais	2, 7, 8	0.64	0.294

SS_Total	Média das 4 escalas (SA, SI, SF, AS)	Todos os itens	0.85	0.826
----------	--------------------------------------	----------------	------	-------

Tabela 2 – Escala de Satisfação com o Suporte Social (Fonseca, 1999)

Torna-se ainda relevante salientar a questão da aplicabilidade destes instrumentos. Dado tratar-se de uma população cujos níveis de analfabetismos são ainda consideráveis, estes instrumentos, de suposto auto-preenchimento, foram muitas vezes preenchidos pela própria aplicadora, conferindo ao estudo uma componente de hetero-preenchimento dos questionários.

4. Procedimento

A constituição da amostra teve em conta os objectivos do estudo e, desta forma, os sujeitos foram recrutados em contextos específicos. Relativamente aos idosos institucionalizados, a amostra foi recolhida num centro social com duas valências: lar e cento de dia. Foi escolhida uma instituição com estatuto de instituição portuguesa de solidariedade social (i.e., IPSS), de forma a controlar e salvaguardar que o estatuto socioeconómico da amostra fosse comparável com o grupo de idosos não-institucionalizados. No que concerne à amostra não institucionalizada, esta foi recolhida em duas associações, designadamente, numa Universidade Sénior e numa Associação de Reformados e Pensionistas. Ambas as amostras foram recolhidas no território da Grande Lisboa e tiveram em conta os critérios de inclusão previamente estipulados e delineados. A aplicação dos questionários, nas instituições acima referidas, decorreu no período de 02 de Março a 11 de Maio de 2009.

Para a constituição da amostra dos sujeitos institucionalizados, entrou-se em contacto com as direcções das instituições para uma primeira autorização, de forma a garantir a presença dos investigadores junto destes. Após a aprovação das direcções,

pediu-se directamente aos sujeitos a sua colaboração no estudo, fazendo a devida identificação da aplicadora, explicando o objectivo do estudo e foi cedida a carta de consentimento informado para que estes a fimassem.

Relativamente à amostra dos sujeitos não institucionalizados, a autorização foi pedida, exclusiva e directamente, ao sujeito idoso, não dispensando a carta do consentimento informado devidamente adaptada à sua situação.

Após garantida a autorização dos sujeitos no estudo, a aplicadora fez uma apresentação pessoal e da investigação, designadamente, a explicação dos objectivos e as fases desta, nomeadamente, aos questionários que iriam ser aplicados. No fim de dadas estas informações de cariz técnico, foram então transmitidas as informações que envolvem a componente ética da investigação, designadamente, a garantia do anonimato dos sujeitos e a confidencialidade das informações obtidas, sensibilizando-os para o facto de poderem desistir em qualquer momento. A etapa da informação e autorização terminava com a assinatura do sujeito na carta de consentimento informado.

Inicialmente foi aplicada uma escala sócio-demográfica, cujo objectivo centrava-se na recolha de informações acerca das características pessoais e dos critérios de inclusão do sujeito na amostra. De seguida, aplicou-se o *Mini Mental State Examination* (i.e., MMSE) para despistar possíveis deteriorações cognitivas (viz., quadros demenciais) e, uma vez obtida a pontuação mínima, o sujeito continuaria a prova com a aplicação das Escalas de Bem-Estar Psicológico – versão Reduzida (E.B.E.P. – R) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

No entanto, alerta-se para o facto da ordem dos questionários não ter uma ordem fixa, ou seja, organizou-se a bateria de questionários de forma a conseguir 50% da amostra a iniciar a prova com as E.B.E.P. e os restantes 50% a iniciar com a ESSS. Deste modo, salvaguarda-se possíveis efeitos de ordem de aplicação dos questionários acautelando possíveis variáveis parasitas.

5. Tratamento Estatístico

Para a realização da análise estatística da presente investigação foram inseridos os resultados numa base de dados no programa SPSS 17.0, de forma a analisar:

- Estatística descritiva das amostras, designadamente, as características sócio-demográficas;
- Análise da distribuição normal e homogeneidade das amostras (testes de *Shapiro e Levene*);
- Consistência interna dos instrumentos utilizados (viz., E.B.E.P.-R & ESSS);
- Comparação das médias, através do teste *t de Student*;
- Correlação entre as variáveis (*Pearson*).

Capítulo III

Resultados

1. Participantes

Mini-Mental State Exame

Quando comparados os resultados das duas amostras em estudo, percebemos que os sujeitos não institucionalizados possuem, em média, maior pontuação ($M=28.40$) que os sujeitos institucionalizados ($M=21.46$). Esta diferença é significativa ($p<0.05$) (anexo 15).

Ainda no que respeita às médias, desta feita nos grupos, os sujeitos da Universidade Sénior são os que apresentam *scores* mais elevados ($M=28.46$) e os idosos do grupo lar são os que revelam *scores* mais reduzidos ($M=20.40$) (anexo 16).

Como foi visto anteriormente, foram retirados 15 sujeitos da amostra total ($N=93$), por estes possuírem *scores* considerados baixos no teste MMSE, ou seja, foram detectadas deteriorações cognitivas que poderiam condicionar os resultados desta investigação. Deste modo, lidamos com uma amostra total de 78 sujeitos idosos.

2. Qualidade de Vida

Para a avaliação da presente variável, foram utilizadas as Escalas de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (E.B.E.P.-R). No seu processo de adaptação à população portuguesa, obtiveram-se níveis de consistência interna baixos nas subescalas e uma consistência interna razoável na escala total. Deste modo, a análise

estatística desta variável no presente estudo terá por base a escala total, englobando as seis subescalas.

Amostra Institucionalizada e Não Institucionalizada

Na comparação das duas amostras em estudo relativamente à percepção do bem-estar psicológico, verifica-se diferenças significativas ($p < 0.05$), um vez que, a amostra não institucionalizada apresenta um maior bem-estar psicológico ($M=4.37$) do que o grupo institucionalizado ($M=4.07$) (anexo 17).

	Médias	Sig (2-tailed)
Institucionalizados	4.07	0.038
Não Institucionalizados	4.37	

Tabela 3 – B.E.P._total/comparação de amostras independentes

Perante esta constatação, torna-se imperativo realizar uma análise mais aprofundada, designadamente, no que concerne aos grupos dentro da variável institucionalização, ou seja, lar, centro de dia, universidade sénior e associação de reformados.

Amostra Institucionalizada

No respeito à institucionalização, nomeadamente aos grupos lar e centro dia, não existem diferenças significativas ($p > 0.05$) quanto à percepção do bem-estar psicológico. De facto, os valores médios são bastante próximos entre os idosos a viver no lar ($M=4.01$) e os idosos em regime centro de dia ($M=4.16$) (anexo 18).

	Lar	Centro de Dia	Sig (2-tailed)
	<i>Média</i>	<i>Média</i>	0.467
BEP_total	4.01	4.16	

Tabela 4 – BEP_total/comparação da amostra Lar & Centro de Dia

Amostra Não Institucionalizada

Relativamente aos grupos da amostra de sujeitos não institucionalizados, ou seja associação de reformados e universidade sénior, não existem diferenças significativas entre eles ($p>0.05$). A amostra da universidade sénior possui um valor médio de 4.55 e a amostra da associação de reformados apresenta uma média de 4.28 (anexo 19).

	Associação de Reformados	Universidade Sénior	Sig (2-tailed)
	<i>Média</i>	<i>Média</i>	0.216
BEP_total	4.28	4.55	

Tabela 5 – BEP_total/comparação da amostra Associação de Reformados & Universidade Sénior

Bem-Estar Psicológico – Géneros Feminino e Masculino

No que concerne a esta variável, não existem diferenças significativas entre os géneros ($p>0.05$), tendo as mulheres, no entanto, um ligeiro bem-estar psicológico ($M=4.23$) quando comparadas com os homens ($M=4.19$) (anexo 20).

	Mulheres	Homens	Sig (2-tailed)
	<i>Média</i>	<i>Média</i>	0.767
BEP_total	4.23	4.19	

Tabela 6 – BEP_total/comparação entre géneros

Idade e Bem-Estar Psicológico

A média das idades dos sujeitos em estudo difere entre os grupos, designadamente, os idosos institucionalizados $M=80.3$ e os não institucionalizados $M=72.8$ (anexo 21).

Neste sentido pretende-se saber se a idade têm influência no bem-estar psicológico dos sujeitos. Assim foi realizado uma correlação de *Pearson* entre a *bep_total* e as idades e concluí-se não existir correlação ($p>0.05$) entre as variáveis (anexo 22).

3. Suporte Social

No que concerne à avaliação da satisfação com o suporte social, foi utilizada a Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS) desenvolvida por Ribeiro (1999). Cada resposta aos itens desta escala varia entre 1 e 5 pontos, equivalendo 1 ponto a uma grande insatisfação com o suporte social e 5 pontos a uma grande satisfação.

Amostra Institucionalizada e Não Institucionalizada

Neste âmbito, ao compararmos as médias das duas amostras, percebemos que o grupo de idosos não institucionalizados possui, de uma forma geral, maior satisfação com o suporte social (M= 3.62) do que os idosos institucionalizados (M= 3.14) (anexo 1). Esta diferença, aprofundada estatisticamente, revela ser significativa ($p < 0.05$) (anexo 23).

	Médias	Sig (2-tailed)
Institucionalizados	3.14	0.000
Não Institucionalizados	3.62	

Tabela 7 – Suporte social total/comparação de amostras independentes

Numa análise mais cuidada, designadamente, no que diz respeito às quatro subescalas que constituem a ESSS, percebemos a existência de diferenças nas escalas Satisfação com Amigos (SA) ($p < 0.05$) e na Satisfação com a Família (SF) ($p < 0.05$) (anexo 24). Tais diferenças são perceptíveis com a análise das médias na pontuação dos grupos, onde os idosos institucionalizados possuem, em média, menor pontuação (i.e., satisfação) nas escalas que corresponde à satisfação das relações familiares e de amizade (anexo 24).

	Média Institucionalizados	Média Não Institucionalizados	Sig (2-tailed)
Satisfação com os amigos (SA)	2.92	4.14	0.000
Satisfação com a família (SF)	3.32	4.26	0.000
Actividades	2.80	3.07	0.198

Sociais (AS)			
Intimidade (IN)	3.10	3.35	0.257

Tabela 8 – Subescalas suporte social/comparação de subescalas

Perante esta conclusão, torna-se interessante analisar os grupos que constituem as duas amostras, designadamente, os idosos em lar e centro de dia (i.e., institucionalizados) e da associação de reformados e universidade sénior (i.e., não institucionalizados).

Amostra Institucionalizada

Relativamente aos primeiros, ou seja institucionalizados, não existem diferenças significativas entre os grupos ($p > 0.05$), no que concerne às subescalas da ESSS (*vide*, anexo 25). No entanto, alerta-se para uma diferença mais acentuada, mas não significativa, na escala Satisfação com os Amigos (SA): os idosos residentes em lar revelam uma média de 3.16, enquanto os sujeitos em regime centro de dia possuem uma média de 2.56.

	Lar	Centro de Dia	Sig (2-tailed)
	<i>Média</i>	<i>Média</i>	
Satisfação com os amigo (SA)	3.16	2.56	0.057
Satisfação com a família (SF)	3.24	3.45	0.559
Actividades Sociais (AS)	2.82	2.77	0.833
Intimidade (IN)	3.08	3.15	0.810

Tabela 9 - Subescalas suporte social/comparação da amostra Lar & Centro de Dia

Amostra Não Institucionalizada

Por sua vez, os idosos dos grupos não institucionalizados (i.e., associação de reformados e universidade sénior) também revelam uma coerência nos resultados, não existindo diferenças significativas entre eles ($p>0.05$). Também a nível de médias, os resultados são bastante semelhantes, não existindo grandes disparidades nas respostas (anexo 26).

	Associação Reformados	Universidade Sénior	Sig (2-tailed)
	<i>Média</i>	<i>Média</i>	
Satisfação com os amigo (SA)	4.20	4.03	0.538
Satisfação com a família (SF)	4.13	4.48	0.342
Actividades Sociais (AS)	3.12	2.97	0.669
Intimidade (IN)	3.22	3.59	0.263

Tabela 10 – Subescalas suporte social/comparação da amostra Associação de Reformados & Universidade Sénior

Torna-se também interessante explorar a satisfação com o suporte social ao nível das variáveis sócio-demográficas, estipuladas previamente. Assim, iniciar-se-á a análise estatística destas variáveis pelo género dos sujeitos.

Suporte Social – Géneros Masculino e Feminino

De um ponto de vista geral, quando comparamos os resultados entre os homens ($n=31$) e as mulheres ($n=47$) da amostra total ($N=78$), na escala Satisfação com a Família (SF) existem diferenças significativas ($p<0.05$) entre os géneros (Anexo 27). Na

análise das médias, percebe-se que o sexo feminino (M=3.53) apresenta uma maior insatisfação com a família quando comparado com o género masculino (M=4.11).

	Mulheres	Homens	Sig (2-tailed)
	<i>Média</i>	<i>Média</i>	
Satisfação com os amigo (SA)	3.51	3.49	0.936
Satisfação com a família (SF)	3.53	4.11	0.035
Actividades Sociais (AS)	2.97	2.86	0.578
Intimidade (IN)	3.27	3.16	0.624

Tabela 11 – Subescalas suporte social/comparação entre géneros

Na análise dos géneros contextualizados na variável institucionalização, denota-se um equilíbrio entre os géneros nos diferentes grupos, com excepção para a subescala Satisfação com a Família, havendo diferenças significativas ($p < 0.05$). Neste âmbito, as mulheres institucionalizadas revelam uma insatisfação maior face à família (M=3.05) quando comparadas com as mulheres não institucionalizadas (M=4.14). Contudo, também os homens institucionalizados revelam estar mais insatisfeitos com a família (M=3.80) quando comparados com os sujeitos do sexo masculinos não institucionalizados (M=4.41) (anexo 28).

Idade e Satisfação com o Suporte Social

Tendo em conta a média das idades dos sujeitos (i.e., institucionalizados M=80.3; não institucionalizados M=72.8), pretende-se perceber se a idade influencia a satisfação com o suporte social.

Para tal, realizou-se uma correlação (*Pearson*) entre a idade dos sujeitos e as escalas. Existe apenas destaque para a subescala Satisfação com os Amigos (SA), em que é possível concluir que quanto mais idade menor satisfação com os amigos ($p < 0.05$) (*vide* anexo 22).

4. Bem-Estar Psicológico e Satisfação com o Suporte Social

Perante os resultados obtidos, realizou-se uma análise estatística para verificar a existência de correlação entre as variáveis em estudo. Assim, efectuou-se uma correlação de *Pearson* entre o bem-estar psicológico e a satisfação do suporte social e verificou-se a existência de correlação ($p < 0.05$) entre a BEP_total e as quatro subescalas da ESSS, ou seja, Satisfação com os Amigos (SA) ($\text{sig} = 0.001$), Satisfação com a Família (SF) ($\text{sig} = 0.002$), Actividades Sociais (AS) ($\text{sig} = 0.026$) e Intimidade (IN) (0.000) (anexo 30).

	BEP_total	
	R	Sig (2-tailed)
Satisfação com os Amigos (SA)	0.379	0.001
Satisfação com a Família (SF)	0.338	0.002
Actividades Sociais (AS)	0.252	0.026
Intimidade (IN)	0.527	0.000

Tabela 12 – Correlação subescalas BEP e ESSS

Capítulo IV

Discussão dos Resultados e Conclusão

Como foi referido anteriormente, existe um aumento significativo da esperança média de vida da população mundial e, simultaneamente, um decréscimo acentuado das taxas de natalidade provocando um envelhecimento das populações (INE, 2002). Como tal, torna-se relevante e necessário promover respostas adequadas às necessidades específicas desta população, designadamente, no que concerne ao seu suporte social. Foi com este problema que desenhamos os objectivos da presente investigação, ou seja, tentamos perceber se existiriam diferenças na satisfação com o suporte social e na percepção da qualidade de vida em dois grupos de idosos a viver em situações distintas – idosos institucionalizados e não institucionalizados.

1. Percepção da Qualidade de Vida

A primeira grande constatação do presente estudo é a existência de diferenças significativas, no que respeita à percepção da qualidade de vida entre os dois grupos amostrais, havendo maior bem-estar psicológico na amostra de idosos não institucionalizados. Estes resultados são congruentes com investigações realizadas anteriormente, designadamente com a investigação desenvolvida no Brasil por Carneiro et al. (2007), onde os autores concluem que “viver em asilo torna os idosos menos capazes de manter a qualidade de vida” (p. 236).

Para compreendermos esta conclusão, torna-se interessante rever o conceito de envelhecimento bem-sucedido, onde dois processos assumem maior destaque:

- a) A adaptação do indivíduo a novas situações comuns ao processo de envelhecimento, como por exemplo, a doença e a morte de pessoas significativas;

- b) Adopção de estilos de vida que facilitem a manutenção da saúde física e mental (Fonseca, 2005).

Ora, é exactamente neste aspecto que as amostras parecem divergir. Os sujeitos institucionalizados (viz., amostra lar) estão condicionados às normas e aos regulamentos das instituições (e.g., actividades e saídas da instituição), contrariamente aos sujeitos não institucionalizados que parecem procurar ser mais activos nas suas vidas, procurando actividades e situações que os satisfaçam (e.g., universidade sénior).

De uma forma mais específica, apesar de não existirem diferenças significativas relativamente ao bem-estar psicológico entre os idosos a residir em lar ou em regime de centro de dia, evidencia-se uma ligeira diferença entre eles, ou seja, os idosos do centro de dia apresentaram um *score* moderadamente mais elevado. Tal constatação poderá seguir o raciocínio anterior (i.e., envelhecimento bem-sucedido), uma vez que, apesar de institucionalizados, o regime de centro de dia oferece uma maior autonomia aos seus utentes, podendo estes usufruir – ainda que forma limitada – da sua rede social. No entanto, esta questão pode merecer atenção para investigações futuras, dada a escassez de estudos neste âmbito em território nacional.

Por sua vez, os idosos do grupo não institucionalizado também não revelam diferenças significativas entre eles, tendo, no entanto, o grupo da universidade sénior obtido uma pontuação mais elevada do que os sujeitos da associação de reformados. Esta diferença poderá ser explicada pela estimulação cognitiva que os sujeitos são alvo enquanto alunos da universidade e que, conseqüentemente, poderá influenciar as suas auto-estimas. Uma vez mais, seria interessante explorar estas diferenças num estudo mais objectivo à variável envelhecimento bem-sucedido.

2. Satisfação com o Suporte Social

Assim como a percepção da qualidade de vida, também a satisfação com o suporte social global evidencia diferenças significativas entre as amostras. Quer isto dizer que, os sujeitos não institucionalizados revelam estar mais satisfeitos com o seu suporte social, quando comparados com os sujeitos da amostra institucionalizada. No entanto, tendo em conta que a escala utilizada no estudo (i.e., ESSS) avalia quatro tipos de suporte social, prosseguimos com a sua análise.

Ao analisarmos as subescalas de forma mais profunda percebemos a existência de diferenças significativas entre as amostras, no que concerne à satisfação com as amizades (SA) e à satisfação com família (SF). No presente estudo, fica patente que os sujeitos não institucionalizados da amostra utilizada apresentam maior satisfação com as relações familiares e de amizade, quando comparados com os sujeitos institucionalizados. Estes resultados corroboram com a investigação desenvolvida por Lopes (2004), que coloca a tónica nas relações sociais para o sucesso do envelhecimento.

Os sujeitos institucionalizados, nomeadamente os residentes em lar, ficam condicionados e, muitas vezes, privados destas relações. Os idosos vão sofrendo perdas de elementos fundamentais da sua rede social, que são acentuadas com a sua institucionalização e com o próprio funcionamento dos lares – ainda que exista a possibilidade do idoso, enquanto utente, estabelecer novas relações interpessoais com outros utentes (Paúl, 1997).

É também necessário ter em conta que os elementos desta amostra possuem em média quase mais 10 anos do que os sujeitos da amostra não institucionalizada, ou seja, uma vez que muitas das suas relações significativas (viz., cônjuges, familiares, amigos) já faleceram, parece natural existir mais carências a nível emocional e afectivo por parte destes idosos (Carneiro et al., 2007).

Outra possível explicação para os resultados obtidos é avançada por Paúl (1997) que sublinha a necessidade das instituições promoverem e estimularem a autonomia dos seus utentes, uma vez que parece existir uma relação directa entre a perda de controlo

(i.e., autonomia) com estados depressivos e declínios físicos e mentais. Apesar de cada vez mais as instituições revelarem uma sensibilidade para esta questão, a promoção da autonomia e da individualidade dos idosos terão de ser grandes objectivos a cumprir por parte das instituições acolhedoras.

Existe ainda outra interessante diferença significativa, desta feita no que aos géneros diz respeito. No presente estudo, as mulheres revelam maior satisfação nas subescalas satisfação com os amigos (SA), actividades sociais (AS) e intimidade (IN). Contudo, na subescala satisfação com a família revelaram uma média inferior à dos homens, podendo revelar a maior esperança média de vida das mulheres face aos homens. Apesar desta hipótese explicativa, seria interessante explorar esta evidência num estudo futuro.

3. Qualidade de Vida e Satisfação com Suporte Social nas amostras em estudo

O bem-estar psicológico possui na sua caracterização uma valência que tem de ser tida em conta – a rede social. Contudo, não se trata de uma componente unidireccional, pelo contrário, a literatura e a investigação têm vindo a demonstrar tratar-se de conceitos relacionados (Novo, 2003). Deste modo, interessa analisar a correlação dos dois construtos em estudo.

Como referido no capítulo anterior (i.e., resultados), existe, no presente estudo, uma correlação positiva entre as duas variáveis, ou seja, a percepção da qualidade de vida e a satisfação com o suporte social estão relacionadas entre si. No fundo, é possível concluir que quanto maior for a percepção da qualidade de vida, maior a satisfação com o suporte social e vice-versa.

Quando analisada de forma mais objectiva, observamos que a amostra não institucionalizada revela índices mais elevados de satisfação com o suporte social e uma percepção da qualidade de vida superior do que os sujeitos institucionalizados. Esta

conclusão confirma, uma vez mais, as conclusões da investigação de Carneiro et al. (2007), onde estes afirmam que “viver em asilos torna os idosos menos capazes de manter a qualidade de vida” (p. 236). Para o bem-estar psicológico, os mesmos autores referem a importância da existência de uma rede social rica que ofereça suporte ao sujeito idoso.

Perante a finalização deste estudo, importa mencionar as limitações constatadas. Em primeiro lugar é necessário salientar o número reduzido dos elementos que constituem ambas as amostras e, inclusive, o tipo de amostragem por conveniência, tornando-se deste modo, inadequada a generalização dos dados obtidos à população idosa portuguesa.

O facto de se tratar de um estudo de carácter transversal incute uma limitação à investigação, revelando ser interessante proceder um estudo com um delineamento longitudinal com as presentes variáveis.

É também necessário fazer uma pequena nota relativamente aos instrumentos utilizados. Relativamente às Escalas de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (E.B.E.P.-R), apesar de se tratar de um instrumento adaptado à população portuguesa, a sua aferição ainda não se realizou. No que concerne à Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), apesar de aferida para a população portuguesa, encontramos nalguns itens uma baixa correlação com o resto dos itens das respectivas subescalas (e.g., item 1 – $r=0.50$; item 2 – $r=0.42$). Quando analisada a consistência interna das sub-escalas da ESSS no presente estudo, encontramos os mesmos índices bastante baixos em duas das quatro subescalas, designadamente, nas subescalas Intimidade (IN) (cujo item 1 é integrante) – com $\alpha=0.517$ – e Actividades Sociais (AS) (cujo item 2 é integrante) – com $\alpha=0.294$. Apesar de ambas as escalas apresentarem uma consistência interna baixa, principalmente a AS, integraram-se no estudo para fins meramente exploratórios.

Apesar das limitações constatadas, a investigação psicológica nesta faixa etária revela ser uma necessidade. Ainda que se assista a uma crescente sensibilização da

sociedade para estas temáticas, a investigação existente aponta para falhas, por vezes graves, no modo de lidar com estas populações. Desde os estereótipos, ao desconhecimento das reais necessidades dos idosos, denota-se a necessidade de mais formação do pessoal técnico e auxiliar e das próprias instituições (i.e., suporte social formal) e de mais informação à própria sociedade (i.e., suporte social informal). Uma das principais vias para combater estas questões passa, então, pela investigação e pelo investimento da psicologia nos idosos.

Capítulo V

Referências Bibliográficas

Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, VI (2), 159-170.

Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras do Porto*, I (15), 289-302.

Barroso, V. L. (2006). *Orfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento - estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Monografia apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.

Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z., & Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.

Cavanaugh, J. (1997). *Adult Development and Aging*. Pacific Grove: Brooks/Cole.

CDC (2005). Social Support and Health-Related Quality of Life Among Older Adults – Missouri, 2000: MMWR, 54 (17). Consultado em 10 de Junho de 2009, através de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5417a4.htm>

- Choi, N. G., & Wodarski, J. S. (1996). The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration? *Social Work Research, 20* (1), 52-63.
- Couto, M. C. P. P. (2007). *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Tese de mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Psicologia, Porto Alegre.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the Life Cycle*. London: W. E. Norton & Company.
- Erikson, E. (1989). Elements of a psychoanalytic theory of psychosocial development. In S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Eds.), *The Course of Life, I* (pp. 15-83). Madison Connecticut: International Universities Press, Inc.
- Fernandes, J. M. M. B. L. (2000). *Qualidade de Vida e Auto-Eficácia em Idosos Institucionalizados*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues, 58* (4), 645-659.
- Ferreira, J., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (E.B.E.P.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Teste e Provas Psicológicas em Portugal, II*, (pp. 111- 120). Braga: APPORT/SHO.

- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- INE (2002). *Envelhecimento em Portugal – situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Consultado em 15 de Fevereiro de 2009 através de http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=94266&att_display=n&att_download=y
- Lang, F. R. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56 (6), 321-326.
- Lopes, P. A. P. L. (2004). *Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um estudo comparativo e correlacional*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi, Editores.
- Martins, M. R. (2008). *Do envelhecimento ao bem-estar na velhice*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, III (2), 297-322.

- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1996). Personality and patterns of aging. In D. A. Neugarten (Ed.), *The Meanings of Age: Selected Papers of Bernice L. Neugarten* (pp. 265-269). Chicago: The University of Chicago Press, Ltd.
- Novo, R. F. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação Para a Ciência e a Tecnologia.
- Nunes, B. (2009). *Mini-Mental State Examination (MMSE)*. Consultado em 02 de Janeiro de 2009 através de <http://www.clinicadememoria.com/docs/Mini%20Mental%20State%20Examination.pdf>
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 333-339.
- Paúl, M. C. (1993). A depressão em idosos: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, IV (11), 609-617.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá Para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. M. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, III (2), 345-361.

- Paúl, M. C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras do Porto, I (15)*, 275-287.
- Paúl, M. C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pino, A. C. S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia, 13 (3)*, 188-192.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica, XII (2-3)*, 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 3 (XVII)*, 547-558.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde – Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). *Successful Aging*. Consultado em 15 de Fevereiro de 2009 através de <http://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=iyux5gD2iZ4C&oi=fnd&pg=PA27&dq=Successful+aging.&ots=2StWBbRsFl&sig=R0uAmxIWhuxxvo0ozOIrlVCwSnA#PPP1,M1>

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.

Santos, C., Pais Ribeiro, J., & Lopes, c. (2003). Estudo da adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia Saúde e Doenças*, 4 (2), 185-204.

Segurança Social (2005). *IPSS – Iniciativa dos Particulares*. Consultado em 17 de Maio de 2009 através de <http://195.245.197.202/left.asp?01.03>

Spar, J. E., & La rue, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo Passo a Passo* (Monografia de Licenciatura em Psicologia). Porto: Universidade Lusíada do Porto.

Tombaugh, T. N., Hubley, A.M., McDowell, I., & Kristjansson, B. (1996). Mini-mental state examination (MMSE) and the modified MMSE (3MS): a psychometric comparison and normative data. *Psychological Assessment*, 8 (1), 48-59.

Yeh, S. J., & Lo, S. K. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality*, 32 (2), 129-138.

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

Anexos – Instrumentos

Anexo I

Escala Sócio-Demográfica – I

Idade:

Sexo: M F

1. Estado Civil:

Solteiro

Casado

União de Facto

Divorciado

Viúvo

2. Agregado Familiar:

0

[1-3[

[4-6[

[6-8[

[+8]

3. Escolaridade:

Instrução Primária

Curso Médio

Curso Superior

Analfabeto

4. Quem vive consigo?

5. Sítio onde habita:

Casa Própria

Casa Alugada

Familiares

Lar

6. Qual a sua situação profissional?

Escala Sócio-Demográfica – II

Idade:

Sexo: M F

2. Estado Civil:

- Solteiro
- Casado
- União de Facto
- Divorciado
- Viúvo

7. Agregado Familiar:

- 0
- [1-3[
- [4-6[
- [6-8[
- [+8]

8. Escolaridade:

- Instrução Primária
- Curso Médio
- Curso Superior
- Analfabeto

9. Qual a sua situação profissional?

10. Sitio onde habita:

- Casa Própria
- Casa Alugada
- Familiares
- Lar

Anexo 2

Mini Mental State Examination (MMSE)

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? _____

Nota: _____

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 cor".

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 eu 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"; 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 lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

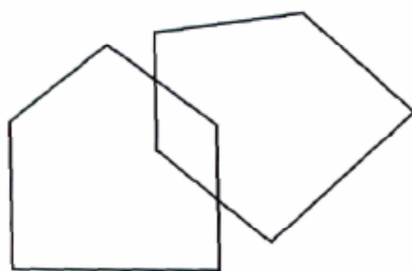
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

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.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo 3

	Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
1. Não tenho medo de expressar as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
2. Frequentemente, me sinto “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
3. Penso que é importante ter novas experiências que questionem a forma como pensamos acerca de nós mesmos e do mundo.	1	2	3	4	5	6
4. Para mim, manter relacionamentos sinceros com os outros tem sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5	6
5. Não tenho a noção do que pretendo alcançar na vida.	1	2	3	4	5	6
6. Quando revejo a minha vida, fico contente da forma como as coisas aconteceram.	1	2	3	4	5	6
7. Tenho tendência de me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5	6
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo para conseguir fazer tudo o que preciso fazer.	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que no decorrer do tempo, consegui me desenvolver bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10. Sinto que aproveito muito as minhas amizades.	1	2	3	4	5	6
11. Sinto prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5	6
12. Gosto da maioria dos aspectos da minha personalidade	1	2	3	4	5	6
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	1	2	3	4	5	6
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma que me satisfaça.	1	2	3	4	5	6
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes modificações ou melhorias na minha vida.	1	2	3	4	5	6
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança	1	2	3	4	5	6
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem certeza de que a minha vida tenha valido muito.	1	2	3	4	5	6
18. Em muitos aspectos me sinto desiludido(a) com o que alcancei na vida.	1	2	3	4	5	6

Anexo 4

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

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

Anexos – Método

Anexo 5

Statistics

institu

N	Valid	93
	Missing	0

institu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao Institucionalizado	37	39,8	39,8	39,8
	Institucionalizado	56	60,2	60,2	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Anexo 6

grupo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	As. Reformados	24	25,8	25,8	25,8
	Universidade Sênior	13	14,0	14,0	39,8
	Lar	37	39,8	39,8	79,6
	Centro de Dia	19	20,4	20,4	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Anexo 7

Statistics

sexo

N	Valid	93
	Missing	0

sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculino	31	33,3	33,3	33,3
	feminino	62	66,7	66,7	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Anexo 8

Statistics

sexo

Nao Institucionalizado	N	Valid	37
		Missing	0
Institucionalizado	N	Valid	56
		Missing	0

sexo

institu			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nao Institucionalizado	Valid	masculino	16	43,2	43,2	43,2
		feminino	21	56,8	56,8	100,0
		Total	37	100,0	100,0	
Institucionalizado	Valid	masculino	15	26,8	26,8	26,8
		feminino	41	73,2	73,2	100,0
		Total	56	100,0	100,0	

Anexo 9

estadocivil

institu			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nao Institucionalizado	Valid	Solteiro	1	2,7	2,7	2,7
		Casado	20	54,1	54,1	56,8
		Divorciado	2	5,4	5,4	62,2
		Viúvo	14	37,8	37,8	100,0
		Total	37	100,0	100,0	
Institucionalizado	Valid	Solteiro	9	16,1	16,1	16,1
		Casado	7	12,5	12,5	28,6
		Divorciado	6	10,7	10,7	39,3
		Viúvo	34	60,7	60,7	100,0
		Total	56	100,0	100,0	

estadocivil

grupo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
As. Reformados	Valid	Solteiro	1	4,2	4,2	4,2
		Casado	14	58,3	58,3	62,5
		Divorciado	2	8,3	8,3	70,8
		Viúvo	7	29,2	29,2	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
Uni.Sénior	Valid	Casado	6	46,2	46,2	46,2
		Viúvo	7	53,8	53,8	100,0
		Total	13	100,0	100,0	
Lar	Valid	Solteiro	6	16,2	16,2	16,2
		Casado	4	10,8	10,8	27,0
		Divorciado	2	5,4	5,4	32,4
		Viúvo	25	67,6	67,6	100,0
		Total	37	100,0	100,0	

Centro de Dia	Valid	Solteiro	3	15,8	15,8	15,8
		Casado	3	15,8	15,8	31,6
		Divorciado	4	21,1	21,1	52,6
		Viúvo	9	47,4	47,4	100,0
		Total	19	100,0	100,0	

Anexo 10

escolaridade

grupo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
As.Reformados	Valid	I.Primária	14	58,3	58,3	58,3
		Curso Médio	6	25,0	25,0	83,3
		Curso Superior	1	4,2	4,2	87,5
		analfabeto	3	12,5	12,5	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
Uni.Sénior	Valid	I.Primária	5	38,5	38,5	38,5
		Curso Médio	7	53,8	53,8	92,3
		Curso Superior	1	7,7	7,7	100,0
		Total	13	100,0	100,0	
Lar	Valid	I.Primária	19	51,4	51,4	51,4
		Curso Médio	6	16,2	16,2	67,6
		Curso Superior	2	5,4	5,4	73,0
		analfabeto	10	27,0	27,0	100,0
		Total	37	100,0	100,0	
Centro de Dia	Valid	I.Primária	13	68,4	68,4	68,4
		Curso Médio	1	5,3	5,3	73,7
		analfabeto	5	26,3	26,3	100,0
		Total	19	100,0	100,0	

Anexo 11

habitação

gruo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
As.Reformados	Valid	Casa Própria	19	79,2	79,2	79,2
		Casa Alugada	3	12,5	12,5	91,7
		Familiares	2	8,3	8,3	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
Uni.Sénior	Valid	Casa Própria	8	61,5	61,5	61,5
		Casa Alugada	1	7,7	7,7	69,2
		Familiares	4	30,8	30,8	100,0
		Total	13	100,0	100,0	
Lar	Valid	Lar	37	100,0	100,0	100,0
Centro de Dia	Valid	Casa Própria	3	15,8	15,8	15,8
		Casa Alugada	15	78,9	78,9	94,7
		Familiares	1	5,3	5,3	100,0
		Total	19	100,0	100,0	

Anexo 12

agregado

grupo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
As.Reformados	Valid	,00	6	25,0	25,0	25,0
		[1-3[	18	75,0	75,0	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
Uni.Sénior	Valid	,00	3	23,1	23,1	23,1
		[1-3[	10	76,9	76,9	100,0
		Total	13	100,0	100,0	
Lar	Valid	,00	15	40,5	40,5	40,5
		[1-3[	19	51,4	51,4	91,9
		[4-6[	3	8,1	8,1	100,0
		Total	37	100,0	100,0	
Centro de Dia	Valid	,00	5	26,3	26,3	26,3
		[1-3[	12	63,2	63,2	89,5
		[4-6[	2	10,5	10,5	100,0
		Total	19	100,0	100,0	

Anexo 13

cohabitacao

grupo			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
As. Reformados	Valid	conjuge	14	58,3	58,3	58,3
		filhos	1	4,2	4,2	62,5
		pais	1	4,2	4,2	66,7
		sozinho	7	29,2	29,2	95,8
		outros	1	4,2	4,2	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
Uni.Sénior	Valid	conjuge	6	46,2	46,2	46,2
		filhos	3	23,1	23,1	69,2
		sozinho	4	30,8	30,8	100,0
		Total	13	100,0	100,0	

Scale: SA

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	78	83,9
	Excluded ^a	15	16,1
	Total	93	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,807	5

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
17,5128	29,032	5,38816	5

Scale: IN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	77	82,8
	Excluded ^a	16	17,2
	Total	93	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,517	4

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
12,8701	14,825	3,85033	4

Scale: SF

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	78	83,9
	Excluded ^a	15	16,1
	Total	93	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,830	3

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
11,3077	12,761	3,57229	3

Scale: AS

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	77	82,8
	Excluded ^a	16	17,2
	Total	93	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,294	3

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,7532	7,451	2,72974	3

Anexos – Resultados

Anexo 15

Group Statistics

institu		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
mmse	Nao Institucionalizado	37	28,4054	2,25413	,37058
	Institucionalizado	56	21,4643	6,78491	,90667

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
mmse	Equal variances assumed	46,801	,000	5,998	91	,000	6,94112	1,15717	4,64254	9,23970
	Equal variances not assumed			7,087	71,847	,000	6,94112	,97948	4,98849	8,89375

Anexo 16

Case Processing Summary

institu	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nao Institucionalizado mmse * grupo	37	100,0%	0	,0%	37	100,0%
Institucionalizado mmse * grupo	56	100,0%	0	,0%	56	100,0%

Report

mmse

institu	grupo	Mean	N	Std. Deviation
Nao Institucionalizado	As. Reformados	28,3750	24	2,68348
	Uni. Sénior	28,4615	13	1,19829
	Total	28,4054	37	2,25413
Institucionalizado	Lar	20,4054	37	6,80057
	Centro de Dia	23,5263	19	6,43228
	Total	21,4643	56	6,78491

Anexo 17

Group Statistics

institu		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
bep_total	Nao Institucionalizado	37	4,3784	,61959	,10186
	Institucionalizado	41	4,0718	,65819	,10279

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
bep_total	Equal variances assumed	,043	,837	2,112	76	,038	,30656	,14517	,01744	,59569
	Equal variances not assumed			2,118	75,856	,037	,30656	,14471	,01833	,59479

Anexo 18

Group Statistics

grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
bep_total lar	25	4,0111	,65499	,13100
centro dia	16	4,1667	,67312	,16828

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
bep_total Equal variances assumed	,011	,916	-,734	39	,467	-,15556	,21195	-,58427	,27315
Equal variances not assumed			-,729	31,466	,471	-,15556	,21326	-,59023	,27912

Anexo 19

Group Statistics

grupo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
bep_total	Associação Reformados	24	4,2847	,66934	,13663
	Universidade Sênior	13	4,5513	,49299	,13673

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
bep_total Equal variances assumed	1,349	,253	-1,259	35	,216	-,26656	,21165	-,69623	,16311
Equal variances not assumed			-1,379	31,528	,178	-,26656	,19329	-,66052	,12740

Anexo 20

Group Statistics

sexo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
bep_total	masculino	31	4,1900	,72447	,13012
	feminino	47	4,2352	,61135	,08918

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
bep_total Equal variances assumed	1,503	,224	-,297	76	,767	-,04526	,15232	-,34863	,25811
			-,287	56,649	,775	-,04526	,15774	-,36118	,27066

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
idade	Nao Institucionalizado	37	100,0%	0	,0%	37	100,0%
	Institucionalizado	56	100,0%	0	,0%	56	100,0%

Descriptives

institu			Statistic	Std. Error	
idade	Nao Institucionalizado	Mean	72,8108	1,00587	
		95% Confidence Interval for Mean	70,7708		
		Lower Bound			
		Upper Bound	74,8508		
		5% Trimmed Mean	72,4985		
		Median	71,0000		
		Variance	37,435		
		Std. Deviation	6,11845		
		Minimum	65,00		
		Maximum	89,00		
		Range	24,00		
		Interquartile Range	9,50		
		Skewness	,724		,388
		Kurtosis	-,241		,759
Institucionalizado	Mean	80,3036	,91343		
	95% Confidence Interval for Mean	78,4730			
	Lower Bound				
	Upper Bound	82,1341			
	5% Trimmed Mean	80,4087			
	Median	81,5000			
	Variance	46,724			
	Std. Deviation	6,83552			
	Minimum	65,00			
	Maximum	94,00			
	Range	29,00			

Interquartile Range	8,00	
Skewness	-,380	,319
Kurtosis	,375	,628

Anexo 22

Correlations

		bep_total	SS_SA	SS_SF	SS_AS	SS_IN	idade
bep_total	Pearson Correlation	1	,379**	,338**	,252*	,527**	-,140
	Sig. (2-tailed)		,001	,002	,026	,000	,222
	N	78	78	78	78	78	78
SS_SA	Pearson Correlation	,379**	1	,464**	,251*	,502**	-,242*
	Sig. (2-tailed)	,001		,000	,027	,000	,033
	N	78	78	78	78	78	78
SS_SF	Pearson Correlation	,338**	,464**	1	,323**	,423**	-,143
	Sig. (2-tailed)	,002	,000		,004	,000	,211
	N	78	78	78	78	78	78
SS_AS	Pearson Correlation	,252*	,251*	,323**	1	,342**	-,043
	Sig. (2-tailed)	,026	,027	,004		,002	,708
	N	78	78	78	78	78	78
SS_IN	Pearson Correlation	,527**	,502**	,423**	,342**	1	-,024
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,002		,834
	N	78	78	78	78	78	78
idade	Pearson Correlation	-,140	-,242*	-,143	-,043	-,024	1
	Sig. (2-tailed)	,222	,033	,211	,708	,834	
	N	78	78	78	78	78	93

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo 23

Group Statistics

institu		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ss_total	Nao Institucionalizado	37	3,6243	,37561	,06175
	Institucionalizado	41	3,1480	,54965	,08584

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
ss_total	Equal variances assumed	3,608	,061	4,420	76	,000	,47629	,10776	,26167	,69091
	Equal variances not assumed			4,504	70,988	,000	,47629	,10574	,26544	,68713

Anexo 24

Group Statistics

institu		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SS_SA	Nao Institucionalizado	37	4,1405	,78296	,12872
	Institucionalizado	41	2,9268	,98362	,15362
SS_SF	Nao Institucionalizado	37	4,2613	1,04862	,17239
	Institucionalizado	41	3,3252	1,14622	,17901
SS_AS	Nao Institucionalizado	37	3,0721	1,00350	,16497
	Institucionalizado	41	2,8049	,81300	,12697
SS_IN	Nao Institucionalizado	37	3,3581	,94012	,15455
	Institucionalizado	41	3,1098	,97476	,15223

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
SS_SA	Equal variances assumed	4,163	,045	5,986	76	,000	1,21371	,20276	,80987	1,61755
	Equal variances not assumed			6,056	74,876	,000	1,21371	,20042	,81445	1,61297
SS_SF	Equal variances assumed	1,059	,307	3,749	76	,000	,93606	,24967	,43880	1,43332
	Equal variances not assumed			3,766	75,983	,000	,93606	,24852	,44108	1,43103
SS_AS	Equal variances assumed	3,226	,076	1,297	76	,198	,26719	,20595	-,14298	,67737
	Equal variances not assumed			1,283	69,373	,204	,26719	,20818	-,14807	,68246
SS_IN	Equal variances assumed	,258	,613	1,143	76	,257	,24835	,21734	-,18453	,68123
	Equal variances not assumed			1,145	75,652	,256	,24835	,21694	-,18375	,68045

Anexo 25

Group Statistics

grupo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SS_IN	lar	25	3,0800	,88306	,17661
	centro dia	16	3,1563	1,13238	,28310
SS_SA	lar	25	3,1600	,83267	,16653
	centro dia	16	2,5625	1,11288	,27822
SS_SF	lar	25	3,2400	1,16476	,23295
	centro dia	16	3,4583	1,14099	,28525
SS_AS	lar	25	2,8267	,97240	,19448
	centro dia	16	2,7708	,49768	,12442

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
SS_IN	Equal variances assumed	,714	,403	-,241	39	,810	-,07625	,31581	-,71504	,56254
	Equal variances not assumed			-,229	26,445	,821	-,07625	,33367	-,76156	,60906
SS_SA	Equal variances assumed	2,048	,160	1,964	39	,057	,59750	,30423	-,01787	1,21287
	Equal variances not assumed			1,843	25,619	,077	,59750	,32425	-,06949	1,26449
SS_SF	Equal variances assumed	,178	,675	-,590	39	,559	-,21833	,37000	-,96672	,53006

	Equal variances not assumed			-,593	32,614	,557	-,21833	,36828	-,96795	,53128
SS_AS	Equal variances assumed	19,130	,000	,212	39	,833	,05583	,26345	-,47705	,58872
	Equal variances not assumed			,242	37,591	,810	,05583	,23087	-,41171	,52338

Anexo 26

Group Statistics

grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SS_IN A.Reformados	24	3,2292	,96661	,19731
Uni.Sénior	13	3,5962	,87523	,24274
SS_SA A.Reformados	24	4,2000	,61855	,12626
Uni.Sénior	13	4,0308	1,04194	,28898
SS_SF A.Reformados	24	4,1389	1,22343	,24973
Uni.Sénior	13	4,4872	,58714	,16284
SS_AS A.Reformados	24	3,1250	,93670	,19120
Uni.Sénior	13	2,9744	1,15037	,31906

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
SS_IN Equal variances assumed	,038	,847	-	35	,263	-,36699	,32243	-	,28757
			1,138					1,02155	
SS_IN Equal variances not assumed			-	26,955	,251	-,36699	,31282	-	,27491
			1,173					1,00889	
SS_SA Equal variances assumed	3,460	,071	,622	35	,538	,16923	,27195	-,38286	,72132
			,537	16,701	,599	,16923	,31536	-,49703	,83549
SS_SF Equal variances assumed	6,381	,016	-,964	35	,342	-,34829	,36147	-	,38553
								1,08212	

Equal variances not assumed			1,168	-34,695	,251	-,34829	,29813	-,95372	,25714
SS_AS Equal variances assumed	1,639	,209	,431	35	,669	,15064	,34955	-,55898	,86026
Equal variances not assumed			,405	20,769	,690	,15064	,37196	-,62342	,92470

Anexo 27

Group Statistics

	sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SS_IN	masculino	31	3,1613	,99906	,17944
	feminino	47	3,2713	,94240	,13746
SS_SA	masculino	31	3,4903	1,13589	,20401
	feminino	47	3,5106	1,04989	,15314
SS_SF	masculino	31	4,1183	1,07341	,19279
	feminino	47	3,5390	1,21892	,17780
SS_AS	masculino	31	2,8602	,91803	,16488
	feminino	47	2,9787	,91526	,13350

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
bep_total	Equal variances assumed	1,503	,224	-,297	76	,767	-,04526	,15232	-,34863	,25811
	Equal variances not assumed			-,287	56,649	,775	-,04526	,15774	-,36118	,27066
SS_IN	Equal variances assumed	,052	,820	-,493	76	,624	-,10999	,22332	-,55476	,33479
	Equal variances not assumed			-,487	61,689	,628	-,10999	,22604	-,56188	,34190
SS_SA	Equal variances assumed	,763	,385	-,081	76	,936	-,02032	,25096	-,52015	,47952

	Equal variances not assumed			-,080	60,754	,937	-,02032	,25509	-,53045	,48982
SS_SF	Equal variances assumed	1,939	,168	2,151	76	,035	,57927	,26924	,04303	1,11551
	Equal variances not assumed			2,209	69,802	,030	,57927	,26226	,05619	1,10236
SS_AS	Equal variances assumed	,151	,698	-,559	76	,578	-,11851	,21202	-,54079	,30377
	Equal variances not assumed			-,559	64,227	,578	-,11851	,21215	-,54231	,30529

Group Statistics

institu	sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
Nao Institucionalizado	SS_SA	masculino	16	4,2375	,64174	,16044
		feminino	21	4,0667	,88393	,19289
	SS_SF	masculino	16	4,4167	1,00738	,25185
		feminino	21	4,1429	1,08818	,23746
	SS_AS	masculino	16	2,8958	1,00162	,25040
		feminino	21	3,2063	1,00817	,22000
SS_IN	masculino	16	3,3438	,93486	,23371	
	feminino	21	3,3690	,96702	,21102	
Institucionalizado	SS_SA	masculino	15	2,6933	1,00247	,25884
		feminino	26	3,0615	,96626	,18950
	SS_SF	masculino	15	3,8000	1,08233	,27946
		feminino	26	3,0513	1,11032	,21775
	SS_AS	masculino	15	2,8222	,85325	,22031
		feminino	26	2,7949	,80596	,15806
SS_IN	masculino	15	2,9667	1,06010	,27372	
	feminino	26	3,1923	,93356	,18309	

Independent Samples Test

institu	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper

Nao Institucionalizad o	SS_S A	Equal variance s assumed	1,01 2	,32 1	,652	35	,519	,17083	,26192	-,36089	,70256
		Equal variance s not assumed			,681	34,94 5	,500	,17083	,25089	-,33853	,68020
	SS_SF	Equal variance s assumed	,692	,41 1	,783	35	,439	,27381	,34986	-,43645	,98407
		Equal variance s not assumed			,791	33,60 6	,434	,27381	,34614	-,42994	,97755
	SS_A S	Equal variance s assumed	,094	,76 1	-,931	35	,358	-,31052	,33362	-,98781	,36677
		Equal variance s not assumed			-,932	32,54 9	,358	-,31052	,33332	-,98902	,36799
	SS_IN	Equal variance s assumed	,128	,72 3	-,080	35	,937	-,02530	,31637	-,66756	,61696
		Equal variance s not assumed			-,080	32,98 5	,936	-,02530	,31488	-,66595	,61535
Institucionalizad o	SS_S A	Equal variance s assumed	,007	,93 6	- 1,15 9	39	,253	-,36821	,31756	- 1,0105 3	,27412
		Equal variance s not assumed			- 1,14 8	28,45 2	,261	-,36821	,32079	- 1,0248 5	,28844

SS_SF	Equal	,461	,50	2,09	39	,042	,74872	,35677	,02708	1,4703
	variances		1	9						6
	assumed									
	Equal			2,11	29,97	,043	,74872	,35428	,02516	1,4722
	variances			3	4					7
	not									
	assumed									
SS_A	Equal	,001	,97	,102	39	,919	,02735	,26693	-,51256	,56726
S	variances		3							
	assumed									
	Equal			,101	27,97	,920	,02735	,27115	-,52809	,58279
	variances				2					
	not									
	assumed									
SS_IN	Equal	,181	,67	-,709	39	,482	-,22564	,31803	-,86892	,41764
	variances		3							
	assumed									
	Equal			-,685	26,37	,499	-,22564	,32930	-,90207	,45079
	variances				4					
	not									
	assumed									

Anexo 30

Correlations

		bep_total	SS_SA	SS_SF	SS_AS	SS_IN
bep_total	Pearson Correlation	1	,379**	,338**	,252*	,527**
	Sig. (2-tailed)		,001	,002	,026	,000
	N	78	78	78	78	78
SS_SA	Pearson Correlation	,379**	1	,464**	,251*	,502**
	Sig. (2-tailed)	,001		,000	,027	,000
	N	78	78	78	78	78
SS_SF	Pearson Correlation	,338**	,464**	1	,323**	,423**
	Sig. (2-tailed)	,002	,000		,004	,000
	N	78	78	78	78	78
SS_AS	Pearson Correlation	,252*	,251*	,323**	1	,342**
	Sig. (2-tailed)	,026	,027	,004		,002
	N	78	78	78	78	78
SS_IN	Pearson Correlation	,527**	,502**	,423**	,342**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,002	
	N	78	78	78	78	78

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).