Instituto Superior de Psicologia Aplicada

TESTE DE UM MODELO ESTRUTURAL PREDITOR DO SUPORTE INSTRUMENTAL E EMOCIONAL EM ADULTOS IDOSOS

Ana Margarida Simão da Palma Feijão

Nº 12179

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

TESTE DE UM MODELO ESTRUTURAL PREDITOR DO SUPORTE INSTRUMENTAL E EMOCIONAL EM ADULTOS IDOSOS

Ana Margarida Simão da Palma Feijão
Nº 12179

Dissertação orientada por Prof. Doutor António Diniz

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

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

Agradecimentos

O universo a que se agradece é inevitavelmente limitado pelo espaço de que se dispõe. Num trabalho onde se pretende reflectir sobre um ano de experiências, no primeiro contacto com a prática clínica, seria necessário agradecer a todas as pessoas que nele participaram e me permitiram concluir o trabalho a que me propus.

É com enorme gratidão que agradeço ao Prof. Doutor António Diniz, toda a atenção, preocupação, disponibilidade e dedicação aos seus alunos. Por tudo o que me ensinou, por todo o apoio e incentivo, por ter estado sempre ao meu lado, principalmente nos momentos de maior insegurança, o meu Obrigada. Agradeço, ainda, o rigor com que desempenha a sua função e que me fez crescer como profissional; Obrigada pela incansável dedicação e atenção com que sempre ouviu as minhas dúvidas e preocupações, e pelo modo como sempre me orientou.

Agradeço também a todos os participantes que aceitaram contribuir para o estudo, pela sua paciência, disponibilidade e dedicação, pois sem o seu empenho não teria sido possível chegar até aqui.

À Cláudia Ribeiro, com quem partilhei muitos dos momentos ao longo de todo o curso, trabalhei em conjunto, troquei e discuti ideias, agradeço o facto de ter sido uma excelente colega e amiga.

À amiga Susana, à minha mãe e à minha analista, todo o apoio de retaguarda que permitiu que este trabalho seguisse o seu rumo.

Por último, o meu terno Obrigada a todas as pessoas com quem trabalhei, por terem feito desta Dissertação de Mestrado uma experiência muito enriquecedora, marcante e feliz.

Resumo

Pretendeu-se estudar a influência da idade, do género e da saúde funcional subjectiva sobre o Suporte Instrumental e Emocional em adultos idosos. A amostra foi constituída por 397 idosos (leque etário: 65-97 anos; *M* = 74) residentes em meio urbano. Recorrendo à modelação de equações estruturais (*LISREL* 8.53), o primeiro estudo consistiu na validação do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (Diniz, 2007a) e o segundo no teste de um Modelo Estrutural Preditor de Suporte Instrumental e Emocional. Os resultados encontrados sugerem que na 3ª idade as pessoas têm uma maior saúde funcional subjectiva e dão mais Suporte Instrumental do que as pessoas na 4ª idade. Os adultos idosos na 4ª idade recebem mais suporte instrumental e providenciam menos suporte emocional que os adultos idosos na 3ª idade, tendo em conta a influência da Saúde Funcional Subjectiva. Os homens idosos têm mais saúde funcional subjectiva e dão mais suporte instrumental enquanto as mulheres idosas dão e recebem mais suporte emocional. Por último, quanto melhor for a saúde funcional subjectiva, maior a recepção de suporte emocional, e quanto pior for a saúde funcional subjectiva, maior a recepção de suporte instrumental.

Palavra chave: Adultos idosos, Saúde Funcional Subjectiva, Suporte Instrumental, Suporte Emocional, psicometria aplicada.

Abstract

The intention of this investigation is to study the influence of the age, gender and functional subjective health on the Instrumental and Emotional Support in senior adults. The sample was constituted by 397 individuals (aged: 65-97 years; M = 74) residents in urban environment. Using Structural Equation Modelling (LISREL 8.53), the first study consisted of the validation of the Questionnaire of Instrumental and Emotional Support (Diniz, 2007a) followed by a test of a Structural Model Predictor of Instrumental and Emotional Support. The results indicate that people in the 3rd Age have greater functional subjective health and give more instrumental support than those in the 4th Age. Senior adults in 4th Age receive more instrumental support and give less emotional support, than those in the 3rd Agr, considering the effects of the moderating variable, Functional Subjective Health. Male subjects have more functional subjective health and give more instrumental support; female subjects give and receive more emotional support. Furthermore, the better functional subjective health, the greater reception of emotional support, and, the worst functional subjective health, the greater reception of instrumental support.

Key word: Senior adults, Functional Subjective Health, Instrumental Support, Emotional Support, applied psychometric.

O Suporte Social

O progressivo aumento da esperança média de vida e o imperativo das necessidades de mudança que ele acarreta vêm enfatizar a urgência do estudo das redes de suporte social (SS) na população idosa, bem como os factores que podem ameaçar a disponibilidade deste indispensável recurso. A exposição do adulto idoso a dificuldades específicas da etapa do ciclo-de-vida em que se encontra (e.g., reforma, abandono do lar pelos filhos, problemas de saúde, perda do cônjuge ou amigos próximos) exigem um grande esforço adaptativo. Esta adaptação consiste na maximização de competências individuais, reorganização da vida frente às limitações percebidas e ajustamento às diversas situações, individualmente ou com a ajuda de outros. Trata-se, portanto, de um processo contínuo de aprendizagem com as limitações sentidas e de actualização de potencialidades pessoais, explorando-se ao máximo os recursos disponíveis. As variáveis mais significativas envolvidas na adaptação são o SS, o *coping* e o controlo percebido (Gurung, Taylor, & Seeman, 2003; Rabelo & Neri, 2005).

O SS, conceito complexo e dinâmico, é percepcionado de acordo com as circunstâncias e seus intervenientes, originando uma diversidade de concepções, definições e instrumentos de avaliação ainda muito díspares (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Para Cobb, citado por Ponte e Pais-Ribeiro (2008), o SS é a informação que conduz o sujeito a acreditar que é apoiado, amado, estimado, valorizado, e que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983, p.127) definem o SS como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós", o que contribui para um ajustamento positivo, para o desenvolvimento pessoal e protege dos efeitos do stresse.

Dunst e Trivette, citados por Ribeiro (1999), sugerem a existência de cinco componentes de SS interligados: constitucional, que inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente; relacional, que inclui o estatuto familiar e profissional, o tamanho da rede social e a participação em organizações sociais; funcional, que inclui os tipos de suporte disponível, a qualidade e a quantidade de suporte, bem como o desejo de apoiar; estrutural, que inclui a proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade, consistência; e satisfação.

Fernández-Ballesteros (2002) admite que o SS inclui tanto as características estruturais das redes sociais individuais (contexto social onde se desenrolam as interacções sociais) como

aspectos funcionais das relações sociais entre os membros de um grupo - provisões de afecto e trocas de recursos, informações, bens ou serviços. Defende ainda que o SS é um conceito chave na gerontologia, sendo que a densidade da rede social de um sujeito, o grau de interacção que mantém com os outros, a quantidade de afecto dado e recebido, o suporte instrumental, e/ou serviços, associam-se com indicadores de saúde, bem-estar (BE) subjectivo e medidas de qualidade de vida em idades mais avançadas.

House (in Strazdins & Broom, 2007) sugere dois tipos de suporte, o emocional e o instrumental. Enquanto o suporte instrumental provê dinheiro, objectos, tempo, trabalho, conselhos, sugestões e informações, o suporte emocional abarca a manifestação de carinho e preocupação pelo provedor de suporte, uma atitude de compromisso e envolvimento com os conflitos, preocupações, raivas e angústias do receptor.

As primeiras investigações sobre o suporte focavam a sua função protectora contra os efeitos negativos de acontecimentos de vida stressantes e/ou efeitos positivos no BE psicológico. No entanto, nos últimos anos, o suporte tem sido analisado sobretudo como uma variável preditora ou moderadora que afecta o BE psicológico ou a relação entre stresse e BE (Gracia & Herrero, 2004).

Alguns autores defendem que o suporte tem um efeito benéfico para o provedor de apoio. Estar com uma pessoa numa fase stressante, confortá-la, ouvi-la, mostrar interesse e preocupação, pode trazer saúde mental, BE, sentimentos de satisfação, cumprimento e realização, promovendo a longevidade e reduzindo a mortalidade (Brown, Nesse, Vinokur, & Smith, 2003; Liang, Krause, & Bennett, 2001); pode contribuir também para a existência de uma maior rede de recursos pessoais e sociais, e a característica comportamental altruísta pode trazer benefícios para o indivíduo, já que cuidar de outros significativos, sem esperar receber uma recompensa específica ou imediata, é construtivo e fortificante, contribuindo, a longo prazo, para o BE (Väänänen, Buunk, Kivimäki, & Pentti, 2005). Segundo Commerford e Reznikoff (1996), o efeito benéfico do suporte consiste em gerar afectos positivos e um sentimento de valorização pessoal. No entanto, evidências contraditórias a estas salientam os custos para o provedor de suporte, tais como a violação da norma da reciprocidade, frustração, cansaço, empobrecimento da saúde mental, impacto negativo no BE e *burnout* (Strazdins & Broom, 2007).

Rabelo e Neri (2005) referem efeitos benéficos do suporte para o receptor do mesmo, nomeadamente, o aumento da auto-estima e o sentimento de domínio sobre o próprio ambiente, a função de *coping*, a amenização do impacto das doenças e a moderação do efeito das crises inesperadas. É possível que uma percepção de suporte familiar ajude as pessoas a sentirem-se melhor consigo próprias e menos deprimidas, sendo igualmente plausível que indivíduos deprimidos ou com baixa auto-estima percepcionem menos apoio dos outros (Commerford & Reznikoff, 1996).

Luo e Argyle (1992) enfatizam que se receber ajuda pode ser muitas vezes recompensador e gerar afectos positivos face ao provedor de suporte, gerando felicidade e benefícios na saúde física e mental, por outro lado, pode levar a emoções negativas, sobretudo se sugerir a incapacidade ou incompetência do receptor, reduzindo a sua autonomia, ou se evidenciar a ausência de reciprocidade na troca. Conclui-se que se a doação excessiva de apoio está associada a sentimentos de cansaço e frustração no provedor, a recepção excessiva de suporte está associada a sentimentos de dependência e culpa no receptor.

Segundo Antonucci, citado por Gurung e colaboradores (2003), as pessoas estão motivadas a manter o tamanho da sua rede social à medida que envelhecem, apesar das mudanças que podem ocorrer na sua constituição. À medida que se toma consciência das forças e fraquezas dos membros da rede, seleccionam-se sujeitos diferentes para variadas funções e dispensam-se os membros que não promovem apoio. De facto, as redes sociais de sujeitos mais velhos não são tão extensas como as de sujeitos mais novos, mas, no entanto, o número de relações mais próximas não difere nos vários grupos etários. Portanto, não é necessariamente o tamanho ou estrutura da rede social mas a qualidade das transacções (suporte oferecido e recebido) que condiciona a saúde física e mental (Gurung et al., 2003).

Os principais efeitos benéficos do suporte a adultos idosos são a moderação de stresse face a experiências de vida; o aumento da auto-estima e sentimento de segurança ao ser amado, assistido e cuidado por outros; o aumento do sentido de controlo pessoal; e a sensação de poder efectuar trocas de modo equilibrado e poder prestar ajuda. Quanto aos efeitos negativos, de salientar a falta de auto-estima, insatisfação, stresse e depressão, resultantes do reconhecimento da dependência, falta de autonomia, incapacidade de retribuir ajudas, sentimento de ser um fardo para os outros e necessidade de suporte financeiro (Cicirelli; Cockerham; Hogan, Eggebeen, & Clogg; Silverstein & Bengston; in Ramos, 2002).

A teoria da equidade argumenta que descompassos na troca de recursos numa relação podem levar a graves consequências psicológicas. Receber suporte ao mesmo tempo que se pode oferecer ajuda traz benefícios psicológicos, como sentimentos de auto-valorização e BE. Mas, é a inabilidade de retribuir, ao invés da necessidade de assistência, que diminui a auto-estima da pessoa idosa (Ramos, 2002).

As desigualdades nas trocas são menos toleradas em relações casuais, dada a falta de confiança de continuidade no futuro, do que com amigos íntimos, com quem se acredita poder restaurar a equidade no futuro. Dado que as relações com amigos são normalmente voluntárias, estas apresentam maiores níveis de reciprocidade do que as relações de parentesco, dado o carácter de obrigação que move tais relações. Se um adulto idoso recebe mais ajuda instrumental do que dá, pode levar a efeitos negativos na saúde mental, mas, se necessita de ajuda financeira dos filhos, percepciona-o, geralmente, como uma justa compensação pelos anos de actividades não retribuídas (Rook, in Ramos, 2002).

Krause e Shaw (2002) referem que as práticas de socialização para o género feminino e masculino exercem um profundo efeito nas relações sociais toda a vida. As raparigas são encorajadas a criar estreitos laços emocionais com os outros e a estar atentas às necessidades dos membros da sua rede social, enquanto os rapazes são ensinados a ser competitivos e orientados para a concretização de metas e objectivos. Assim, as mulheres idosas têm melhores competências sociais do que os homens e maior facilidade em pedir e dispensar assistência. “As mulheres têm redes sociais maiores e mais multifacetadas, percebem melhor a disponibilidade de suporte, dão mais suporte e têm melhores capacidades interpessoais do que os homens. Na velhice, essas capacidades tornam-se significativamente mais úteis na expansão e no fortalecimento das redes de suporte social. Além disso, as mulheres fazem melhor uso das instituições socialmente organizadas” (Antonucci; Haden; in Rabelo & Neri, 2005, p.406). Elas dão e recebem mais apoio ao longo da vida do que os homens e retiram mais benefícios das interacções na rede social.

Para os homens, as amizades e actividades não familiares decrescem com a idade, enquanto as amizades fora do ciclo familiar tendem a manter-se para as mulheres, que dizem receber mais suporte de amigos e filhos (Gurung et al., 2003). O homem idoso valoriza a autonomia/independência e o seu sucesso define-se, segundo a expectativa para o papel social masculino, em termos de poder e estabilidade financeira. O idoso que não consiga cumprir as

expectativas pode recorrer a uma retirada social e isolamento para que os outros não se deparem com o seu insucesso, podendo ser especialmente difícil a aceitação de ajuda para problemas que deveria resolver sozinho (Krause & Shaw, 2002).

Segundo Depner e Ingersoll-Dayton (1988), quanto mais velho for o idoso menos providenciará apoio à saúde e suporte emocional aos filhos; os homens têm menor probabilidade de incluir os amigos na sua rede de SS, recebem menos suporte emocional de amigos, nomeiam menos amigos a quem respeitam, sentem-se respeitados por menos amigos, e oferecem suporte emocional e cuidados de saúde a menos amigos do que as mulheres; os adultos idosos mais velhos não recebem menos suporte do que os mais novos; e as mulheres com menos de 65 anos têm maior probabilidade de ter um confidente, começando o seu isolamento social por volta dos 75 anos.

Um efeito do aumento da idade remete para o decrescimento da quantidade de suporte provido. Adultos quinquagenários dão mais suporte do que recebem, enquanto adultos idosos dão e recebem quantidades idênticas de apoio. Este decréscimo da quantidade de suporte provido pode dever-se às limitações físicas, mudanças nas necessidades emocionais e menores oportunidades de providenciar suporte. Salientam que o suporte de amigos se mantém estável ao longo do ciclo-de-vida, sugerindo que à medida que se perdem velhas amizades, iniciam-se novas amizades. Contrariamente, o suporte de irmãos é mais escasso entre adultos idosos, dado não se poder substituir o estatuto de parentes próximos que se perdem (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988).

Os adultos idosos com mais de 75 anos recebem uma quantidade de suporte comparável com a dos mais novos (50-74 anos), mas providenciam menos suporte do que os mais novos. Tanto os homens como as mulheres parecem receber quantidades de suporte estáveis ao longo do tempo. A maior área de mudança centra-se na quantidade de suporte que dão, que parece decrescer com a idade (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988).

Smith e Baltes (1998) salientam que as mulheres mais velhas têm menores níveis de escolaridade e menores oportunidades de independência financeira, causando um impacto negativo no dia-a-dia e no nível de participação social. Também há mais mulheres de quarta idade viúvas do que homens, o que pode despoletar sentimentos de depressividade, solidão, afectando o BE. A maioria dos homens têm parceiras e podem esperar ser cuidados pelas mesmas, enquanto as mulheres enfrentam as doenças da quarta idade sem um parceiro, visto a

maioria ser viúva. A solidão emocional relaciona-se com a satisfação com as relações pessoais na medida em que preenchem as necessidades de intimidade e proximidade emocional, e são as mulheres que referem mais solidão emocional. Relativamente à saúde, as mulheres referem menos saúde subjectiva e mais controlo externo, têm menor acuidade visual, melhor acuidade auditiva, saúde mental mais pobre, mais depressão, mais demência, mais memória, mais neuroticismo, mais doenças que restringem a mobilidade física, mais vulnerabilidades funcionais e menos capacidade de independência em tarefas rotineiras como o banho, vestir-se ou higiene pessoal. Os homens têm mais doenças agudas, enquanto as mulheres têm mais debilidades crónicas não fatais e doenças músculo-esqueléticas.

Para as mulheres, os relacionamentos sociais são uma potencial fonte de stresse devido às expectativas sociais para o género feminino, onde até mesmo em idade avançada são cuidadoras e não apenas receptoras de cuidados. Em função da perda de saúde e viuvez, as mulheres mais velhas podem estar incapacitadas de prover suporte emocional aos outros, o que pode ter um impacto negativo nos sentimentos de valorização pessoal. Os homens mais velhos, com menos instrução escolar, não casados, podem também ser vulneráveis neste aspecto (Smith & Baltes, 1998).

Relativamente ao Suporte Instrumental, como ajudar em tarefas domésticas ou nas compras, os homens referem que dão mais, as mulheres que recebem mais e as mulheres mais incapacitadas funcionalmente referem também receber mais. No Suporte Emocional, são as mulheres que referem dar mais e os homens receber mais (Smith & Baltes, 1998).

Para se conseguir um envelhecimento produtivo é crucial combater a imagem vigente dos adultos idosos como pessoas frágeis, dependentes e não produtivas, um fardo para a sociedade e para as gerações mais jovens, e estimular a actividade significativa e satisfatória, em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida. Encontram-se duas dimensões inerentes: uma objectiva, que enfatiza os contributos realizados pelo idoso para com os seus familiares, grupo social ou comunidade, e uma visão subjectiva, que privilegia a componente afectiva do processo, no sentido das suas consequências positivas em termo de BE e qualidade de vida no idoso (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006). Para Brown (2003), o melhor modo de ajudar os adultos idosos poderá ser providenciar-lhes oportunidades de se sentirem úteis e que o seu contributo é importante para os outros.

A Autonomia e Saúde Funcional

Para Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stähelin (2006), a autonomia funcional é uma condição prioritária ao sucesso do processo de envelhecimento. Maximizar o funcionamento autónomo é um objectivo social mas primeiramente uma necessidade individual. O desafio traduz-se em prevenir as dependências desnecessárias que se fomentam em idade avançada, sendo fundamental reconhecer a diversidade entre idosos relativamente a capacidades físicas, psicológicas e recursos sociais. Considerando que na terceira e quarta idade há um risco acrescido de dependência, torna-se uma prioridade para a saúde pública a manutenção de autonomia funcional, predita, a longo prazo, pelos recursos físicos (saúde objectiva, saúde subjectiva, queixas de saúde e força física) e mentais (memória) dos sujeitos.

Na sociedade ocidental a autonomia é uma característica altamente valorizada, e tendo em conta que os vínculos entre familiares e amigos não são tão sólidos nos dias de hoje, a perda de autonomia é muito angustiante para qualquer idoso (Perrig-Chiello et al., 2006).

A autonomia funcional é definida através de actividades do quotidiano – comer, vestir-se, tratar da higiene e cuidados pessoais, movimentar-se – e actividades instrumentais, nomeadamente a mobilidade – andar a pé, de carro, ir às compras e realizar tarefas domésticas. As tarefas do dia-a-dia são universalmente necessárias à sobrevivência e pouco condicionadas por factores culturais, sócio-demográficos, psicológicos ou económicos. Contudo, são altamente condicionadas pela saúde objectiva, e fragilidades nesta área resultam em dependência física e necessidade de cuidados. Já as actividades instrumentais não dependem de tanto de recursos físicos, como o estado de saúde, mas essencialmente de factores psicossociais: estatuto socioeconómico, cultura, capacidade cognitiva e variáveis de personalidade (Baltes, Maas, Wilms & Borchelt; Andrieu et al.; Carrasquillo, Lantigue, & Shea; Sousa & Figueiredo; Steeman, Abraham & Godderis; Curyto, Chleski, & Lichtenberg; in Perrig-Chiello, et al., 2006).

Várias investigações científicas indicam uma complexa relação de factores de risco para a dependência, tais como incapacidades físicas e sensoriais, dor, demência ou depressão; e factores protectores da autonomia, nomeadamente a actividade física, contactos sociais, competências pessoais, BE psicológico e funcionamento cognitivo (Johnson, Kramer, Lin, Kowalsky, & Steiner; Mossey, Gallagher, & Tirumalasetti; Heathcote; Miller, Rejeski, Reboussin, Tem-Have, & Ettinger; Topinkowa; in Perrig-Chiello et al., 2006).

Os resultados do estudo de Perrig-Chiello e colaboradores (2006) indicam que as mulheres são mais dependentes nas actividades quotidianas, o que pode ser uma consequência das diferenças de género na saúde objectiva e subjectiva (avaliação do estado de saúde que pode trazer maior satisfação ou depressividade), bem como da menor força muscular. Quanto às actividades instrumentais, não se registam diferenças entre os géneros, o que pode indicar que as mulheres continuam funcionais apesar das dificuldades de saúde, e relacionar-se também com a maior probabilidade do género feminino viver só. Quer a autonomia funcional, a saúde subjectiva e objectiva, a força muscular e as funções de memória são variáveis que decrescem com o aumento da idade, daí a urgência em promover programas de treino para prevenir perdas e manter os recursos existentes.

No estudo de Smith, Borchelt, Maier e Jopp (2002), relativamente a uma amostra do *Berlin Aging Study* (BASE: Baltes & Mayer, 1999), referem que entre os adultos idosos com mais de 85 anos, 60% das mulheres e 32% dos homens precisam de assistência para tomar banho, 81% das mulheres tinham dificuldade em ir às compras e 84% não conseguiam usar transportes públicos. A força para puxar objectos varia entre os 21±6 Kg para os homens e 8±5 Kg para as mulheres de 70 anos; 12 Kg para homens e 2 Kg para mulheres de 90 anos. A acuidade visual (mesmo com uso de óculos) para ler e ver à distância piora entre os 70 e 100 anos e é significativamente pior em mulheres do que homens, notando-se similar tendência para a acuidade auditiva. Os autores referem que a prevalência de doenças crónicas, fragilidades e incapacidades aumenta entre os 70 e 100 anos e cerca de 29% dos participantes avalia a sua saúde como boa ou muito boa e 33% como má ou muito má, não havendo uma correlação entre a saúde subjectiva e a idade.

Pode acontecer uma dificuldade ou fragilidade visual/auditiva/locomotora não ser percepcionada como um problema de saúde pelos adultos idosos, mas antes como um problema funcional que interfere nas capacidades de desempenhar tarefas rotineiras (Iecovich & Irsalowitz, 2004). Smith e colaboradores (2002) afirmam que avaliações subjectivas de saúde funcional são mais fortes preditores do bem-estar do que medidas objectivas do estado de saúde (e.g., número de diagnósticos de doenças ou acuidade visual).

As múltiplas doenças físicas, incapacidades funcionais (dificuldades em ver, ouvir ou deslocar-se) e perdas sociais que caracterizam a quarta idade têm grande probabilidade de influenciar a saúde funcional e as rotinas do dia-a-dia, impondo constrangimentos na

participação e contactos sociais, importantes fontes de afecto. De salientar que a saúde subjectiva, enquanto percepção do declínio funcional, tem maior poder preditivo da mortalidade do que a saúde objectiva (Smith et al., 2002).

Tendo em conta que a saúde física subjectiva se traduz em BE no domínio da saúde, adultos idosos com mais de 65 anos avaliam pior a sua saúde do que adultos quinquagenários, mesmo quando a saúde objectiva e variáveis demográficas são controladas (Staudinger, Fleeson, & Baltes, 1999). A cultura e a classe social influenciam as crenças sobre doenças e avaliações de saúde e o estatuto ocupacional, a personalidade, os mecanismos de auto regulação e o nível de escolaridade são duas características sociais importantes que influenciam a depressão e a saúde física subjectiva (Kleinman; Zola; Costa & McCrae; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks; in Staudinger et al., 1999).

Collins e Paul, citados por Litwin (2006), encontraram uma associação entre o SS e o estado de ânimo/moral mas não entre SS e saúde funcional. De referir que a satisfação com as redes sociais e o bem-estar emocional é influenciada pela quantidade e qualidade de suporte e preenchimento de expectativas culturais, independentemente do estado de saúde, que por outro lado influencia a pertença a uma rede social robusta e a manutenção de uma agenda social activa (Litwin, 2006).

Alguns hábitos de saúde, como o exercício regular, a manutenção de um peso adequado e o evitamento de tabaco, diminuem riscos de desenvolvimento de doenças crónicas, melhoram a flexibilidade, o equilíbrio, a resistência e a força muscular (Kahana, Kahana, & Kercher, 2003); podendo ajudar a retardar incapacidades físicas (nomeadamente a visão, audição, locomoção e motricidade) e percepções negativas de funcionalidade, promovendo a autonomia do adulto idoso no desempenho de actividades rotineiras, sem necessitar de depender da ajuda de outras pessoas, mas procurando os contactos da sua rede social de forma livre e mais satisfatória, podendo trocar recursos de modo mais igualitário, o que promove o seu BE, estatuto social em termos relacionais com familiares e amigos, auto-estima e qualidade de vida.

Tendo em conta que na terceira e quarta idade caracterizam-se por doenças físicas, incapacidades funcionais e perdas sociais, os constrangimentos impostos à participação social podem levar a um isolamento e afastamento de potenciais fontes de apoio, criando uma resistência às trocas de suporte instrumental e emocional.

Objectivo do presente Estudo

As propriedades dos instrumentos de avaliação do suporte existentes são fracas e avaliam diferentes concepções de SS. Dada a complexidade da sua concepção, é difícil que uma técnica de avaliação o contemple na sua globalidade.

Com a presente investigação pretende-se, num primeiro estudo (Estudo 1), validar um questionário sobre as experiências de doação ou recepção de suporte instrumental e suporte emocional em adultos idosos, o Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE; Diniz, 2007a). Trata-se de uma medida de percepção de suporte, na assunção que esta percepção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao BE e à qualidade de vida do adulto idoso português. Face à singularidade das características da população alvo, apostou-se na construção de uma escala de raíz e procurou-se que o QSIE pudesse ser utilizado em investigação, conjuntamente com outras(os) provas/constructos, bem como em contexto de rastreio rápido de eventuais problemas de suporte que os adultos idosos possam apresentar. No processo de validação do QSIE recorreu-se à análise factorial confirmatória para testar a estrutura factorial hipotética do Questionário, através da modelização de equações estruturais (LISREL8-SIMPLIS: Jöreskog & Sörbom, 1993b) propostas para descrever a sua dimensionalidade, lidando com erros de mensuração e especificações causais entre os factores e os itens. Consideram-se os factores Dar Suporte Instrumental, Receber Suporte Instrumental, Dar Suporte Emocional e Receber Suporte Emocional. Serão também testados três estruturas factoriais alternativas ao modelo tetrafactorial oblíquo para conceptualização do suporte instrumental e emocional. Uma estrutura unifactorial hierárquica (um só factor, o Suporte Instrumental e Emocional) e duas estruturas bifactoriais hierárquicas (com dois factores de segunda ordem Dar e Receber e Suporte Instrumental e Suporte Emocional, respectivamente).

No Estudo 2 pretende-se testar um Modelo Estrutural Preditor do Suporte Intrumental e Emocional que representa a influência de factores sócio-demográficos (idade e género) e funcionais (saúde funcional subjectiva) sobre o suporte instrumental e emocional.

<Figura 1>

Espera-se que com o aumento de idade se note um decréscimo da saúde funcional subjectiva (Perrig-Chiello et al., 2006) e da quantidade de suporte instrumental e emocional provido (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988). Relativamente ao suporte instrumental, espera-se

que os homens dêem mais e que as mulheres recebam mais, e, relativamente ao suporte emocional, espera-se uma tendência inversa, com as mulheres a providenciar mais e os homens a receber mais (Smith & Baltes, 1998). Dado que o suporte de amigos se mantém estável ao longo do ciclo-de-vida, espera-se que os itens relativos a amigos tenham maior impacto nos adultos idosos do que os itens relativos a familiares, sobretudo quando nos referimos a suporte emocional (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988). Pode esperar-se ainda que, comparativamente aos homens, as mulheres refiram menos saúde subjectiva, mais vulnerabilidades funcionais e maior dependência em actividades quotidianas, o que pode ser uma consequência da menor força muscular. No entanto, dado que não se verificam diferenças entre os géneros relativamente às actividades instrumentais (Perrig-Chiello et al., 2006), pode esperar-se que a recepção de suporte instrumental seja idêntica para os dois géneros, o que pode indicar que as mulheres continuam funcionais apesar das dificuldades de saúde que se impõem na terceira e quarta idade.

Método

Participantes. Os sujeitos que participaram neste estudo foram seleccionados a partir da população residente na área metropolitana da Grande Lisboa (88.4%) e no distrito de Setúbal. Através de processos não probabilísticos de amostragem [de conveniência (17.9%), intencional via informantes privilegiados (37.3%) e intencional tipo *snowball* (44.8%)], colaboraram voluntariamente no estudo 397 sujeitos (leque etário: 65-97 anos; M = 74) dos quais 62.5% pertencem ao género feminino e à terceira idade (72.8%), neste estudo definida como variando entre os 65 e os 79 anos. Na amostra verificou-se ainda que 6.3% dos adultos idosos não tinham qualquer nível de escolaridade, 56.4% tinham uma escolaridade equivalente ao primeiro ciclo do ensino básico, 14.6% ao segundo e terceiro ciclo, 9.1% ao ensino secundário e 13.6% ao ensino superior. Relativamente ao estado civil, a maioria dos sujeitos eram casados (52.6%) ou viúvos (33.2%) (7.1% eram solteiros e 7.1% divorciados). De notar ainda que 34.3% dos participantes afirmaram viver só, e, relativamente à situação laboral, 70.5% encontravam-se reformados, 14.4% reformados mas activos, 5.5% a trabalhar a tempo integral e 1% a tempo parcial. Dos 92.7% participantes que professavam a religião católica, 47.9% eram não praticantes. As posições sociais da maioria dos participantes são a

classe média menos instruída (26,4%) e o estrato operário e rural (trabalhadores manuais) (47%), de acordo com os critérios de De Castro e Lima (1987).

Contrastando estes dados com os disponíveis sobre a população idosa portuguesa (Instituto Nacional de Estatística, 2002) verificou-se que não havia correspondência em termos de instrução, sendo a nossa amostra mais escolarizada, e de situação laboral, com índices de inactividade mais elevados na população. Houve correspondência populacional da amostra quanto ao género, em termos etários e relativamente ao estado civil.

Procedimento. Optou-se por heteroadministrar individualmente o Questionário e as restantes provas devido ao baixo nível de instrução da população idosa portuguesa (Instituto Nacional de Estatística, 2002), a eventuais problemas de saúde funcional apresentados pelos adultos idosos e a razões de ordem ético-deontológica, centradas na tentativa de controlar o resultado prejudicial que o tom constrangedor de alguns itens poderia provocar nos participantes. Não foi, todavia, descartado o risco de enviesamento nas respostas devido a efeitos de desejabilidade social subjacentes à aplicação de questionários sob a forma de entrevista estruturada e directiva.

Apresentou-se o objectivo do estudo, justificando-se a sua pertinência e solicitando a participação voluntária dos adultos idosos. Garantiu-se o anonimato e referiu-se que os sujeitos não teriam nenhuma retro-informação sobre o seu resultado final porque os dados seriam conjuntamente analisados. Foram também assinalados os problemas de compreensão dos itens ao longo do Questionário para uma posterior análise semântico-lexical.

A recolha dos dados decorreu junto a adultos idosos sem problemas graves de saúde física ou mental, não institucionalizados, não dementes (MMS; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) e não deprimidos (GDS; Sheikh & Yesavage, 1986). Cada investigador, incluído na Linha de Investigação Transições na vida adulta: dinâmicas adaptativas do adulto idoso, seleccionou uma amostra de 30 sujeitos e aplicou um total de 14 provas a cada sujeito.

Procedeu-se à recolha dos dados preferencialmente no período da manhã, tendo em conta que o ritmo circadiano influencia as competências dos sujeitos mais idosos. Noutro período do dia denota-se uma maior probabilidade da distractibilidade interferir nas tarefas que exigem resposta a questões de compreensão (Li, Hasher, Jonas, Rahhal, & May, 1998). Para iniciar a recolha de dados foram escolhidas duas provas de rastreio, para além do

questionário de caracterização demográfica, a versão portuguesa do *Mini-Mental State* (MMS; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), segundo adaptação portuguesa de Guerreiro e colaboradores (1994), e a Escala Geriátrica de Depressão (EGD; Diniz, 2007b), versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale: Short Form* (GDS; Sheikh & Yesavage, 1986). As restantes provas, distribuídas por dois momentos de contacto com os entrevistados, em dias diferentes, foram aplicadas aleatoriamente para cada um dos subgrupos de 30 sujeitos. Questionário de Suporte Instrumental e Emocional em versão experimental (Diniz, 2007a).

Utilizou-se o SPSS 13.0 for Windows para efectuar as sínteses estatísticas que permitiram a análise da distribuição dos resultados nos itens (máximos e mínimos, mediana, assimetria e curtose) e recodificar os itens com conotação negativa nas diversas escalas (itens emocrec4, emocrec7, emocdar12 e emocdar15 do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional).

Os dados foram tratados no *LISREL* 8.53 (Jöreskog & Sörbom, 2002). Dada a sua métrica ordinal, calculou-se no *PRELIS2* (Jöreskog & Sörbom, 1993a) a necessária matriz de covariância assimptótica das correlações policóricas dos itens (Jöreskog, Sörbom, du Toit, & du Toit, 2001) que foi lida e trabalhada pelo *LISREL*8-*SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993b), com recurso ao método de estimação por máxima verosimilhança através do robusto *Satorra-Bentler* sc*aled chi-square* (S-Bχ^2: Satorra & Bentler, 1994). Contudo, dado o necessário recurso à matriz de covariância assimptótica para a utilização do S-Bχ^2 no *LISREL8* (Jöreskog et al., 2001), e do cálculo desta matriz exigir amostras de grande dimensão (Moustaki, Jöreskog, & Mavridis, 2004), recorreu-se no *PRELIS*2 à simulação por *bootstrap* (100 amostras de 50% das observações no Estudo 1 e 100 amostras de 75% das observações no Estudo 2) para corresponder a essa exigência.

Procedeu-se de acordo com uma lógica de "geração de modelos" (Jöreskog & Sörbom, 1993b), considerando na análise do seu ajustamento, interactivamente, os resultados obtidos para o qui-quadrado *relativo* (SBχ^2/*gl*), que deve ser menor do que 3.00 (Kline, 2005); para o *comparative fit index* (*CFI*; Bentler, 1990), que deve ser pelo menos superior a .90 para que o modelo seja aceitável e igual ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999); para o *root mean square error of approximation* (*RMSEA*; Steiger, 1990), com valores de .08 ou menos para indicar um ajustamento aceitável (Browne & Cudeck, 1993), ou de .06 ou menos para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999); para o *standardized*

root mean square residual (*SRMR*; versão estandardizada do *RMR* de Jöreskog & Sörbom, 1981), que deve ser próximo ou menor do que .08 (Hu & Bentler, 1999); e para o *expected cross-validation index* (*ECVI*; Browne & Cudeck, 1993), que deve ser inferior ao *ECVI* para o modelo saturado (*ECVI* Msat.) para indicar uma aceitável aproximação do modelo em amostras da mesma dimensão. O *ECVI* diz respeito à "precisão preditiva extrapolativa" (i.e., fora do domínio de origem dos dados observados) do modelo e os restantes índices dizem respeito à sua "precisão preditiva interpolativa" (i.e., dentro do domínio de origem dos dados observados) (Forster, 2002).

Na avaliação substantiva dos modelos alternativos do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE), testados no primeiro Estudo, foram seguidas as indicações de Fornell e Larcker (1981) no que respeita à avaliação da validade convergente de um factor (variância média extraída dos itens pelos factores – VME – que deve ser > .50 e calculada através da fórmula $[SUM(cfe_i^2)]/[SUM(cfe_i^2) + SUM (e_i)]$, onde cfe_i = carga factorial estandardizada dos itens e e_i = variância do erro dos itens) e à validade discriminante entre factores (covariância, ou quadrado da correlação, entre factores < VME dos factores). Seguiram-se os mesmos autores para calcular a consistência interna dos factores, calculada através da fórmula $[(SUM(cfe_i))^2]/[(SUM(cfe_i))^2 + SUM (e_i)]$, e adoptaram-se os critérios fixados por Nunnally e Bernstein (1994) na análise dos resultados: .80 para investigação básica (diferenças entre grupos) e .90 para investigação aplicada (diagnóstico individual).

Perseguindo estes critérios, eliminaram-se itens, no mesmo Estudo, atendendo à relação entre os resultados obtidos para a quantidade de variância dos itens que se encontrava associada à variância do respectivo factor (R^2*;* coeficiente de determinação) e a quantidade de variância dos itens devida ao erro (termo de erro). O R^2, desejavelmente, deveria ser superior a .50. Assim, quando o R^2 obtido para um dado item era bastante baixo (≤ .20) ele era eliminado porque pouco preciso, mesmo que fosse estatisticamente significativo ($t > 1.96$, $p <$ .50). Teve-se em conta que estas alterações podem envolver enviesamento confirmatório, já que se admite a modificação empiricamente derivada (*data-driven*) do modelo, suscitando, assim, a possibilidade de o melhorar com base simplesmente no acaso (MacCallum, Rosnowski, & Necwitz, 1992). Então, para minimizar este risco, procurou-se que as reespecificações realizadas fossem substantivamente interpretáveis.

Seguindo o procedimento de Diniz e Almeida (2005), no Estudo 1, e no que respeita aos modelos bifactoriais hierárquicos, para estabelecer a unidade de mensuração dos factores de primeira ordem do QSIE, igualizámos a um (1.00) a carga factorial (coeficiente de regressão não-standartizado, λ), num dos seus itens; a chamada "variável de referência" do factor (Jöreskog & Sörbom, 1993b). A escala dos factores de primeira ordem ficou, assim, a ser a mesma da dos itens (estes, em razão das correlações policóricas, passaram a possuir uma escala standartizada: M = 0.0, DP = 1.00). Note-se que o programa igualiza, por defeito, a variância dos factores de segunda ordem a um (1.00). Neste processo de identificação do modelo teve de se recorrer ao constrangimento das estimativas das relações entre cada factor de segunda ordem e os respectivos dois factores de primeira ordem, para que fossem tidas como tratando-se de um único parâmetro livre em vez de dois parâmetros independentes (Jöreskog & Sörbom, 1993b).

No Estudo 2, a variável género foi operacionalizada através da notação "1" para o feminino e "2" para o masculino; e a variável idade foi operacionalizada através da notação "1" para a terceira idade e "2" para a quarta idade. Para representar os factores idade e género, foi igualizada a zero a variância de erro das respectivas variáveis.

No Modelo Estrutural Preditor do Suporte Instrumental e Emocional houve necessidade de estimar a covariância de ruído (*disturbance*) entre certos factores do QSIE, recorrendo aos índices de modificação fornecidos pelo programa.

Para comparar modelos integrados e não integrados tiveram-se em conta os valores do *ECVI* e, para comparar modelos integrados e ajustados, o $\Delta SB\chi^2$ (Satorra & Bentler, 2001).

Instrumento. Para construir o Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE; Diniz, 2007a), considerou-se a literatura na área, o conteúdo de certos itens da Escala de Suporte Relacional Extra-Universitário (ESREU; Diniz & Pinto, 2006), o estudo sobre as contribuições de dar suporte instrumental para a longevidade do provedor de apoio (Brown et al., 2003) e as reflexões de psicólogos, investigadores na área da gerontologia, decidindo acerca da dimensionalidade do domínio em análise (construto e população-alvo) e da abrangência dos indicadores para o representar (conteúdo e números de itens). O cuidado tido com a validade de conteúdo da escala englobou a forma de resposta e a sequência de

apresentação dos itens, bem como das instruções a fornecer aos adultos idosos. Também se auscultaram os próprios adultos idosos a propósito da formulação e significado dos itens.

A escala a construir e validar deveria reunir quatro factores. Os dois primeiros factores podem ser assumidos como Dar Suporte Emocional e Receber Suporte Emocional e baseiam-se nos dois factores da ESREU, representados por itens que incorporam conteúdos que remetem para uma maior ou menor procura de suporte relacional bem como para uma expressão de maior ou menor constatação da existência do mesmo. Na sua adaptação para adultos idosos (QSIE; Diniz, 2007a), os itens são do tipo: e.g., item 9, "Tenho procurado estar com os meus amigos"; e.g., item 5, "Tenho contado com os meus amigos para me apoiar". O suporte relacional distingue-se do social porque o conceito respeita às relações interpessoais da ordem da intimidade, relevantes para a reestruturação da vida pessoal, mitigando a ansiedade inerente a esse processo. House (in Strazdins e Broom, 2007), ao descrever o suporte emocional como uma manifestação de carinho e preocupação pelo provedor de suporte, uma atitude de compromisso e envolvimento com os conflitos, preocupações, raivas e angústias do receptor, apresenta-o de modo muito semelhante ao suporte relacional anteriormente descrito. O terceiro e quarto factores referem-se a Dar Suporte Instrumental e a Receber Suporte Instrumental e baseiam-se no estudo de Brown et al. (2003) sobre a contribuição do suporte instrumental (dinheiro, objectos, tempo, trabalho, conselhos, sugestões e informações) para a longevidade do adulto idoso provedor de suporte.

Quanto à forma de resposta aos itens do QSIE, trata-se de uma *rating scale* de tipo-*likert* de 5 pontos que varia entre "discordo totalmente" (1) e "concordo totalmente" (5). Os 31 itens que o compunham foram organizados consoante as modalidades de dar ou receber suporte e consoante o tipo de suporte (instrumental ou emocional).

A Escala de Saúde Funcional Subjectiva (ESFS; Diniz 2007c) foi construída com base nos instrumentos utilizados no *Berlin Aging Study* (BASE: Baltes & Mayer, 1999) para medir a saúde física, as capacidades funcionais e a saúde subjectiva. Relativamente às capacidades funcionais mediu-se a acuidade visual; a acuidade auditiva; o equilíbrio e a locomoção; as actividades do quotidiano e as actividades instrumentais do dia-a-dia; e a força para agarrar objectos. A saúde subjectiva foi avaliada através de um único item, "Como classificaria a sua saúde presentemente?", com uma *rating scale* de 5 pontos (Idler; Mahoney & Barthel; Steinhagen-Thiessen & Borchelt; Tinetti; WHO; in Smith et al., 2002).

Pode acontecer uma dificuldade ou fragilidade visual/auditiva/locomotora não ser percepcionada como um problema de saúde pelos adultos idosos, mas antes como um problema funcional que interfere nas capacidades de desempenhar tarefas rotineiras (Iecovich & Irsalowitz, 2004). Então, podem-se considerar as avaliações subjectivas de saúde funcional como mais fortes preditoras do bem-estar geral na terceira e quarta idades (Smith et al., 2002) do que as medidas objectivas do estado de saúde, como o número de diagnósticos de doenças ou acuidade visual.

A concepção da ESFS deriva então dos trabalhos existentes ao nível da saúde funcional objectiva e da saúde funcional subjectiva, mostrando-se inovadora na forma de operacionalização porque transporta dimensões de saúde objectiva para uma abordagem subjectiva. A escala é unidimensional, composta por quatro itens: visão, audição, locomoção e motricidade fina. A forma de resposta aos itens é dada numa *rating scale* de sete pontos que varia entre "péssima/muitíssimo má" (1) e "perfeita/muitíssimo boa" (7). A ESFS foi validada por Martins (2008), apresentando o modelo resultante deste processo bons índices de ajustamento [$SB\chi^2/gl$ (*ratio)* = 1.62/1 = 1.62; *CFI* = 1.00; *SRMR* = .015; *RMSEA* = .055; *RMSEA IC* 90% = (.00 ; .20); *ECVI* = .097; *ECVI* IC 90% = (.094 ; .14); *ECVI* Msat. = .099]. Para uma amostra de 408 sujeitos, a validade convergente é de .44 e a consistência interna de .75, registando-se uma covariância de erro entre a visão e a audição. Para a amostra da presente investigação (*N* = 199), o modelo unidimensional proposto para a ESFS apresenta bons índices de ajustamento [$SB\chi^2/gl$ (*ratio)* = 2.01/1 = 2.01; *CFI* = .99; *SRMR* = .02; *RMSEA* = .072; *RMSEA IC* 90% = (.00 ; .22); *ECVI* = .10; *ECVI IC* 90% = (.096 ; .14); *ECVI* Msat. = .10], a validade convergente é de .42 e a consistência interna de .73, registando-se uma covariância de erro entre a visão e a audição.

Estudo 1. *Validação factorial do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional.*

Resultados

Iniciou-se o estudo de validação do QSIE através do teste do modelo tetrafactorial oblíquo (M1a, Tabela 1) e verificou-se que ele era inaceitável com os 24 itens que inicialmente compunham a prova.

<Tabela 1>

Seguiu-se um processo de depuração do modelo que resultou num outro, bem ajustado, mas com apenas 15 itens (M1b, Tabela 1). Foram excluídos os itens emorec2, emodar12, emodar15, emorec4, emorec6, emorec7, emorec8, emodar10 e emodar14 porque eram muito pouco precisos para representar os respectivos factores ($R^2 \leq .20$). Seguindo a terminologia de Forster (2002), este modelo (M1b) apresentava uma boa "precisão interpolativa", i.e., dentro do mesmo domínio de origem dos dados observados, ($SB\chi^2/gl < 3.00$, *CFI* > .90, *SRMR* < .08, *RMSEA* < .06, com limite superior do IC de 90% do *RMSEA* < .08) e uma boa "precisão preditiva extrapolativa", i.e., fora do domínio interpolativo, para amostras da mesma dimensão da deste estudo [*ECVI* do modelo saturado (Msat.) maior que o limite superior do IC de 90% do *ECVI* do modelo em apreciação]. Na Tabela 1 pode verificar-se que o ECVI deste modelo (M1b) é muito inferior ao do modelo saturado (Msat.).

Foram ainda testados neste estudo várias estruturas factoriais alternativas ao modelo tetrafactorial oblíquo acima mencionado (M1b). Uma primeira, bifactorial hierárquica, com os factores de segunda ordem Suporte Instrumental e Suporte Emocional, representados, respectivamente, pelos factores de primeira ordem Dar Suporte Instrumental (SInstdar), Receber Suporte Instrumental (SInstrec), Dar Suporte Emocional (SEmocdar) e Receber e Suporte Emocional (SEmocrec). Este modelo não era admissível uma vez que as matrizes de correlação dos itens e dos factores não estavam positivamente definidas. Uma segunda, também bifactorial hierárquica, com os factores de segunda ordem Dar e Receber, representados, respectivamente, pelos factores de primeira ordem SInstdar, SEmocdar, SInstrec e SEmocrec. Os resultados dos índices de ajustamento deste modelo (M2, tabela 1) indicaram que a solução obtida não era aceitável (*SRMR* > .08) e verificou-se também que havia uma correlação de -.90 entre os dois factores de segunda ordem, indicando problemas

de validade discriminante. Então, colapsaram-se os factores de primeira ordem num só factor, Suporte Instrumental e Emocional, e a solução encontrada para esta terceira estrutura factorial foi inadmissível porque a matriz de covariância dos factores não estava positivamente definida.

Na Tabela 2 encontram-se os resultados substantivos do modelo seleccionado (M1b).

<Tabela 2>

Verifica-se na Tabela 2 que no factor SInstdar o item 6 [“Recados (por cartas no correio, marcar consultas, pagar contas da água, luz, etc.)”] foi o mais preciso (R^2 = .86) e o item 8 [“Trabalho doméstico (tratar da roupa, limpar casa, fazer comida)”] foi o menos preciso (.36). No factor SInstrec o item 2 [“Recados (por cartas no correio, marcar consultas, pagar contas da água, luz, etc.)”] foi o mais preciso (R^2 = .87) e o item 4 [“Trabalho doméstico (tratar da roupa, limpar casa, fazer comida)”] o menos preciso (.38). No factor SEmocdar o item 11 (“Os meus amigos têm contado comigo quando se sentem desanimados”) foi o mais preciso (R^2 = .79) e o item 16 (“Os meus familiares têm contado comigo quando se sentem desanimados”) o menos preciso (.27). No factor SEmocrec o item 5 (“Tenho contado com os meus amigos para me apoiar”) foi o mais preciso (R^2 = .83) e o item 1 (“Os meus amigos têm-me procurado”) o menos preciso (.54).

Este modelo apresentou uma boa validade convergente para os seus factores SInstdar, VME = .52; SInstrec, VME = .53; SEmocdar, VME = .49; e SEmocrec, VME = .56 e uma boa validade discriminante para SInstdar e SEmocdar (r = .39; covariância = .15), SInstdar e SEmocrec (r = .26; covariância = .07), SEmocrec e SEmocdar (r = .77; covariância = .59) e SEmocrec e SInstrec (r = .17; covariância = .03). Note-se que a correlação entre os factores SInstdar e SInst rec, bem como entre SInstrec e SEmocdar, não era estatisticamente significativa [t (198) < 1.96, p > .05]. Segundo Fornell e Larcker (1981) a avaliação da validade convergente de um factor, i.e., a variância média extraída dos itens pelos factores (VME), deve ser superior a .50 e a validade discriminante entre factores (covariância, ou quadrado da correlação, entre factores) deve ser inferior à VME dos factores.

Quanto à consistência interna dos factores, ela foi de .81 para SInstdar, .82 para SInstrec, .79 para SEmocdar e .79 para SEmocrec. Adoptaram-se os critérios fixados por Nunnally e Bernstein (1994) na análise dos resultados referentes à consistência interna dos factores: .80 para investigação básica (diferenças entre grupos).

A análise da estrutura factorial indicou que o modelo quadrimensional oblíquo é composto por quatro factores, sendo o SInstrec representado por 4 itens, o SInstdar por 4 itens, o SEmocdar por 4 itens e o SEmocrec por 3 itens. Os factores SEmocrec e SInstrec foram os melhores representantes do Modelo, uma vez que apresentam valores de validade convergente e consistência interna mais elevados do que os restantes factores em estudo. Os itens que melhor representaram os factores foram instdar6, instrec2, emocdar11 e emocrec5, e os itens que pior representaram os factores foram instdar8, instrec4, emocdar16 e emocrec1.

Discussão

Com este trabalho testou-se a estrutura tetrafactorial de um questionário passível de representar o Suporte Instrumental e Emocional dos adultos idosos portugueses (QSIE; Diniz, 2007a). Foram ainda testados neste estudo várias estruturas factoriais alternativas ao modelo tetrafactorial oblíquo, duas estruturas bifactoriais hierárquicas e uma estrutura unifactorial, as quais não se mostraram plausíveis para descrever a realidade em análise.

Convém referir, entretanto, e de acordo com Browne e Cudeck (1993), que os resultados obtidos no teste de identidade dos modelos só nos permitem aferir se eles são plausíveis, no sentido de substantivamente significativos e parcimoniosos, para descrever o domínio em questão. Não nos dizem que eles são verdadeiros ou que não existam outras alternativas de representação desse domínio. A confirmação de que o modelo tetrafactorial oblíquo é melhor do que o unifactorial hierárquico ou do que os bifactoriais hierárquicos só será cabalmente esclarecida num estudo que replique o método aqui seguido, mas com uma amostra de maior dimensão e com características sócio demográficas próximas da população de adultos idosos portugueses.

Então, apesar do modelo apresentar uma boa precisão preditiva interpolativa e extrapolativa, ele deverá passar por um processo de validação cruzada, designadamente com adultos idosos provenientes de outros meios que não apenas o urbano, com outro estatuto sócio económico e outros níveis de escolaridade. A replicabilidade dos resultados agora obtidos contribuiria para a sua validação, mais ainda no meio rural e semi-urbano, bem como em populações menos diferenciadas económica e socialmente. Este processo de validação cruzada deverá ainda, se possível, contemplar uma amostra mais abrangente do que a presente

neste estudo, a qual só incluiu adultos idosos não dementes, não deprimidos, e não física ou mentalmente doentes. Em síntese, o modelo é plausível para os adultos idosos portugueses residentes na área da Grande Lisboa ou Setúbal, não dementes nem deprimidos, que apresentem características sócio demográficas idênticas às dos participantes neste trabalho.

As sínteses estatísticas efectuadas permitiram definir uma escala de 15 itens como instrumento de rastreio rápido (*brief screening*) da qualidade do QSIE a adultos idosos, que revelou uma boa validade discriminante e uma boa validade convergente e consistência interna dos factores. Este é um domínio de estudo relevante em face do crescente interesse pela qualidade de vida e bem-estar da população idosa. Numa lógica de sinalização de casos, e em virtude do seu reduzido número de itens, é credível a utilidade do QSIE para determinar situações de risco na recepção ou dádiva de SS em adultos idosos e, com isso, planear novas avaliações e formas de apoio.

Relativamente aos itens que compõem o SEmocdar e SEmocrec todos os itens se referem a amigos, à excepção de um item para SEmocdar, referente a familiares. Depner e Ingersoll-Dayton (1988) realçam a estabilidade do suporte de amigos ao longo do ciclo da vida, sugerindo que novas amizades substituem as amizades perdidas. Por outro lado, os familiares que se perdem são insubstituíveis. Assim, torna-se compreensível a enorme importância dos amigos enquanto fontes indispensáveis de trocas sociais, sobretudo quando falamos de suporte emocional (Crohan & Antonucci, in Gurung et al., 2003).

A presente investigação deparou-se com algumas limitações no processo de recolha dos dados, nomeadamente o processo não probabilístico de amostragem e o facto da prova ter sido heteroadministradas, o que tornou o processo muito moroso e poderá ter potenciado o efeito de desejabilidade social. Não se verificou uma correspondência populacional da amostra quanto à instrução e meio de residência comparativamente à população idosa portuguesa. Os adultos idosos apresentaram alguns sinais de desconcentração e fadiga, sendo também assinalável a crescente resistência a participar nas provas reservadas para o segundo encontro. Relativamente às características da prova, verificaram-se dificuldades no posicionamento frente à escala de resposta, muito extensa. Uma outra limitação deste estudo foi o uso de um questionário exclusivamente directivo, com perguntas fechadas, o que acabou por condicionar e limitar o leque/riqueza de respostas, bem como o envolvimento emocional.

Estudo 2. *Teste de um Modelo Estrutural Preditor do Suporte Instrumental e Emocional em Adultos Idosos.*

Resultados

O Modelo Estrutural Preditor de Suporte Instrumental e Emocional (M1a) foi testado e verificou-se que não estava bem ajustado aos dados empíricos (*CFI* < .90, *SRMR* > .08, *ECVI* > *ECVI* do Msat.) (Tabela 3). Para conseguir o ajustamento do modelo foi necessário acrescentar três covariâncias de ruído (*disturbance*) entre os factores SEmocDar-SInstDar, SEmocrec-SInstrec, SEmocrec-SEmocdar (QSIE; Diniz, 2007a) e uma covariância de erro entre os itens Visão-Audição (ESFS; Diniz, 2007c). O M1b – 4CE (Tabela 3), resultante deste processo, revelou bons índices de ajustamento (SBχ^2/gl < 3.00, *CFI* > .90, *SRMR* < .08, *RMSEA* < .06, com limite superior do IC de 90% do *RMSEA* < .08, *ECVI* < *ECVI* do Msat.).

<Tabela 3>

Os resultados da análise substantiva do Modelo Estrutural Preditor de Suporte Instrumental e Emocional em Adultos Idosos estão esquematicamente representados na Figura 2, onde se pode observar que somente algumas das trajectórias demonstraram boas relações de predição entre factores.

<Figura 2>

Quanto aos efeitos directos dos factores em estudo (Figura 2), foi encontrado que a Idade era um bom preditor da Saúde Funcional Subjectiva [β = -.34; *t* (297) = -3.78; *p* < .001] e do SInstdar [β = -.31; *t* (297) = -3.68; *p* < .001], sendo que na terceira idade as pessoas têm uma maior saúde funcional subjectiva e dão mais suporte instrumental a amigos, vizinhos e familiares, comparativamente às pessoas de quarta idade. O Género revelou-se um bom preditor da Saúde Funcional Subjectiva [β = .26; *t* (297) = 3.62; *p* < .001], do SInstdar [β = .21; *t* (297) = 2.61; *p* < .01], do SEmocdar [β = -.19; *t* (297) = -2.10; *p* < .05] e do SEmocrec [β = -.19; *t* (297) = -2.40; *p* < .05], o que significa que os homens idosos têm mais saúde funcional subjectiva, dão mais suporte instrumental, dão menos suporte emocional e recebem menos suporte emocional do que as mulheres idosas. Por último, a Saúde Funcional Subjectiva apresentou uma boa relação de predição com SInstrec [β = -.35; *t* (297) = -3.93; *p* < .001], do SEmocdar [β = .31; *t* (297) = 3.52; *p* < .001] e do SEmocrec [β = .27; *t* (297) =

3.54; $p < .001$], ou seja, os adultos idosos com mais saúde funcional subjectiva recebem menos suporte instrumental, dão mais suporte emocional e recebem mais suporte emocional do que os adultos idosos com menos saúde funcional subjectiva.

Quanto aos efeitos totais dos factores, a Idade revelou-se um bom preditor do SInstdar [$\beta = -.37$; t (297) = -4.5; $p < .001$], do SInstrec [$\beta = .21$; t (297) = 2.27; $p < .05$] e do SEmocdar [$\beta = -.25$; t (297) = -2.85; $p < .01$], logo, são os sujeitos da quarta idade que dão menos suporte instrumental, recebem mais suporte instrumental e dão menos suporte emocional; mas só se considerarmos quer o efeito directo quer o efeito indirecto (mediado pela Saúde Funcional Subjectiva) do factor Idade sobre SInstdar, SInstrec e SEmocdar. O Género apareceu como um bom preditor do SInstdar [$\beta = .25$; t (297) = 3.35; $p < .001$], o que significa que são os homens que dão mais suporte instrumental. No entanto, esta relação só é bem predita se considerarmos quer o efeito directo quer o efeito indirecto (mediado pela Saúde Funcional Subjectiva) do factor Género sobre SInstdar.

Quanto aos efeitos indirectos, o factor Idade, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva, revelou exercer efeito sobre SInstrec [$\beta = .12$; t (297) = 3.11; $p < .001$], sobre SEmocdar [$\beta = -.11$; t (297) = -2.81; $p < .01$], sobre SEmocrec [$\beta = -.09$; t (297) = -2.68; $p < .01$]. O factor Género, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva, revelou exercer efeito sobre SInstrec [$\beta = -.09$; t (297) = -2.83; $p < .01$], sobre SEmocdar [$\beta = .08$; t (297) = 2.26; $p < .01$] e sobre SEmocrec [$\beta = .07$; t (297) = 2.35; $p < .01$].

Dadas as diferenças entre os efeitos directos e efeitos totais dos factores, a Saúde Funcional Subjectiva revelou-se um amplificador dos efeitos da Idade e Género sobre o Suporte Instrumental e Emocional.

Discussão

A Idade e o Género tiveram um efeito sobre a Saúde Funcional Subjectiva. As pessoas da terceira idade tinham uma maior saúde funcional subjectiva do que as pessoas da quarta idade e os homens idosos tinham mais saúde funcional subjectiva do que as mulheres. Tal como Perrig-Chiello e colaboradores (2006) constataram na sua investigação, a autonomia funcional, a saúde subjectiva e objectiva são variáveis que decrescem com o aumento da idade. A saúde subjectiva, enquanto percepção do declínio funcional, tem uma grande

probabilidade de ser influenciada pelas múltiplas doenças físicas, incapacidades funcionais e perdas sociais (Smith et al., 2002), o que pode explicar a tendência dos adultos idosos a avaliar pior a sua saúde do que os mais novos, mesmo quando a saúde objectiva e as variáveis demográficas são controladas (Stauding, Fleeson & Baltes, 1999). No estudo de Smith & Baltes (1998) verificou-se que os homens também referiam mais saúde subjectiva do que as mulheres. Provavelmente esta evidência poderá ser melhor compreendida tendo em conta as características gerais da população feminina, com maior tendência depressiva, mais demente e neurótica, com mais doenças músculo-esqueléticas que restringem a mobilidade física, maiores vulnerabilidades funcionais e menor independência na realização de tarefas rotineiras. Níveis mais significativos de depressão, solidão, incapacidade funcional pode levar a que as mulheres experienciem os afectos negativos com maior intensidade, adoptando uma atitude mais pessimista, que se poderá reflectir em piores avaliações subjectivas do estado de saúde funcional. Por outro lado, dados os elevados índices de mortalidade para o género masculino, pode-se inferir que os homens idosos mais velhos têm maior probabilidade de ter factores de selecção natural mais positivos que contribuem para a longevidade.

Quanto ao factor Idade, ele revelou-se um bom preditor do SInstdar, SInstrec e SEmocdar (efeitos totais).

O efeito directo do factor Idade sobre SInstdar era estatisticamente significativo, mas, o efeito indirecto do factor Idade sobre o SInstdar, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva, não era estatisticamente significativo. Então, o factor Saúde Funcional Subjectiva não se revelou importante na relação entre Idade e SInstdar. Constatou-se que os sujeitos da terceira idade dão mais suporte instrumental comparativamente aos sujeitos da quarta idade. Em conformidade com este resultado, Depner e Ingersoll-Dayton (1988) referem que a quantidade de suporte que as pessoas dão parece decrescer com a idade. Este decréscimo de suporte dado poderá dever-se às limitações físicas, mudanças nas necessidades emocionais e menores oportunidades de providenciar apoio. No entanto, os resultados indicam que a avaliação subjectiva do estado de saúde parece não interferir na diminuição da prestação de suporte no decorrer da idade, podendo dever-se este decréscimo a outros factores.

O efeito directo do factor Idade sobre SInstrec não era estatisticamente significativo, mas, considerando também o efeito indirecto do factor Idade sobre SInstrec, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva (estatisticamente significativo), a Idade tornou-se um bom

preditor do factor SInstrec. Então, o factor Saúde Funcional Subjectiva revelou-se importante na relação entre Idade e SInstrec. Os adultos idosos da quarta idade recebem mais suporte instrumental, tendo em conta a influência da Saúde Funcional Subjectiva. Os resultados obtidos opõem-se a Depner e Ingersoll-Dayton (1988) que consideram que homens e mulheres parecem receber quantidades de suporte estáveis ao longo do tempo, sendo a maior área de mudança a quantidade de suporte que dão, que parece decrescer com a idade. Segundo Perrig-Chiello e colaboradores (2006), a autonomia funcional e a saúde subjectiva são variáveis que decrescem com o aumento da idade. A saúde subjectiva, enquanto percepção do declínio funcional, tem uma grande probabilidade de ser influenciada pelas múltiplas doenças físicas, incapacidades funcionais e perdas sociais (Smith et al., 2002). Smith et al. (2002) referem que adultos idosos com mais sentimentos de incapacidade funcional, i.e., com menos saúde funcional subjectiva, nomeadamente os da quarta idade, têm uma grande probabilidade de ver as suas rotinas quotidianas afectadas, inferindo-se uma maior necessidade de receber suporte instrumental de outras fontes. Sabendo que a saúde objectiva e subjectiva não têm de se encontrar necessariamente em concordância (Iecovich & Irsalowitz, 2004), ou seja, uma dificuldade visual, auditiva ou locomotora não ser percepcionada como um problema de saúde pelo idoso mas antes como um problema funcional que interfere nas capacidades de desempenhar tarefas rotineiras, então, quando a idade aumenta e a saúde subjectiva decresce, intensifica-se a recepção de suporte instrumental.

O efeito directo do factor Idade sobre SEmocdar não era estatisticamente significativo, mas, considerando também o efeito indirecto do factor Idade sobre SEmocdar, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva (estatisticamente significativo), a Idade tornou-se um bom preditor do factor SEmocdar. Então, o factor Saúde Funcional Subjectiva revelou-se importante na relação entre Idade e SEmocdar. Os adultos idosos da quarta idade providenciam menos suporte emocional que os adultos idosos da terceira idade, tendo em conta a influência da Saúde Funcional Subjectiva. Os resultados encontrados confirmam Depner e Ingersoll-Dayton (1988) que constataram que quanto mais velho for o adulto idoso menos providenciará apoio à saúde e suporte emocional. Apesar de Collins e Paul (in Litwin, 2006) não terem encontrado nenhuma associação entre suporte social e Saúde Funcional, poder-se-á hipotetizar com base nos resultados obtidos que quanto pior a saúde funcional subjectiva, nomeadamente para os sujeitos da quarta idade, quanto menor a satisfação com o

estado de saúde (uma das preocupações fulcrais dos adultos idosos), maior a existência de conflitos e pessimismo, maior a auto-centração em queixas e sintomas de doenças, menor a disponibilidade emocional e menor a procura do encontro com o outro num plano afectivo de partilha. No caso dos adultos idosos mais novos, da terceira idade, verifica-se uma avaliação subjectiva funcional mais optimista, podendo notar-se nestes sujeitos uma maior capacidade de descentração e disponibilidade emocional para ajudar o próximo.

O efeito directo do factor Idade sobre SEmocrec não era estatisticamente significativo, mas, o efeito indirecto do factor Idade sobre SEmocrec, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva, era estatisticamente significativo. Então, o factor Saúde Funcional Subjectiva revelou-se importante na relação entre Idade e SEmocrec. Apesar do factor Idade não ser um bom preditor do SEmocrec, ele é-o da Saúde Funcional Subjectiva e esta teve um efeito directo no SEmorec. Quanto melhor for a saúde funcional subjectiva, maior a recepção de suporte emocional. Poder-se-á hipotetizar que quanto melhor for a saúde funcional subjectiva, maior a disponibilidade da rede familiar e de amigos para se aproximar emocionalmente dos adultos idosos, manifestando mais carinho e preocupação, numa atitude de compromisso em ajudar o idoso a ultrapassar conflitos, preocupações e angústias.

Quanto ao factor Género, ele revelou-se um bom preditor do SInstdar (efeito total).

O efeito directo do factor Género sobre SInstdar era estatisticamente significativo, mas, considerando também o efeito indirecto do factor Género sobre o SInstdar, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva, não era estatisticamente significativo. Então, o factor Saúde Funcional Subjectiva não se revelou importante na relação entre Género e SInstdar. Constatou-se que os homens idosos dão mais suporte instrumental do que as mulheres idosas. Os resultados obtidos opõem-se aos encontrados Perrig-Chiello e colaboradores (2006), onde não se registaram diferenças entre os géneros quanto às actividades instrumentais. Isto é, provavelmente as mulheres idosas não continuam funcionais devido às dificuldades de saúde e perda de força muscular (problemas funcionais que interferem nas capacidades de desempenhar actividades rotineiras), mas não devido ao factor Saúde Funcional Subjectiva. São os homens que mais ajudam em tarefas domésticas ou compras (Smith & Baltes, 1998). A facilidade nestas actividades instrumentais do quotidiano está intimamente relacionada com factores psicossociais: estatuto socioeconómico, cultura, capacidade cognitiva e variáveis de personalidade (Baltes, Maas, Wilms, & Borchelt; Andrieu et al., Carrasquillo, Lantigue, &

Shea; Sousa e Figueiredo; Steeman, Abraham & Godderis; Curyto, Chleski, & Lichtenberg; in Perrig-Chiello, et al., 2006). As assimetrias relativas às expectativas culturais sobre os papéis sociais para os géneros reforçam a importância de poder e estabilidade financeira, sucesso, competição e concretização de metas para o masculino. Desta forma pode-se compreender as consequentes assimetrias de níveis de escolaridade entre os géneros nos idosos: enquanto os homens ocupam lugares de maior prestígio social e têm maior independência económica/financeira, as mulheres idosas são na sua grande maioria donas de casa, menos independentes.

O efeito directo do factor Género sobre SInstrec não era estatisticamente significativo, mas, o efeito indirecto do factor Género sobre SInstrec, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva, era estatisticamente significativo. Então, o factor Saúde Funcional Subjectiva revelou-se importante na relação entre Género e SInstrec. Apesar do factor Género não ser um bom preditor do SInstrec, ele é-o da Saúde Funcional Subjectiva e esta teve um efeito directo no SInstrec. Quanto pior for a saúde funcional subjectiva, maior a recepção de suporte instrumental. Isto é, quanto pior for a saúde funcional subjectiva do adulto idoso, maior a disponibilidade da rede familiar e de amigos para provisionar dinheiro, objectos, tempo, trabalho, conselhos, sugestões e informações.

O efeito directo do factor Género sobre SEmocdar era estatisticamente significativo, mas, considerando também o efeito indirecto do factor Género sobre SEmocdar, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva (estatisticamente significativo), o Género deixou de ser um bom preditor do factor SEmocdar. Então, o factor Saúde Funcional Subjectiva revelou-se importante na relação entre Género e SEmocdar. Tendo-se observado que as mulheres idosas deram mais suporte emocional do que os homens idosos, é essencial relembrar as práticas de socialização para o género feminino, sendo desde cedo encorajadas a criar estreitos laços emocionais com os outros e a estar atentas às necessidades dos membros das suas redes sociais (Krause & Shaw, 2002). Os homens idosos têm menor probabilidade de incluir os amigos nas suas redes de suporte, recebendo e providenciando menos suporte emocional e cuidados de saúde a amigos do que as mulheres (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988). Seria interessante averiguar se esta diferença entre géneros na quantidade de suporte emocional dado se mantém significativa controlando-se a variável destinatário do suporte provido – amigo ou familiar. No entanto, considerando o factor moderador Saúde Funcional Subjectiva,

observamos como as mulheres deixam de se distinguir enquanto género que promove mais suporte emocional. Em função da perda de saúde e viuvez, as mulheres mais velhas podem estar incapacitadas de prover suporte emocional aos outros, o que pode ter um impacto negativo nos sentimentos de valorização pessoal (Smith & Baltes, 1998).

O efeito directo do factor Género sobre SEmocrec era estatisticamente significativo, mas, considerando também o efeito indirecto do factor Género sobre SEmocrec, mediado pela Saúde Funcional Subjectiva (estatisticamente significativo), o Género deixou de ser um bom preditor do factor SEmocrec. Então, o factor Saúde Funcional Subjectiva revelou-se importante na relação entre Género e SEmocrec. As mulheres idosas referiram receber mais suporte emocional do que os homens. Contrariamente aos resultados obtidos, no estudo de Smith e Baltes (1998) os homens referiram receber mais suporte emocional do que as mulheres, quando as variáveis estado civil e nível de escolaridade se encontravam controladas. Para os autores, no suporte emocional, são as mulheres que referem dar mais e os homens receber mais. No entanto, homens com menor nível de escolaridade referiram receber menos suporte emocional do que as mulheres (Smith & Baltes, 1998). Assim, apesar da amostra recolhida ser mais escolarizada do que o nível global da população idosa portuguesa, os níveis de literacia são muito baixos comparativamente com os alemães, nomeadamente entre os sujeitos do género masculino. A constatação de que as mulheres referem receber mais suporte emocional poderá remeter para as melhores competências sociais e interpessoais do género feminino, para a maior facilidade em pedir e dispensar assistência e a maior percepção de disponibilidade de suporte (Antonucci & Akiyamo; Barbee et al.; Hogg & Heller; in Krause & Shaw, 2002; Antonucci; Haden; in Rabelo & Neri, 2005). Segundo Krause e Shaw (2002), o homem idoso valoriza a autonomia/independência e o seu sucesso define-se em termos de poder e estabilidade financeira. Se não conseguir cumprir as expectativas pode recorrer a uma retirada social para que não se deparem com o seu insucesso, podendo ser especialmente difícil a aceitação de ajuda para problemas que deveria resolver sozinho. No entanto, se considerarmos a influência do factor moderador Saúde Funcional Subjectiva, observamos como as mulheres deixam de se distinguir enquanto género que mais recebe suporte emocional. Considerando que as mulheres têm avaliações do estado de saúde mais pessimistas do que os homens, a sua satisfação com o estado de saúde é menor, havendo mais conflitos, maior auto-centração em queixas e sintomas de doenças, o que faz com que

aumente a resistência de familiares e amigos para se aproximar emocionalmente, manifestando carinho e preocupação.

Os resultados encontrados sugerem que na terceira idade as pessoas têm uma maior saúde funcional subjectiva e dão mais suporte instrumental do que as pessoas na quarta idade. Os adultos idosos na quarta idade recebem mais suporte instrumental e providenciam menos suporte emocional que os adultos idosos na terceira idade, tendo em conta a influência da Saúde Funcional Subjectiva. Os homens idosos têm mais saúde funcional subjectiva e dão mais suporte instrumental enquanto as mulheres idosas dão e recebem mais suporte emocional. Por último, quanto melhor for a saúde funcional subjectiva, maior a recepção de suporte emocional, e quanto pior for a saúde funcional subjectiva, maior a recepção de suporte instrumental.

Poder-se-á inferir a partir destes resultados, e sustentando-nos também em Smith e Baltes (1998), que um controlo e melhoramento do nível de saúde funcional subjectiva (audição, visão, locomoção e motricidade), recorrendo-se aos avanços tecnológicos da ciência, como cirurgias às cataratas, próteses auditivas ou mesmo exercícios físicos adaptados de força e flexibilidade, seria vital para a promoção da autonomia funcional, independência, satisfação, bem-estar, auto-estima e qualidade de vida dos adultos idosos portugueses. E, quanto maior for a independência funcional do idoso, maior será a probabilidade deste proporcionar mais suporte emocional a amigos, vizinhos e familiares, maior a probabilidade também de receber este apoio afectivo e menor a probabilidade de receber suporte instrumental.

As mesmas limitações e cautelas apresentadas no Estudo 1 aplicam-se ao Estudo 2.

Esta investigação permitiu colmatar algumas lacunas evidenciadas na literatura e, através da observação da relação entre os construtos com a idade e o género, permitiu ainda uma melhor compreensão dos adultos idosos, sendo relevante para o desenvolvimento de futuras intervenções mais adaptadas a esta população. Uma outra vantagem do presente estudo consiste na validação de um instrumento para a população adulto idosa portuguesa, o que confere credibilidade à Psicologia enquanto ciência e rigor à sua investigação.

A generalização dos resultados, caso a invariância dos modelos seja testada com sucesso, só será plausível para as variáveis consideradas, isto é, tal como elas foram operacionalizadas. Recorrendo a outros indicadores (diferentes itens e/ou diferentes escalas de

resposta) obter-se-iam outros resultados, ainda que análogos aos agora encontrados, nomeadamente para as estruturas latentes dos modelos. Acresce que, potencialmente, no Modelo Estrutural Preditor do Suporte Instrumental e Emocional poderão ser contempladas outras variáveis: por exemplo, as diferenças entre população rural e urbana (Paúl & Fonseca, 2005); o facto dos sujeitos viverem em comunidade ou numa instituição, viverem sozinhos, com familiares ou outras pessoas (Paúl & Fonseca, 2005); a situação laboral (Bossé, Aldwin, Levenson, Workman-Daniels, & Ekerdt, 1990; a existência de afectos negativos (Thompson & Heller, 1990).

Podemos concluir que a exposição do adulto idoso a dificuldades específicas da etapa do ciclo-de-vida em que se encontra, como a reforma, o abandono do lar pelos filhos, os problemas de saúde, ou mesmo a perda do cônjuge ou amigos próximos, exigem um grande esforço adaptativo. Esta adaptação consiste na maximização de competências individuais, reorganização da vida frente às limitações percebidas e ajuste às diversas situações, individualmente ou com a ajuda de outros. Trata-se, portanto, de um processo contínuo de aprendizagem com as limitações sentidas e de actualização de potencialidades pessoais, explorando-se ao máximo os recursos disponíveis (Gurung, Taylor, & Seeman, 2003; Rabelo & Neri, 2005).

Referências

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin, 107*(2), 238-246.

Bossé, R., Aldwin, C. M., Levenson, M. R., Workman-Daniels, K., & Ekerdt, D. J. (1990). Differences in social support among retirees and workers: Findings from the normative aging study. *Psychology and Aging, 5*(1), 41-47.

Brown, S. L. (2003). Na altruistic reanalysis of the social support hypothesis: The health benefits of giving. *New Directions for Philanthropic Fundraising, 42,* 49-57.

Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science, 14*(4), 320-327.

Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.

Commerford, M. C., & Reznikoff, M. (1996). Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home residents. *The Journal of Psychology, 130*(1), 35-50.

Diniz, A. M. (2007a). *Versão experimental do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional.* Lisboa: ISPA.

Diniz, A. M. (2007b). *Escala Geriátrica de Depressão.* Lisboa: ISPA.

Diniz, A. M. (2007c). *Versão experimental da Escala de Saúde Funcional Subjectiva.* Lisboa: ISPA.

Diniz, A. M., & Almeida, L. S. (2005). Escala de Integração Social no Ensino Superior (EISES): Metodologia de construção e validação. *Análise Psicológica, 23*(4), 461-476.

Diniz, A. M., & Pinto, M. S. (2006). Escala de Suporte Relacional Extra-Universitário (ESREU): Metodologia de construção e validação. *Psicologia e Educação, 5*(1), 89-102.

De Castro, R., & Lima, L. (1987). Insucesso e selecção social na disciplina de português: O(s) discurso(s) dos professores - uma abordagem interdisciplinar. *Psicologia, 5*(3), 299-310.

Depner, C. E., & Ingersoll-Dayton, B. (1988). Supportive relationships in later life. *Psychology and Aging, 3*(4), 348-357.

Felton, B. J., & Berry, C. A. (1992). Do the sources of the urban elderly´s social support determine its psychological consequences? *Psychology and Aging, 7*(1), 89-97.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues, 58*(4), 645-659.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39-50.

Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science, 69,* 124-134.

Gracia, E., & Herrero, J. (2004). Personal and situacional determinants of relationship-specific perceptions of social support. *Social Behavior and Personality, 32*(5), 459-476.

Gonçalves, D., Mantín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(1), 137-143.

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia, 1*, 9-10.

Gurung, R. A. R., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: Insights from the MacArthur studies of sucessful aging. *Psycholgy and Aging, 18*(3), 487-496.

Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55.

Iecovich, E. & Isralowitz, R. E. (2004). Visual impairments, functional and health status, and life satisfaction among elderly bedouins in Israel. *Ageing International, 29*(1), 71-87.

Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos, 32,* 187-207.

Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993a). *PRELIS2: User´s reference guide.* Chicago, IL: Scientific Software International.

Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993b). *LISREL8: Structural equation modelling with the SIMPLIS command language.* Chicago, IL: Scientific Software International.

Jöreskog, K. G., & Sörbom, D., du Toit, S., & du Toit, M. (2001). *LISREL8: New statistical features* (3rd printing with revision). Lincolnwood, IL: Scientific Software International.

Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2002). *LISREL8.53.* Chicago: Scientific Software International.

Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for sucessful ageing. *Ageing International, 28*(2), 155-180.

Krause, N., Liang, J., & Keith, V. (1990). Personality, social support, and psychological distresse in later life. *Psychology and Aging, 5*(3), 315-326.

Krause, N., & Shaw, B. A. (2002). Welfare participation and social support in late life. *Psychology and Aging, 17*(2), 260-270.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.) New York: Guilford Press.

Li, K. Z., Hasher, L., Jonas, D., Rahhal, T. A., & May, C. P. (1998). Distractibility, circadian arousal, and aging: A boundary condition? *Psychology and Aging, 13*(4), 574-583.

Liang, J., Krause, N. M., & Bennett, J. M. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and Aging, 16*(3), 511-523.

Litwin, H. (2006). The path to well-being among elderly arab israelis. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 21,* 25-40.

Lu, L. (1997). Social support, reciprocity and well-being. *The Journal of Social Psychology, 137*(5), 618-628.

Luo, A., & Argyle, M. (1992). Receiving and giving support: Effects of relationships and well-being. *Counselling Psychology Quarterly, 5*(2), 123-133.

MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modification in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin, 111*(3), 490-504.

Martins, C. (2008). *Saúde funcional subjectiva e depressão em adultos idosos*. Dissertação de mestrado submetida para discussão, ISPA, Lisboa.

Moustaki, I., Jöreskog, K. G., & Mavridis, D. (2004). Factor models for ordinal variables with covariate effects on the manifest and latent variables: A comparation of *LISREL* and *IRT* approaches. *Structural equation modelling, 1(4),* 487-513.

Newson, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging, 11*(1), 34-44.

Nezlek, J. B., & Allen, M. R. (2006). Social support as a moderator of day-to-day relationships between daily negative events and daily psychological well-being. *European Journal of Psychology, 20,* 53-68.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine, 11*(4), 470-482.

Ponte, A. C., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social support survey. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Edts.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde (pp. 53-56). Lisboa: ISPA.

Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo, 10*(3), 403-412.

Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias, 7,* 156-193.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 17*(3), 547-558.

Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de 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.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 127-139.

Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousands Oaks, CA: SAGE.

Satorra, A., & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika, 66*(4), 507-514.

Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In T.L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp. 165-173). NY: The Haworth Press, Inc.

Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging, 13*(4), 676-695.

Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues, 58*(4), 715-732.

Staudinger, U. M., Fleeson, W., & Baltes, P. B. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the Unites States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(2), 305-319.

Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research, 25,* 173-180.

Strazdins, L., & Broom, D. H. (2007). The mental health costs and benefits of giving social support. *International Journal of Stresse Management, 14*(4), 370-385.

Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic ilness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology, 22*(2), 123-129.

Thompson, M. G., & Heller, K. (1990). Facets of support related to well-being: Quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. *Psychology and Aging, 5*(4), 535-544.

Väänänen, A., Buunk, B. P., Kivimäki, M., Pentti, J., & Vahtero, J. (2005). When it is better to give than to receive: Long-term health effects of perceived reciprocity in support exchange. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*(2), 176-193.

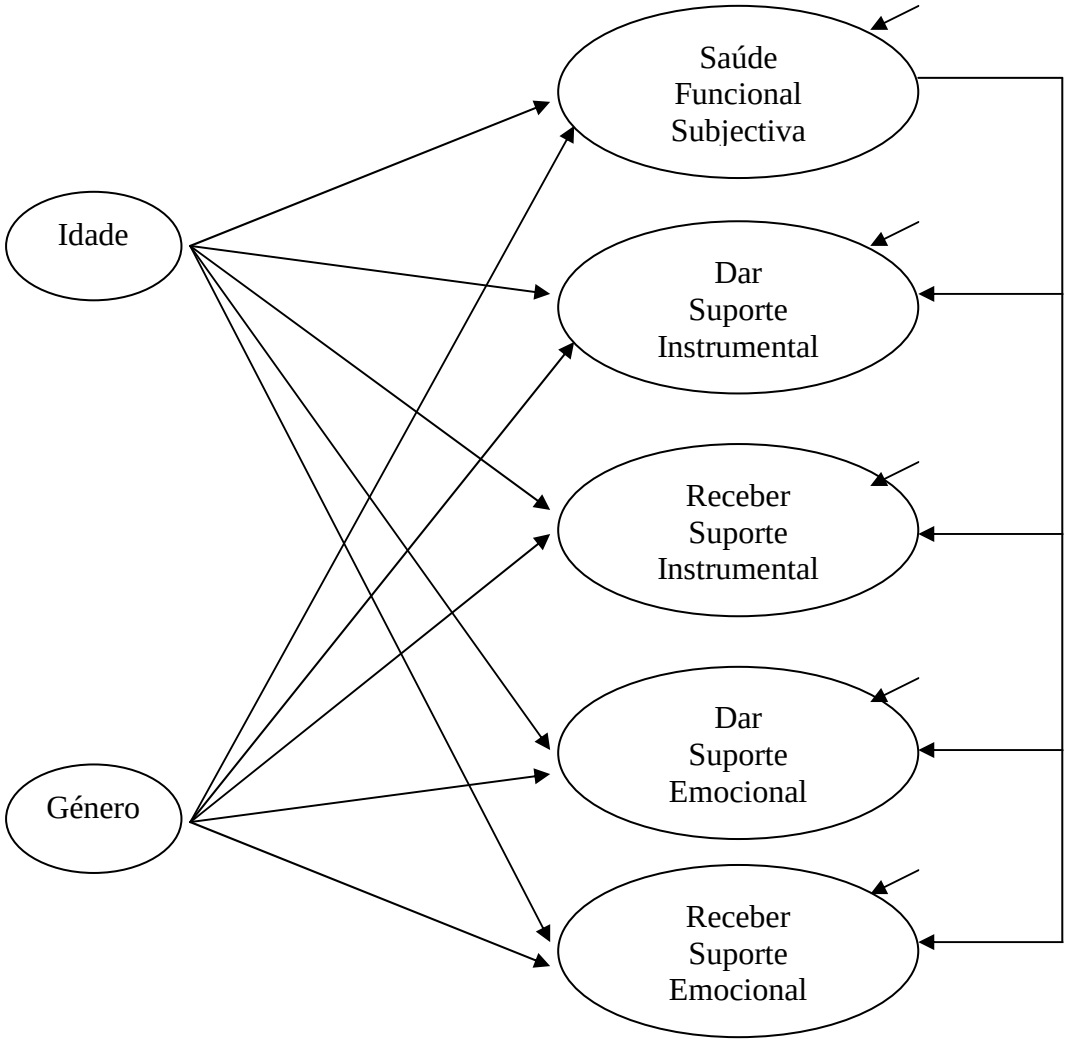

Figura 1. Modelo Estrutural Preditor do Suporte Instrumental e Emocional em Adultos Idosos.

Tabela 1. *QSIE: índices de ajustamento dos modelos testados.*

Modelo Factores (nº de itens)	SBχ^2/*gl* (*ratio*)	*CFI*	*SRMR*	*RMSEA* IC 90%	*ECVI* IC 90%	*ECVI* Msat.
M1a	677.85/246	.78	.13	.094	3.97	3.03
4 (24)	(2.76)			.086 ; .10	3.60 ; 4.38	
M1b	92.95/84	.93	.072	.023	.83	1.21
4 (15)	(1.12)			.00 ; .047	.79 ; .97	
M2	125.97/87	.90	.17	.048	.97	1.21
6 (15)	(1.45)			.028 ; .065	.84 ; 1.14	

Nota. M1a e M1b= Modelo tetrafactorial oblíquo; M2 = Modelo bifactorial hierárquico (dois factores de segunda ordem e quatro factores de primeira ordem); IC = intervalo de confiança; Msat. = modelo saturado.

Tabela 2. *QSIE: factores, itens, cargas factoriais e coeficientes de determinação.*

Factores	Itens	CF	R^2
SInstdar	5	.75	.56
	6	.93	.86
	7	.89	.79
	8	.60	.36
SInstrec	1	.82	.68
	2	.93	.87
	3	.88	.77
	4	.62	.38
SEmocdar	9	.68	.47
	11	.89	.79
	13	.85	.72
	16	.52	.27
SEmocrec	1	.74	.54
	3	.88	.77
	5	.91	.83

Nota. SInstdar = Dar Suporte Instrumental; SInstrec = Receber Suporte Instrumental; SEmocdar = Dar Suporte Emocional; SEmocrec = Receber Suporte Emocional; CF = cargas factoriais; R^2 = coeficientes de determinação dos itens.

Tabela 3. *Modelo Estrutural Preditor do Suporte Instrumental e Emocional em Adultos Idosos: índices de ajustamento do modelo.*

Modelo	SBχ^2/*gl* (*ratio*)	*CFI*	*SRMR*	*RMSEA* IC 90%	*ECVI* IC 90%	*ECVI* Msat.
M1a	360.84/175	.86	.14	.06	1.59	1.56
	(2.062)			.051 ; .069	1.42 ; 1.79	
M1b - 4 CE	275.90/172	.90	.089	.045	1.33	1.56
	(1.604)			.035 ; .055	1.19 ; 1.49	

Nota. IC = intervalo de confiança; Msat. = modelo saturado; 4 CE = uma covariância de erro e três covariâncias de ruído (*disturbance*).

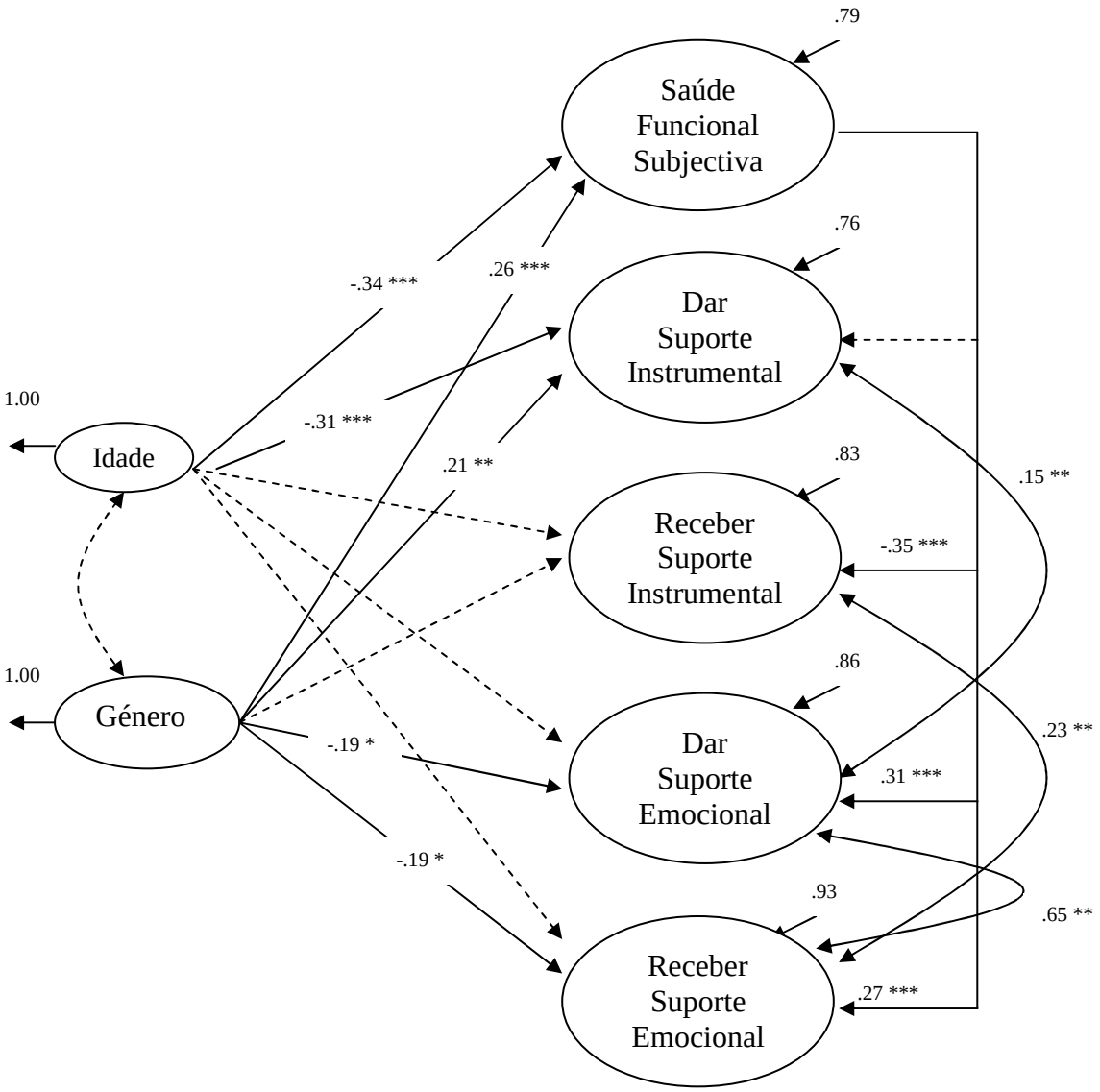

Figura 2. Teste do Modelo Estrutural Preditivo do Suporte Instrumental e Emocional em Adultos Idosos. Seta descontínua = trajectória estatisticamente não significativa; seta contínua = trajectória estatisticamente significativa; setas de duplo sentido = relações de covariância.
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Anexo

Suporte Social

O progressivo aumento da esperança média de vida e o imperativo das necessidades de mudança vêm enfatizar a urgência do estudo das redes de suporte social (SS) na população idosa, bem como os factores que podem ameaçar a disponibilidade deste indispensável recurso. A exposição do adulto idoso a situações específicas da etapa do ciclo-de-vida, como a reforma, o abandono do lar pelos filhos, os problemas de saúde, ou mesmo a perda do cônjuge ou amigos próximos, exigem um grande esforço adaptativo. Esta adaptação consiste na maximização de competências individuais, reorganização da vida frente às limitações percebidas e ajuste às diversas situações, individualmente ou com a ajuda de outros. Trata-se, portanto, de um processo contínuo de aprendizagem com as limitações sentidas e de actualização de potencialidades pessoais, explorando-se ao máximo os recursos disponíveis. As variáveis mais significativas envolvidas na adaptação são o SS, o *coping* e o controlo percebido (Gurung, Taylor, & Seeman, 2003; Rabelo & Neri, 2005).

O SS, conceito complexo e dinâmico, é percepcionado de acordo com as circunstâncias e seus intervenientes, originando uma diversidade de concepções, definições e instrumentos de avaliação ainda muito díspares (Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003).

Fernández-Ballesteros (2002) considera que o SS é um conceito que inclui tanto as características estruturais das redes sociais individuais como aspectos funcionais das relações sociais entre os membros de um grupo. As condições estruturais podem ser entendidas como o contexto social onde se desenrolam as interacções sociais, enquanto os aspectos funcionais de uma rede social são as provisões de afecto e trocas de recursos, informações, bens ou serviços.

Para Cobb, citado por Ponte e Pais-Ribeiro (2008), o SS é a informação que conduz o sujeito a acreditar que é apoiado, amado, estimado, valorizado, e que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Trata-se, portanto, de uma crença proveniente de múltiplas fontes de informação, interpretada pelo próprio.

Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983, p.127) definem o SS como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”. Explicam que o SS contribui para um ajustamento positivo e para o desenvolvimento pessoal, fornecendo também protecção contra os efeitos do stresse. Esta definição de SS pode ser confirmada pela teoria da vinculação de

Bowlby, que considera que o SS, ao ser primeiramente disponibilizado à criança sob a forma de uma figura de vinculação, torna-a confiante, ensina-a a funcionar como provedora de suporte ao outro e reduz a hipótese de psicopatologia na vida futura.

Rodin e Salovey (in Santos et al., 2003, p.186) reforçam que "o SS alivia o stresse em situação de crise, podendo inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente, tem um papel positivo na sua recuperação".

Ribeiro (1999) distingue o SS descrito, referindo-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte, e SS avaliado, referindo-se à avaliação de que um comportamento de suporte, como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda. Distingue também SS percebido, referindo-se ao que o indivíduo indica ter disponível quando necessário, e SS recebido efectivamente de alguém. O SS pode então ser conceptualizado como uma troca social, referindo-se à transferência de ajuda ou aconselhamento dentro de uma rede interpessoal, ou como uma percepção hipotética de disponibilidade de recursos. Evidências sugerem que a percepção de suporte é mais importante para o bem-estar (BE) psicológico do que as trocas sociais consumadas (Liang, Krause, & Bennett, 2001). Nezlek e Allen (2006), sugerem que as pessoas não precisam de receber suporte mas sim simplesmente percepcioná-lo como disponível para se sentirem consoladas e libertas de sofrimento/dor.

Dunst e Trivette, citados por Ponte e Ribeiro (2008), distinguem duas fontes de SS: informal e formal. As redes de suporte social informal incluem indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, etc.), simultaneamente passíveis de fornecer apoio nas actividades do dia a dia. Organizações sociais como os hospitais, serviços de saúde e programas governamentais, bem como profissionais médicos, psicólogos ou assistentes sociais, são redes de suporte social formal, organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Sugerem ainda a existência de cinco componentes de SS interligados: constitucional, que inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente; relacional, que inclui o estatuto familiar e profissional, o tamanho da rede social e a participação em organizações sociais; funcional, que inclui os tipos de suporte disponível, a qualidade e a quantidade de suporte, bem como o desejo de apoiar; estrutural, que inclui a proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade, consistência; e satisfação (Dunst & Trivette, in Ribeiro, 1999).

Apresentam ainda onze dimensões de SS que se têm mostrado importantes para o BE: tamanho da rede social, abrangência das relações sociais, frequência de contactos, necessidade de suporte expressa pelo indivíduo, tipo e quantidade de suporte, congruência

entre necessidade e disponibilidade de suporte, utilização das redes sociais, dependência (grau de confiança nas redes de suporte), reciprocidade (equilíbrio entre suporte recebido e fornecido), proximidade com membros que disponibilizam o SS, e satisfação.

Fernández-Ballesteros (2002) defende que o SS é um conceito chave na gerontologia, havendo evidências empíricas que o relacionam com a saúde, BE e qualidade de vida na velhice. A densidade da rede social de um sujeito, o grau de interacção que mantém com os outros, a quantidade de afecto dado e recebido, o suporte instrumental, e/ou serviços, associam-se com indicadores de saúde, BE subjectivo e medidas de qualidade de vida.

Ribeiro (1999) seleccionou três teorias para explicar porque o suporte surge associado ao stresse e mal-estar. A primeira, a hipótese da mobilização do suporte, derivaria da associação de duas variáveis (suporte recebido e stresse psicológico) a uma terceira, acontecimentos de vida stressantes. A segunda, a hipótese da desigualdade, defende que se as trocas entre os indivíduos são desequilibradas (um recebe mais ajuda do que deu), ambos sofreriam stresse até ao restabelecimento do equilíbrio. Por último, a hipótese da ameaça à auto-estima, defende que a existência ou falta de suporte teria impacto na auto-estima.

Gottlieb, citado por Barling, Mac Ewen e Pratt (1988), definiu cinco tipos de SS: emocional, sustento, influência indirecta, resolução de problemas e intervenções no ambiente; enquanto Barrera e Ainley (in Barling et al., 1988), sugerem seis tipos: material, comportamental, interacção íntima, aconselhamento, feedback e interacção social positiva. House (in Strazdins & Broom, 2007) sugere dois tipos de suporte, o instrumental e o emocional. Enquanto o suporte instrumental provê dinheiro, objectos, tempo, trabalho, conselhos, sugestões e informações, o suporte emocional abarca a manifestação de carinho e preocupação pelo provedor de suporte, uma atitude de compromisso e envolvimento com os conflitos, preocupações, raivas e angústias do receptor. Newson e Schulz (1996), defendem que a percepção de suporte emocional é mais importante do que a percepção de suporte instrumental na predição de sintomas depressivos.

Rook (in Strazdins & Broom, 2007) argumenta que as relações de suporte promovem dois tipos de interacção, a companhia e a ajuda. Por um lado, a companhia envolve a manifestação de cuidado e preocupação, a construção de sentimentos de felicidade, orgulho e pertença, o que ajuda a reduzir o isolamento social e solidão, construindo também um sentimento de pertença, felicidade e proximidade. Por outro lado, a ajuda ou assistência a sentimentos de stresse, raiva, conflito, tristeza ou desespero, visa a redução de comportamentos destrutivos, podendo o provedor de apoio recorrer à utilização de técnicas como o aconselhamento, sugestão, antecipação e prevenção de problemas.

As primeiras investigações sobre o SS focavam a sua função protectora contra os efeitos negativos de acontecimentos de vida stressantes e/ou efeitos positivos no BE psicológico, no entanto, nos últimos anos, o SS tem sido analisado sobretudo como uma variável independente ou moderadora que afecta o BE psicológico ou a relação entre stresse e BE (Cohen & Hills; Henderson; House, Umberson, & Landis; Lin & Peek; Schwarzer & Leppin; Turner & Turner; in Gracia & Herrero, 2004).

House e colaboradores (in Gracia & Herrero, 2004), deram especial atenção à integração social, redes sociais e tipos de suporte enquanto variáveis dependentes cruciais para a compreensão da relação entre vínculos sociais e saúde; e Barrera (in Gracia & Herrero, 2004), considera a forte correlação entre as medidas qualitativas do SS, satisfação e percepção da sua disponibilidade, e a adaptação psicológica.

Gracia e Herrero (2004) propõem que os processos de suporte são influenciados por características pessoais, como o índice de angústia, personalidade (como a extroversão e o neuroticismo), auto-estima, traços de ansiedade, locus de controlo, ou resiliência; e pelo contexto social e seus agentes stressores.

Também as percepções de suporte não resultam apenas de um padrão relacional estável ao longo do tempo ou de percepções de suporte no passado. A investigação de Gracia e Herrero (2004) mostra que parte das variações nas percepções de suporte se devem a factores pessoais, como a percepção de stresse e humor depressivo, e factores situacionais, como os acontecimentos de vida indesejáveis (desemprego, dificuldades matrimoniais, doenças, etc.). Assim, elevados níveis de stresse, depressão, acontecimentos de vida indesejáveis e baixa auto-estima, relacionam-se com uma menor percepção de SS.

Alguns autores defendem que o suporte tem um efeito benéfico para o provedor de apoio. Estar com uma pessoa numa fase stressante, confortá-la, ouvi-la, mostrar interesse e preocupação, pode trazer saúde mental, BE, sentimentos de satisfação, cumprimento e realização, promovendo a longevidade e reduzindo a mortalidade (Brown, Nesse, Vinokur, & Smith, 2003; Liang et al., 2001). Pode contribuir também para a existência de uma maior rede de recursos pessoais e sociais, e a característica comportamental altruísta pode trazer benefícios para o indivíduo, já que cuidar de outros significativos, sem esperar receber uma recompensa específica ou imediata, é construtivo e fortificante, contribuindo, a longo prazo, para o BE (Väänänen, Buunk, Kivimäki, & Pentti, 2005).

Rabelo e Neri (2005) referem efeitos benéficos do suporte para o receptor do mesmo, nomeadamente, o aumento da auto-estima e o sentimento de domínio sobre o próprio

ambiente, a função de *coping*, a amenização do impacto das doenças e a moderação do efeito das crises inesperadas.

Segundo Commerford e Reznikoff (1996), o efeito benéfico do suporte consiste em gerar afectos positivos e um sentimento de valorização pessoal. É possível que uma percepção de suporte familiar ajude as pessoas a sentirem-se melhor consigo próprias e menos deprimidas, sendo igualmente plausível que indivíduos deprimidos ou com baixa auto-estima percepcionem menos apoio dos outros.

No entanto, evidências contraditórias salientam os custos para o provedor de suporte, tais como a violação da norma da reciprocidade, frustração, cansaço, empobrecimento da saúde mental, impacto negativo no BE e *burnout* (Strazdins & Broom, 2007).

Strazdin e Broom (2007) apresentam evidências contraditórias quanto ao efeito da dádiva de SS no provedor, dependendo do tipo de suporte prestado. A companhia contempla a prestação de feedback e confirmação ao outro e pode conduzir à construção de emoções positivas, sentimentos de orgulho e felicidade, através da proximidade, afectividade e inclusão, estando associada a menos sintomas depressivos. Já a ajuda, conceito semelhante ao suporte emocional, que consiste em ouvir as preocupações de outrem, intervir e ajudar alguém zangado, triste ou angustiado, está associada a mais sintomas depressivos. Então, se por um lado maximizar a oportunidade de companheirismo pode ser uma forma eficaz de intervir em famílias e comunidades, como se poderá prover ajuda a alguém sem que isso acarrete efeitos negativos para o provedor de suporte?

Luo e Argyle (1992) enfatizam que se receber ajuda pode ser muitas vezes recompensador e gerar afectos positivos face ao provedor de suporte, gerando felicidade e benefícios na saúde física e mental, por outro lado, pode levar a emoções negativas, sobretudo se sugerir a incapacidade ou incompetência do receptor, reduzindo a sua autonomia, ou se evidenciar a ausência de reciprocidade na troca. Conclui-se que se a doação excessiva de apoio está associada a sentimentos de cansaço e frustração no provedor, a recepção excessiva de suporte está associada a sentimentos de dependência e culpa no receptor.

Para Gleason, Iida, Shrout e Bolger (2008) existem pelo menos dois modelos que explicam como a recepção de SS pode desencadear um aumento quer da angústia psicológica quer da sensação de ser cuidado. O modelo das diferenças individuais explica que para alguns sujeitos a recepção de apoio pode aumentar a angústia psicológica e para outros sujeitos pode fomentar a proximidade relacional com o outro. O modelo dos efeitos diversificados defende a ideia de que uma mesma situação conduz quer a um aumento da proximidade na relação quer a um aumento da angústia no mesmo sujeito, podendo experienciar simultaneamente

reacções positivas e negativas em resultado da recepção de suporte, sobretudo quando não há possibilidade de retribuir o apoio recebido. Os autores acrescentam que as características do receptor, como a auto-estima e satisfação com a relação, não explicam este padrão, mas, sugerem como hipóteses a ser estudadas o tipo de vinculação, a percepção do quanto se é respeitado pelo parceiro e os sentimentos de eficácia na concretização de objectivos. Avançam, ainda, com outras possíveis explicações como a competência do provedor em prestar apoio, sem abalar os sentimentos de eficácia do receptor, e as características da relação, nomeadamente a similaridade entre provedor e receptor e dos estilos de comunicação de ambos.

Erikson (in Nezlek & Allen, 2006) descreve que os estudantes pré-universitários estão numa fase em que procuram a sua identidade, e parte desta procura pode envolver o estabelecimento de uma identidade distinta da identidade que trazem da família de origem. No processo de tornarem-se adultos, algum distanciamento das famílias faz parte do processo. Os jovens estudantes que assinalam elevados níveis de suporte familiar podem ter dificuldade em cortar emocionalmente com as famílias, o que pode reflectir uma maior dependência familiar em aprovação, confirmação e afirmação da identidade e auto-conceito.

Nezlek e Allen (2006) sugerem que uma crescente confiança no suporte parental pode dificultar o desenvolvimento pessoal do adolescente, independentemente das redes de apoio social.

No estudo de Diniz e Pinto (2006) constatou-se que o suporte relacional extra-universitário pode ser tomado nas dimensões Amigos e Pais, sendo esta última a sua melhor representante, o que se poderá dever ao facto da amostra do estudo ser constituída sobretudo por estudantes deslocados e raparigas, grupos mais sensíveis à necessidade de suporte parental. Num estudo posterior, a dimensão suporte de amigos representou melhor o fenómeno de suporte relacional extra-universitário, o que parece estar relacionado com as características da amostra, que engloba não só estudantes tradicionais, como também estudantes que estudam longe do seu país, e é maioritariamente constituída por sujeitos do sexo masculino (Diniz & Rodrigues, 2008).

Num estudo da relação entre satisfação com o SS e os índices de depressão em adolescentes e jovens adultos, verificou-se que o grupo etário entre os 16 e os 18 anos apresenta mais SS que os indivíduos entre os 19 e 21 anos. Estas diferenças podem dever-se ao facto dos jovens necessitarem de concentrar-se mais na actividade escolar ou profissional que estão a desenvolver, sendo-lhes exigido um maior empenho, deixando assim um pouco de lado as relações sociais. No entanto, os adolescentes encontram-se mais ligados à família pois

têm menor idade e dependem mais desta. É também comum nesta fase que os adolescentes se envolvam em actividades extracurriculares por terem mais tempo disponível (Claudino, Cordeiro, & Arriaga, 2006).

Segundo Claudino e colaboradores (2006), os indivíduos do sexo masculino recebem mais suporte do que os do sexo feminino, o que poderá dever-se ao facto de participarem num maior número de actividades sociais e lúdicas. Os rapazes têm mais liberdade e desprendem-se mais da família, acabando por criar laços mais fortes com o grupo de pares, enquanto as raparigas procuram mais rapidamente a autonomia interna, passando só mais tarde a sentir a necessidade de criar laços fora do círculo familiar. Averiguaram também que quanto maior o índice de depressão, menor é o suporte, levando a pensar que quanto menos for a intimidade que o adolescente tiver com aqueles que o rodeiam, assim como quanto menos for a satisfação com a família, com a amizade e com a participação nas actividades sociais, maior será a depressão sentida, uma vez que as bases para o BE estão afectadas.

Segundo Antonucci (in Gurung et al., 2003), as pessoas estão motivadas a manter o tamanho da sua rede social à medida que envelhecem, apesar das mudanças que podem ocorrer na sua constituição. À medida que se toma consciência das forças e fraquezas dos membros da rede, seleccionam-se sujeitos diferentes para variadas funções e dispensam-se os membros que não promovem apoio. A teoria da selectividade socioemocional proposta por Carstensen (in Gurung et al., 2003), propõe que as pessoas suprimem da rede social os membros mais dispensáveis com vista a manter um desejado estado emocional. De facto, as redes sociais de sujeitos mais velhos não são tão extensas como as de sujeitos mais novos, mas, no entanto, o número de relações mais próximas não difere nos vários grupos etários. Portanto, não é necessariamente o tamanho ou estrutura da rede social mas a qualidade das transacções (suporte oferecido e recebido) que condiciona a saúde física e mental.

Os principais efeitos benéficos do suporte a adultos idosos são a moderação de stresse face a experiências de vida como os problemas de saúde, morte do cônjuge ou crises financeiras; o aumento da auto-estima e sentimento de segurança ao ser amado, assistido e cuidado por outros; o aumento do sentido de controlo pessoal, o que tem uma influência positiva no BE psicológico; e a sensação de poder efectuar trocas de modo equilibrado e poder prestar ajuda. Quanto aos efeitos negativos do suporte a adultos idosos, de salientar a falta de auto-estima, a insatisfação, o stresse e a depressão, que resultam do reconhecimento da dependência, falta de autonomia, incapacidade de retribuir ajudas recebidas, sentimento de ser um fardo para os outros e necessidade de suporte financeiro (Cicirelli; Cockerham; Hogan, Eggebeen, & Clogg; Silverstein & Bengston; in Ramos, 2002).

Quando é provida assistência, os receptores do apoio devem ser capazes de expressar gratidão e encorajar os provedores de ajuda a continuar a ser prestáveis. No entanto, a habilidade e complacência do adulto idoso em participar no processo de SS com sucesso pode relacionar-se com dois factores, as competências sociais e a percepção da necessidade de autonomia e independência (Krause & Shaw, 2002).

Na sociedade ocidental, que supervaloriza a produtividade e espera a reciprocidade, os adultos idosos são pouco poderosos e dependem económica e socialmente dos mais novos, dado que têm menos recursos (como dinheiro, aceitação social, estima, respeito, conselhos e serviços) com que contribuir em situações de troca entre gerações, e, as suas habilidades encontram-se desactualizadas ou afectadas por problemas de saúde. Pode-se argumentar que a quantidade de recursos de poder possuídos pelos adultos idosos é inversamente correlacionada com o grau de modernização social (Ramos, 2002).

Para Rabelo e Neri (2005), a competência comportamental representa a avaliação sócio normativa do funcionamento da pessoa quanto à saúde, ao uso do tempo e às dimensões sociais e cognitivas. Estas competências do dia-a-dia reflectem-se em autonomia e independência, e abrangem as aptidões físicas, cognitivo-emocionais e sociais, em inter-relação com as possibilidades do ambiente. A deficiência na competência comportamental tem impacto no BE e na necessidade de ajuda informal e serviços de saúde dos adultos idosos. A dependência comportamental é a mais temida pelos adultos idosos, segregando-os de outros grupos etários e fazendo com que sejam tidos como incompetentes de acordo com as normas sociais; e a incapacidade funcional refere-se a problemas no funcionamento social e no desempenho de actividades normais da vida diária e de papéis socialmente definidos dentro de um ambiente sociocultural e físico. Os factores psicológicos, médicos e psicossociais são importantes na adaptação à incapacidade e têm grande potencial para determinar em que medida o idoso viverá eficazmente ou com debilidade, dor e dependência.

A teoria da equidade, que deriva da teoria das trocas acima referida, argumenta que descompassos na troca de recursos numa relação podem levar a graves consequências psicológicas. Receber suporte ao mesmo tempo que se pode oferecer ajuda traz benefícios psicológicos, como sentimentos de auto-valorização e BE. Mas, é a inabilidade de retribuir, ao invés da necessidade de assistência, que diminui a auto-estima da pessoa idosa (Gottlieb; Neri; Rook; Stoller; in Ramos, 2002).

As desigualdades nas trocas são menos toleradas em relações casuais, dada a falta de confiança de continuidade no futuro, do que com amigos íntimos, com quem se acredita poder restaurar a equidade no futuro. Dado que as relações com amigos são normalmente

voluntárias, estas apresentam maiores níveis de reciprocidade do que as relações de parentesco, dado o carácter de obrigação que move tais relações. Se um adulto idoso recebe mais ajuda instrumental do que dá, pode levar a efeitos negativos na saúde mental, mas, se necessita de ajuda financeira dos filhos, percepciona-o, geralmente, como uma justa compensação pelos anos de actividades não retribuídas (Rook, in Ramos, 2002).

O relacionamento com amigos está mais associado ao BE psicológico do que o relacionamento com outros membros da rede social. A ligação mútua entre uma díade de amigos contribui para trocas de suporte instrumental e emocional, partilha de intimidade, oportunidade de socialização e aumento de afectos positivos (Jones & Vaughan, 1990). Liang e colaboradores (2001) reconhecem que as normas de responsabilidade filial estão associadas à recepção de suporte instrumental entre adultos idosos e respectivos filhos. E chamam ainda a atenção para a norma de solidariedade existente nas relações mais próximas, no compromisso da pessoa para com aqueles que estima, independentemente dos custos ou do que lhe for retribuído. Esta norma sugere que a solidariedade familiar é muitas vezes suficiente para se sobrepor à norma da reciprocidade. Se num relacionamento íntimo, a preocupação fulcral é o BE do parceiro e responde-se com altruísmo às suas necessidades, sem expectativa de receber uma retribuição específica pela prestação de ajuda, numa relação impessoal, como as relações de negócios ou com desconhecidos, as pessoas estão mais preocupadas em balancear os custos e os benefícios (Väänänen et al., 2005).

A percepção da responsividade do parceiro é essencial para o desenvolvimento e continuidade da proximidade e intimidade na relação (Gleason et al., 2008). As mulheres têm sido descritas como provedoras de mais suporte ao parceiro do que os maridos e o seu apoio apresenta maior probabilidade de promover *coping* e BE. Mas, recentemente, não se encontram diferenças na quantidade ou tipo de suporte provido por maridos ou mulheres ao seu cônjuge, estando ambos igualmente capacitados para prover suporte ao cônjuge. Cônjuges que recebem mais apoio, geralmente referem mais satisfação matrimonial e experiências mais positivas ao longo do casamento, enquanto uma falta de suporte do parceiro relaciona-se com a insatisfação relacional e não consegue ser colmatada com suporte de outras fontes. Uma vez que se leva em consideração o suporte do cônjuge, o suporte provido por outras pessoas significativas deixa de ser preditos do BE individual (Neff & Karney, 2005).

Neff e Karney (2005) notaram que maridos que experienciam níveis mais elevados de stresse dizem receber mais apoio das suas mulheres. O stresse, nos maridos, não se associa com percepções de suporte negativo nas mulheres. Pelo contrário, mulheres que experienciam mais stresse não constatam mais apoio dos seus maridos e tendem a salientar a recepção de

maior quantidade de comportamentos negativos dos maridos. Os comportamentos conflituais ou negativos, num contexto de stresse, têm efeitos negativos no BE e são independentes e mais fortes do que os efeitos benéficos do suporte positivo. Então, o suporte positivo de alguém próximo pode proteger o indivíduo dos efeitos negativos do stresse apenas se esse alguém não for também uma fonte de conflito.

As mulheres respondem mais positivamente às mudanças do nível de stresse no parceiro do que os maridos, o que se poderá dever ao facto de recorrerem a estratégias de solicitação de suporte indirectas, em vez de pedirem especificamente ajuda, o que pode deixar os maridos não cientes de que a parceira deseja apoio ou de que se registaram mudanças a nível de stresse. As mulheres são também mais empáticas e melhores na leitura de expressões emocionais não verbais do que os homens. Por outro lado, os homens têm maior tendência do que as mulheres a culpar o indivíduo que pede ajuda, a sentirem menos simpatia por ele, a ressentirem o facto de desempenharem o papel de provedores de ajuda e a exteriorizar o ressentimento, adoptando comportamentos prejudiciais (Neff & Karney, 2005).

Para Crohan e Antonucci (in Gurung et al., 2003), se os familiares providenciam mais frequentemente suporte instrumental, os amigos providenciam mais suporte emocional e companhia. Contrariamente, Krause, Liang e Keith (1990) encontraram uma maior probabilidade do suporte emocional a adultos idosos ser providenciado por familiares. O suporte dos amigos é da maior importância nas áreas mais urbanizadas, onde é maior a taxa de mobilidade populacional e a fragmentação de laços familiares (Thompson & Heller, 1990). Felton e Berry (1992) afirmam que o suporte instrumental a adultos idosos contribui mais para o BE quando providenciado por familiares do que não familiares, enquanto o suporte emocional contribui mais para o BE quando providenciado por não familiares do que por familiares. Acrescentam que a reafirmação de valor é mais benéfica quando promovida por não familiares do que por familiares.

Alguns autores defendem a ideia de que os adultos idosos passam a maior parte do seu dia sozinhos e têm redes sociais menos extensas do que outros grupos etários. O isolamento social e a diminuição das interacções sociais relacionam-se com um empobrecimento cognitivo e das competências sociais, efeitos neurofisiológicos, angústia psíquica resultante das percepções de inadequação qualidade das relações bem como da quantidade de interacções sociais. Uma dimensão do isolamento social, o isolamento quantitativo, remete para os deficits de integração na rede social, enquanto o isolamento subjectivo envolve as percepções de falta de apoio (desamparo) e alienação. É possível que um indivíduo

quantitativamente isolado não perceba a falta de suporte, ou que um indivíduo integrado numa rede social se sinta isolado e desamparado (Thompson & Heller, 1990).

Gurung e colaboradores (2003) revelam que o tamanho da rede social e as fontes de suporte são importantes para a recepção de suporte e que indivíduos com redes sociais mais extensas têm maior probabilidade de referir um aumento do suporte emocional e instrumental de amigos e familiares, presumivelmente porque se esforçaram e trabalharam para manter a sua rede social. No seu estudo denotaram que o suporte emocional se mantém estável ao longo do tempo, o que é benéfico, dadas as flutuações das transacções sociais que podem influenciar negativamente a confiança dos sujeitos nas relações e a saúde mental. Quanto à recepção de suporte instrumental, notaram um aumento moderado ao longo do ciclo-de-vida, sugerindo que a manutenção de redes sociais e outros próximos serve uma variedade de funções de suporte.

Para Antonucci (in Rabelo & Neri, 2005), pessoas com amplas redes sociais têm mais ajuda em situações de doença, e as pessoas que percepcionam mais suporte enfrentam melhor as enfermidades, o stresse e outras experiências de vida difíceis. Acreditam que o suporte estimula o senso de controlo e auto-eficácia, já que os membros da rede social são capazes de promover no indivíduo a crença da capacidade de controlar o seu ambiente e ser bem sucedido.

Liang e colaboradores (2001) referem que o suporte é dado e recebido consoante a necessidade ou imperativos como o decréscimo de saúde ou viuvez e, Krause e colaboradores (1990), salientam que doenças físicas podem aumentar a quantidade de suporte provido por outros. Lamb (in Rabelo & Neri, 2005) verificou que os indivíduos mais incapacitados funcionalmente e com perfis mais depressivos apresentam mais saúde percepcionada negativamente, *scores* de humor mais baixos e menor satisfação com a frequência de contacto e visitas de amigos e familiares; enquanto sujeitos muito deprimidos têm menor suporte instrumental em termos de parentes disponíveis. Greer, Morris e Pettingale (in Gurung et al., 2003), referem que sujeitos com espírito lutador, motivados para a auto-preservação, sobrevivem mais tempo com cancro do que sujeitos que se sentem desamparados ou menos optimistas sobre as suas hipóteses de sobrevivência. Clarke (in Rabelo & Neri, 2005), constatou que sobreviventes de AVC com uma grande rede de SS percebiam grandes oportunidades de crescimento pessoal, e os mais satisfeitos com o seu suporte tiveram *scores* mais altos nas relações positivas com outros e na auto-aceitação.

Segundo Brown (2003), dar suporte é protector para viúvas. Os resultados indicam que as viúvas que aumentam a quantidade de suporte provido têm menor probabilidade de

desenvolver sintomas depressivos do que as que não aumentam. Também os pacientes em diálise que dão suporte têm níveis mais baixos de sintomas depressivos ao longo do tempo. Zettel e Rook (2004), defendem que apesar de muitas viúvas estabelecerem laços sociais de substituição, depois da morte do seu cônjuge, parece pouco provável que estes laços possam compensar totalmente a perda de um parceiro. Não se pode substituir uma relação que durou muitos anos, apesar das pessoas tentarem preencher este vazio esforçando-se por encontrar o apoio e companhia que precisam nos outros. O suporte provido por novas relações pode ou não conferir os mesmos benefícios psicológicos e BE que o suporte provido por um cônjuge.

Krause e Shaw (2002) referem que as práticas de socialização para o género feminino e masculino exercem um profundo efeito nas relações sociais. As raparigas são encorajadas a criar estreitos laços emocionais com os outros e a estar atentas às necessidades dos membros da sua rede social. Por outro lado, os rapazes são ensinados a ser competitivos e orientados para a concretização de metas e objectivos. Em resultado, os homens têm menos probabilidade do que as mulheres de procurar ou receber ajuda de pessoas que conheçam. Os efeitos destas práticas de socialização mantêm-se constantes ao longo do ciclo-de-vida.

Assim, as mulheres idosas têm melhores competências sociais do que os homens e maior facilidade em pedir e dispensar assistência, e, geralmente, recebem mais suporte da rede social do que os homens (Krause & Shaw, 2002).

“As mulheres têm redes sociais maiores e mais multifacetadas, percebem melhor a disponibilidade de suporte, dão mais suporte e têm melhores capacidades interpessoais do que os homens. Na velhice, essas capacidades tornam-se significativamente mais úteis na expansão e no fortalecimento das redes de suporte social. Além disso, as mulheres fazem melhor uso das instituições socialmente organizadas” (Antonucci; Haden; in Rabelo & Neri, 2005, p.406).

As mulheres dão e recebem mais apoio ao longo da vida e retiram mais benefícios das interacções na rede social. Para os homens, as amizades e actividades não familiares decrescem com a idade, enquanto as amizades fora do ciclo familiar tendem a manter-se para as mulheres, que dizem receber mais suporte de amigos e filhos (Gurung et al., 2003).

Krause e Shaw (2002) referem que mulheres jovens a viver na pobreza preferem permanecer isoladas do que pedir assistência à sua rede social, já que isso traria obrigações que elas pensam não conseguir cumprir. As relações que mantêm caracterizam-se por sentimentos de traição, dependência opressiva e sacrifício em prol de outrem.

O homem idoso valoriza a autonomia e independência e o seu sucesso define-se, segundo a expectativa para o papel social do género masculino, em termos de poder e

estabilidade financeira. Assim, o idoso que não consiga cumprir as expectativas pode recorrer a uma retirada social e isolamento, para que os outros não se deparem com o seu insucesso. Pode ser especialmente difícil para os homens idosos aceitar ajuda para problemas que deveriam resolver sozinhos (Krause & Shaw, 2002).

Segundo Depner e Ingersoll-Dayton (1988), o reduzido número de irmãos em adultos idosos associa-se com uma diminuição de trocas emocionais e apoio à saúde; quanto mais velho for o idoso menos providenciará apoio à saúde e suporte emocional aos filhos; os homens têm menor probabilidade de incluir os amigos na sua rede de suporte, recebem menos suporte emocional de amigos, nomeiam menos amigos a quem respeitam, sentem-se respeitados por menos amigos, e oferecem suporte emocional e cuidados de saúde a menos amigos do que as mulheres; os adultos idosos mais velhos não recebem menos suporte do que os mais novos; as mulheres com menos de 65 anos têm maior probabilidade de ter um confidente, começando o seu isolamento social por volta dos 75 anos; e homens que sobrevivem até uma idade avançada têm maior probabilidade do que outros sujeitos do sexo masculino de possuir mais competências adaptativas e recursos sociais.

Um efeito do aumento da idade remete para o decrescimento da quantidade de suporte provido. Adultos quinquagenários dão mais suporte do que recebem, enquanto adultos idosos dão e recebem quantidades idênticas de apoio. Este decréscimo da quantidade de suporte provido pode dever-se às limitações físicas, mudanças nas necessidades emocionais e menor oportunidades de providenciar suporte. Depner e Ingersoll-Dayton (1988) salientam também que o suporte de amigos se mantém estável ao longo do ciclo-de-vida, sugerindo que à medida que se perdem velhas amizades, iniciam-se novas amizades. O suporte de irmãos é mais escasso entre adultos idosos, dado não se poder substituir o estatuto de parentes próximos que se perdem.

Os adultos idosos com mais de 75 anos recebem uma quantidade de suporte comparável com a dos mais novos (50-74 anos), mas providenciam menos suporte do que os mais novos. Tanto os homens como as mulheres parecem receber quantidades de suporte estáveis ao longo do tempo. A maior área de mudança centra-se na quantidade de suporte que dão, que parece decrescer com a idade. Os mais velhos querem manter o papel de provedores de apoio e, tendo em conta que a reciprocidade é importante para o BE, devem desenvolver-se oportunidades criativas para que adultos idosos possam proporcionar apoio (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988).

A extroversão, enquanto traço de personalidade, afecta outras dimensões como a sociabilidade, a assertividade, a habilidade para empatizar com outros, as atitudes positivas

face ao outro, as competências sociais, e é directamente relevante para transacções de suporte bem sucedida; e a aquiescência consiste na tendência em apresentar-se de acordo com as normas e expectativas sociais. Estes dois traços de personalidade reduzem quantitativamente o impacto negativo do suporte nos sintomas psicológicos, alteram qualitativamente o seu impacto nos afectos negativos e estão associados a uma maior probabilidade de dar ou receber suporte (Lu, 1997).

As percepções de controlo em interacções como a capacidade de utilizar o telefone, transportes públicos ou conduzir um carro, tem-se revelado crítica ao equilíbrio psicológico (Newson & Schulz, 1996).

Para Newson e Schulz (1996), a perda de destreza física está associada a menor contacto com familiares e amigos, a uma redução do sentimento de pertença e disponibilidade de suporte, e a uma tendência a providenciar menos assistência material aos outros.

Nezlek e Allen (2006) referem que os acontecimentos negativos, tais como o insucesso, relações angustiantes ou fatalidades, levam a uma maior procura de suporte instrumental e emocional do que acontecimentos positivos. Ao procurarem apoio, as pessoas esperam ressegurar a sua confiança num futuro melhor, o que pode ser extremamente reconfortante. Consideram o suporte um moderador da relação entre BE e acontecimentos negativos do dia-a-dia, embora esta relação de moderação varie drasticamente em função das fontes de suporte. Através dos resultados obtidos na sua investigação, associaram mais SS recebido de amigos com um decréscimo da reactividade a eventos negativos, enquanto mais suporte recebido de familiares está associado a um aumento da reactividade. Acrescentam que os acontecimentos negativos são menos stressantes para quem pode recorrer ao apoio de outras pessoas. Por outro lado, o suporte pode ser visto como uma forma de dependência, ou seja, o próprio não precisa de recorrer a outra pessoa porque provavelmente não tem recursos ou competências para lidar com os problemas que experiencia, e, neste contexto, elevado SS pode reflectir uma forma de fraqueza.

A auto-estima é um mediador do efeito do suporte no optimismo e depressão. Sentir-se socialmente integrado e manter contactos sociais frequentemente podem ser uma forma de regulação social, o que ajuda doentes crónicos a manter um humor positivo e optimismo. Uma falta de vínculos ou sentido de pertença podem levar a isolamento social, solidão, despersonalização e baixa auto-estima, que podem promover o desespero e humor negativo. Vínculos sociais e sentimentos de pertença podem reduzir a depressão, e, juntamente com a percepção de disponibilidade de suporte, levar a um aumento do optimismo (Symister & Friend, 2003).

Payne, Bergin, Bielema e Jenkins (in Commerford & Reznikoff, 1996), denotaram uma forte relação entre percepção de SS e religiosidade. Indivíduos religiosos tendem a percepcionar a família como mais calorosa, referem maior satisfação matrimonial e com a vida familiar em geral.

Sarason e colaboradores (1983) verificaram que pessoas com pouco SS e insatisfeitas com os relacionamentos são significativamente menos felizes, ansiosas, introvertidas, mais preocupadas em conseguir sucesso material, mais lábeis, mais pessimistas sobre o presente e futuro, e com maior probabilidade de passar por fases de desorganização emocional. Contrariamente, pessoas com mais SS, revelam-se mais optimistas acerca da sua situação actual e futura, com mais auto-estima, com mais experiências positivas ou com uma visão mais optimista das suas experiências, mais envolvidas em relacionamentos no presente, com uma maior crença de controlo sobre os acontecimentos positivos, com uma menor crença de controlo sobre os acontecimentos negativos, e com maior nível de satisfação. O SS, em interacção com o locus de controlo, relaciona-se significativamente com persistência, empenho cognitivo numa tarefa complexa, desafiante ou frustrante, tendo a persistência um importante papel nas sucessivas adaptações ao longo do ciclo-de-vida.

Em mulheres, pouco SS parece estar associado a memórias da relação primária relativamente desagradáveis e mais sintomatologia em perturbações afectivas (Sarason et al., 1983). Segundo Lu (1997), recebem mais suporte mulheres, pessoas instruídas, extrovertidos, pessoas com forte controlo interno e aqueles que têm maior riqueza de recursos sociais.

O isolamento quantitativo e uma baixa percepção de suporte familiar relacionam-se com solidão e insatisfação, a percepção de défices no suporte familiar está associada a afectos negativos e o isolamento quantitativo está associado a atitudes face ao envelhecimento. Mulheres com baixa percepção de suporte familiar têm maior probabilidade de estar deprimidas e mulheres isoladas têm maior probabilidade de estar cientes dos aspectos negativos da terceira idade (Thompson & Heller, 1990).

Bossé, Aldwin, Levenson, Workman-Daniels e Ekerdt (1990) referem outra importante fonte de apoio, os colegas de trabalho, e constatam que as pessoas reformadas há mais tempo referem menos suporte do que pessoas empregadas ou recentemente reformadas. Apesar dos reformados considerarem os colegas de trabalho amigos, não recorrem a eles em situações de stresse (problemas financeiros, matrimoniais ou sociais), ao contrário das pessoas ainda empregadas, o que se poderá dever ao facto dos reformados terem novos papéis e necessidades, e um novo estilo de vida, que pode dispensar o suporte dos colegas de trabalho. Uma rede social mais reduzida pode ser perfeitamente adequada às circunstâncias e outros

indivíduos da rede podem começar também a prover mais apoio. Segundo Mallinckrodt e Fretz (1988), o suporte provido por supervisores ou colegas de trabalho é benéfico na moderação dos efeitos do stresse laboral, enquanto o suporte do cônjuge ou amigos fora do local de trabalho é menos eficiente na moderação dos efeitos do stresse laboral. Estes resultados sugerem que o suporte recebido de outros que enfrentam circunstâncias de vida similares poderá ter mais efeitos positivos do que o apoio de outras fontes.

Krause et al. (1990) referem que a reforma está associada à diminuição de suporte – adultos idosos que não trabalham fora de casa têm menos contactos sociais do que aqueles que ainda trabalham. Também os adultos idosos com mais contactos sociais (sobretudo familiares) recebem mais suporte emocional do que aqueles com menos contactos sociais, e maiores quantidades de suporte emocional tendem a assegurar a percepção de disponibilidade de suporte no futuro. As suas investigações revelam que os adultos idosos mais extrovertidos tendem a manter mais contactos sociais do que os mais introvertidos, sobretudo com amigos; os casados mantêm mais contactos com membros familiares enquanto os não casados mantêm mais contactos com amigos; os casados relatam receber mais suporte emocional do que os não casados; e, a situação de emprego (reformado ou empregado) parece não ter impacto sobre o processo de suporte.

Segundo Krause e Shaw (2002), adultos idosos que beneficiam de assistência pública tendem a receber menos suporte com o passar do tempo, estão menos satisfeitos com a assistência que recebem e enumeram mais interacções negativas do que aqueles que não beneficiam de assistência pública. Os adultos idosos que recorrem a programas de assistência pública para serem ajudados relativamente a problemas económicos, têm uma grande probabilidade de ter familiares que também lutam contra problemas financeiros. Consequentemente, providenciar assistência quando recursos pessoais são escassos pode desencadear sentimentos de ressentimento (Krause & Shaw, 2002).

Viver em comunidade ou numa instituição, viver sozinho, com familiares ou outras pessoas, proporcionam diferentes oportunidades ao sujeito de contactos sociais. Adultos idosos residentes em lares tendem a sentir-se sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais num dia-a-dia monótono; em contrapartida vivem menos agitados. Os adultos idosos residentes na comunidade vivem mais satisfeitos; os que experimentam um reduzido BE, tal fica a dever-se ao “sentir-se só” e à falta de apoio adequado mesmo para a realização de tarefas de rotina (Paúl & Fonseca, 2005). Allan e Adams (in Commerford & Reznikoff, 2001), constataram que sujeitos institucionalizados revelam uma grande tendência a afirmar que não têm amigos. Uma das explicações poderá ser a idade avançada (mais de 80 anos), a

perda de contacto devido a morte ou mudanças geográficas de residência, a perda de reciprocidade nos relacionamentos, a mudança de status social ou a diminuição de partilha de experiências diárias comuns.

As enormes diferenças entre o campo e a cidade no que diz respeito ao ambiente físico e social, à história e estilo de vida dos indivíduos, parecem não influenciar o sentimento predominante de solidão que se verifica nas populações idosas das duas comunidades. As atitudes face ao próprio envelhecimento são significativamente mais negativas nos adultos idosos urbanos e o mesmo acontece com a ansiedade/agitação. Os adultos idosos rurais são mais activos, mais autónomos, e as principais transições de vida são suaves, sem provocar rupturas assinaláveis (Paúl & Fonseca, 2005).

Para um envelhecimento mais bem sucedido, Baltes e Baltes (in Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006), definem sete proposições essenciais. As premissas basilares desta teoria são a heterogeneidade do processo de envelhecimento e a existência de capacidades de reserva, que podem ser utilizadas perante o declínio de determinadas competências. Enquanto defendem a continuidade desenvolvimental dos ganhos e perdas ao longo do ciclo-de-vida, consideram que existem limites impostos pela idade para a adaptação e plasticidade comportamental, resultando num aumento progressivo das perdas e uma consequente diminuição dos ganhos.

Para se conseguir um envelhecimento produtivo é crucial combater a imagem vigente dos adultos idosos como pessoas frágeis, dependentes e não produtivas, um fardo para a sociedade e para as gerações mais jovens. Consideram-se como características subjacentes ao conceito a actividade significativa e satisfatória, em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida. Encontram-se duas dimensões inerentes: uma objectiva, que enfatiza os contributos realizados pelo idoso para com os seus familiares, grupo social ou comunidade, e uma visão subjectiva, que privilegia a componente afectiva do processo, no sentido das suas consequências positivas em termo de BE e qualidade de vida no idoso (Gonçalves et al., 2006).

Opostamente à incapacidade e dependência, o paradigma subjacente ao envolvimento produtivo valoriza o papel desempenhado pelos adultos idosos, bem como os contributos que prestam, sendo agentes activos no seu envelhecimento, podendo continuar as tomadas de decisão de modo significativo. As tarefas desempenhadas no meio familiar, onde os papéis são desempenhados através da transferência de tempo, da translação de dinheiro e da função educativa dos netos, funcionam como factor promotor do BE dos adultos idosos, podendo, no entanto, a acumulação de tarefas conduzir ao declínio do mesmo. A integração numa estrutura

de voluntariado permite a manutenção de relações interpessoais, diminuindo o isolamento e o impacto negativo deste na saúde; o estabelecimento de novas relações e a aquisição de novos papéis tem um impacto positivo na saúde e no BE, prevenindo a perda de identidade e a doença mental; a continuidade no porto de trabalho é uma fonte de auto-realização e satisfação, permitindo a manutenção do sentimento de utilidade social e familiar (Gonçalves et al., 2006).

Para Brown (2003), um vínculo, ou seja, uma experiência de sentimentos que envolvem afecto, proximidade, compromisso e continuidade, ajuda os sujeitos a suprimir as suas tendências egoístas, de modo a que consigam promover o BE de outra pessoa. O vínculo parece ter sido uma consequência do processo de selecção natural, pelo qual tendemos a procurar indivíduos de quem pensamos precisar e pensamos precisarem de nós. O autor sugere que a nossa afeição aos outros e a nossa natureza social pode-se basear no valor do que fazemos pelos outros, em oposição ao que os outros fazem por nós. Se assim for, uma relação romântica satisfatória poderá ser aquela onde um sujeito sente que contribui de modo importante para o parceiro, um vínculo infantil pode requerer que a criança se sinta prestável e útil aos seus pais, e o valor do SS para a saúde depende tanto (senão mais) do que é dado como do que é recebido. O melhor modo de ajudar os adultos idosos poderá ser providenciar-lhes oportunidades de se sentirem úteis, de modo a que sintam que o seu contributo é importante para os outros.

Referências

Barling, J., MacEwen, K. E., & Pratt, L. I. (1988). Manipulating the type and source of social support: An experimental investigation. *Canadian Journal of Behavioral Science, 20*(2), 140-153.

Bossé, R., Aldwin, C. M., Levenson, M. R., Workman-Daniels, K., & Ekerdt, D. J. (1990). Differences in social support among retirees and workers: Findings from the normative aging study. *Psychology and Aging, 5*(1), 41-47.

Brown, S. L. (2003). Na altruistic reanalysis of the social support hypothesis: The health benefits of giving. *New Directions for Philanthropic Fundraising, 42,* 49-57.

Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science, 14*(4), 320-327.

Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos: Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. *Revista Iberoamericana de Educación, 39*(6), 1-9.

Commerford, M. C., & Reznikoff, M. (1996). Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home residents. *The Journal of Psychology, 130*(1), 35-50.

Depner, C. E., & Ingersoll-Dayton, B. (1988). Supportive relationships in later life. *Psychology and Aging, 3(4),* 348-357.

Diniz, A. M., & Pinto, M. S. (2006). Escala de Suporte Relacional Extra-Universitário (ESREU): Metodologia de construção e validação. *Psicologia e Educação, 5*(1), 89-102.

Diniz, A. M., & Rodrigues, C. M. (2008). Escala de Suporte Relacional Extra-Universitária (ESREU): Adaptação para estudantes do ensino superior de forças militares e policiais. Comunicação apresentada na XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Braga.

Felton, B. J., & Berry, C. A. (1992). Do the sources of the urban elderly´s social support determine its psychological consequences? *Psychology and Aging, 7*(1), 89-97.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues, 58*(4), 645-659.

Gleason, M. E. J., Iida, M., Shrout, P. E., & Bolger, N. (2008). Receiving support as a mixed blessing evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*(5), 824-838.

Gracia, E., & Herrero, J. (2004). Personal and situacional determinants of relationship-specific perceptions of social support. *Social Behavior and Personality, 32*(5), 459-476.

Gonçalves, D., Mantín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(1), 137-143.

Gurung, R. A. R., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: Insights from the MacArthur studies of sucessful aging. *Psycholgy and Aging, 18*(3), 487-496.

Jones, D. C., & Vaughan, K. (1990). Close friendships among senior adults. *Psychology and Aging, 5*(3), 451-457.

Krause, N., Liang, J., & Keith, V. (1990). Personality, social support, and psychological distresse in later life. *Psychology and Aging, 5*(3), 315-326.

Krause, N., & Shaw, B. A. (2002). Welfare participation and social support in late life. *Psychology and Aging, 17*(2), 260-270.

Liang, J., Krause, N. M., & Bennett, J. M. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and Aging, 16*(3), 511-523.

Lu, L. (1997). Social support, reciprocity and well-being. *The Journal of Social Psychology, 137*(5), 618-628.

Luo, A., & Argyle, M. (1992). Receiving and giving support: Effects of relationships and well-being. *Counselling Psychology Quarterly, 5*(2), 123-133.

Mallinckrodt, B., & Fretz, B. R. (1988). Social support and the impact of job loss on older professionals. *Journal of Counseling Psychology, 35*(3), 281-286.

Neff, L. A., & Karney, B. R. (2005). Gender differences in social support: A question of skill or responsiveness? *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 79-90.

Newson, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging, 11*(1), 34-44.

Nezlek, J. B., & Allen, M. R. (2006). Social support as a moderator of day-to-day relationships between daily negative events and daily psychological well-being. *European Journal of Psychology, 20,* 53-68.

Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal.* Lisboa: Climepsi.

Ponte, A. C., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do Mos Social Support Survey. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Edts.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde (pp. 53-56). Lisboa: ISPA.

Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo, 10*(3), 403-412.

Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias, 7*, 156-193.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 17*(3), 547-558.

Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de 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.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 127-139.

Strazdins, L., & Broom, D. H. (2007). The mental health costs and benefits of giving social support. *International Journal of Stresse Management, 14*(4), 370-385.

Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology, 22*(2), 123-129.

Thompson, M. G., & Heller, K. (1990). Facets of support related to well-being: Quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. *Psychology and Aging, 5*(4), 535-544.

Väänänen, A., Buunk, B. P., Kivimäki, M., Pentti, J., & Vahtero, J. (2005). When it is better to give than to receive: Long-term health effects of perceived reciprocity in support exchange. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*(2), 176-193.

Zettel, L. A., & Rook, K. S. (2004). Substitution and compensation in the social networks of older widowed women. *Psychology and Aging, 19*(3), 433-443.