



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º
CICLO) EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA CLÍNICA E DA SAÚDE

***“Suporte Social e Familiar no Envelhecimento
Saudável de Idosos Institucionalizados”***

Joana Duque Paiva

Covilhã
2010



Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Doutor Henrique Pereira apresentado à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o 9463.



Resumo

O objectivo deste estudo foi examinar a relação entre suporte social e familiar com o envelhecimento saudável em idosos institucionalizados. Participaram neste estudo 100 indivíduos institucionalizados (54% do sexo masculino e 46% do sexo feminino), com idade igual ou superior a 65 anos de idade, sendo que a média de idades é de 76,06 (DP= 5,49 e as idades variam entre 66 e 88 anos).

Foram utilizados quatro instrumentos: um questionário sócio-demográfico, inventário de percepção do suporte familiar (Baptista, 2005) ($\alpha = 0,93$), escala de satisfação social (Pais Ribeiro, 1999) ($\alpha = 0,85$) e escala de ânimo de Lawton (1975) (nível 1 $\alpha = 0,75$; nível 2 $\alpha = 0,71$; nível 3 $\alpha = 0,71$). A amostra foi recolhida por conveniência em dois lares do concelho de Viseu. Os resultados do estudo indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de ânimo e os níveis de suporte social ($F(12;98) = 20,141$; $p < 0,001$), da mesma forma quando analisados os resultados da escala de ânimo em função da escala de suporte familiar os resultados são igualmente significativos ($D(12;87) = 36,880$; $p < 0,001$).

Abstract

The purpose of this study was to examine the relationship between social support and family support with healthy aging in institutionalized elderly. The sample consisted of 100 institutionalized individuals (54% male and 46% female) aged less than 65 years of age, and the average age is 76.06 (SD = 5.49 and ages range between 66 and 88 years).

We used four instruments: a socio-demographic questionnaire, inventory perception of family support (Baptista, 2005) ($\alpha = 0.93$), social satisfaction scale (Pais Ribeiro, 1999) ($\alpha = 0.85$) and scale courage to Lawton (1975) ($\alpha = 0.75$ level 1, $\alpha = 0.71$ level 2, $\alpha = 0.71$ level 3). The sample was drawn for convenience in two homes in the municipality of Viseu. The study results indicate that statistically significant differences between the levels of mind and levels of social support ($F(12, 98) = 20.141$, $p < 0.001$), similarly when analyzed the results of the scale depending on the mood family support scale the results are equally significant ($D(12, 87) = 36.880$, $p < 0.001$).



Agradecimentos

Nesta secção, pretendo agradecer a todos aqueles que me apoiaram durante a realização do estágio, assim como na realização deste relatório.

Em primeiro lugar, agradeço a disponibilidade do meu orientador, Prof. Dr. Henrique Pereira, que apesar da sobrecarga profissional e pessoal, se demonstrou desde logo interessado e disponível para me ajudar em tudo o que estivesse ao seu alcance. Um muito obrigado, pelo seu empenho, saber e dedicação.

Aos meus pais, pois sem a sua insubstituível dedicação, apoio, cooperação e conselhos pertinentes, não me seria de todo possível iniciar e finalizar este curso de forma positiva, pois foram eles os responsáveis de uma estabilidade económica e pessoal.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinha, agradeço pelo tempo e disponibilidade, bem como pelos momentos de ajuda e de lazer.

Ao Nuno, por seres tão especial, e por teres sido quase sempre o meu porto de abrigo e me apoiares nas minhas decisões, mesmo quando as coisas não me corriam tão bem como desejava.

Aos meus amigos, por sempre terem sido solidários, amigos, dedicados, apoiaram-me sempre e ajudaram-me a descontraír, nos momentos de descanso e recuperação de energias.

Agradeço à Universidade da Beira Interior, que me permitiu crescer enquanto pessoa e futura profissional.

Ao Lar de São José e ao Lar Viscondessa de São Caetano, local onde recolhi os dados, e tão bem fui recebida, e um agradecimento especial aos participantes da investigação que tornaram o estudo possível.

Por último, dedico-te o atingir desta meta, a ti avó, pois sei que gostarias de estar aqui para me ver alcançar este meu grande objectivo, sei que estás orgulhosa.



Índice

Introdução	7
1.A velhice na Sociedade Contemporânea.....	9
1.1 O Envelhecimento Populacional	9
2.Considerações sobre o envelhecimento.....	12
2.1 Teorias sobre o envelhecimento.....	14
2.2 Tarefas de Desenvolvimento na Velhice.....	19
2.3 Revisão da vida.....	20
2.4. Envelhecimento Bem Sucedido	21
2.5 Estereótipos e imagens depreciativas dos idosos	23
2.6 Questões Psicológicas do Envelhecimento	29
3.Suporte Comunitário.....	31
4.Importância das Relações Familiares na Velhice	35
5. Institucionalização na Velhice.....	41
6.Bem-Estar	42
6.1 Bem-Estar Subjectivo	43
6.2 Bem-Estar Psicológico	44
II Corpo empírico.....	48
1.Apresentação do Estudo, objectivos e hipóteses.....	48
2. Método	50
2.1.Participantes.....	50
2.2. Instrumentos.....	53
2.3. Procedimentos	55
2.4 Análise dos Dados.....	56
III Resultados	57
IV Discussão dos resultados e conclusões.....	63
V Conclusões	66
Bibliografia	67
ANEXOS.....	73
Anexo 1- Questionário Rede Familiar e Rede Social no Envelhecimento Saudável de Pessoas Idosas Institucionalizadas	74

Índice de Figuras

Figura 1- Distribuição das idades da amostra	50
Figura 2- Distribuição da população da amostra que tem filhos, em função do contacto	57
Figura 3 Grau de Satisfação com Relacionamento Familiar em função do Género	58
Figura 4 - Grau de Satisfação com Relacionamentos de Amizade em função do Género ..	58

Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição da Amostra em função das variáveis sociodemográficas	49
Tabela 2 Distribuição da amostra em função no nível de escolaridade	51
Tabela 3 Distribuição da amostra de acordo com estatuto socioeconómico	51
Tabela 4 Distribuição da amostra em função do tempo de institucionalização	51
Tabela 5 - Distribuição da amostra em função do grau de satisfação com os Relacionamentos de Amizade	56
Tabela 6 - Distribuição da amostra em função do Grau de Satisfação com o Relacionamento familiar	56
Tabela 7 - Distribuição do Grau de Satisfação com Relacionamento Familiar em função das variáveis sociodemográficas	59
Tabela 8 - Grau de Satisfação com Relacionamentos de Amizade em função das variáveis sociodemográficas	59
Tabela 9 - Grau de Satisfação com Relacionamento Familiar em função do contacto filial .	60
Tabela 10 - Grua de Satisfação com os Relacionamentos de Amizade em função da existência de bons amigos	60
Tabela 11 - Resultados da Escala de Ânimo em função dos resultados da escala de Suporte Social (ESSS) e do Inventário de Suporte Familiar (IPSF)	61
Tabela 12 - Resultados da Escala de Ânimo função do grau de satisfação com o relacionamento familiar e o grau de satisfação com os relacionamentos de amizade	61



Introdução

Actualmente verifica-se na sociedade portuguesa uma tendência para o crescimento da população idosa, daí que advenha também uma maior necessidade de estudar o processo de envelhecimento e as várias transformações e exigências que dele decorrem (Fonseca, 2005).

Apesar de existirem investigações na área da velhice, não é ainda um tema muito estudado ao nível de investigações transversais que relacionem conceitos e teorias. O interesse pelo estudo do desenvolvimento adulto ressurgiu nos anos 60 e 70, a par de um aumento demográfico da população idosa.

Segundo Fontaine (2000), o envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial, afecta todos os indivíduos e termina com a morte do organismo, é um período englobado no processo de desenvolvimento humano, repleto de mudanças e adaptações. É um período de escolhas, escolhas estas que ditarão a maneira como o idoso viverá essa fase da sua vida.

Os processos de envelhecimento não são homogéneos e colectivos, mas sim individuais, uma vez que variam de pessoa para pessoa, embora possam existir pontos convergentes, a percepção e forma de lidar com as características do processo, dependem dos traços individuais de cada um (Paúl, 1992).

A adaptação a esta fase da vida nem sempre é fácil e pacífica, o idoso tem que se adaptar a novas realidades físicas, psicológicas e sociais, e para isso tem que adquirir novas competências, tais como usufruir de um bom suporte social e familiar, são sem dúvida, duas fontes de apoio emocional, psicológico e instrumental, fulcrais para um envelhecimento com maior qualidade (Paúl, 1992).

Um outro aspecto importante está ligado ao contexto habitacional do idoso, segundo um estudo de Barroso (2006), a maioria dos idosos resiste à ideia de deixar a sua casa, é como se perdesse a identidade, trata-se do seu espaço que fica para trás, daqui advém também o facto dos idosos institucionalizados apresentarem índices de depressão e solidão mais elevados, do que idoso que não estão em instituições. Subjacente a esta ideia, Barroso (2006) e Botelho (2001) vão de encontro às ideias de Paúl (1992), demonstrando a necessidade de um suporte familiar e social, como fonte de apoio, além da família também os amigos proporcionam um elevado conforto a todos os níveis, o que permite alcançar o bem-estar mais facilmente.

O bem-estar depende da avaliação que os sujeitos fazem da vida como um todo, são várias as variáveis que influenciam a felicidade e ânimo global.



Neste estudo pretende-se verificar então se o suporte social e familiar contribuem para um envelhecimento bem sucedido, positivo. O trabalho encontra-se organizado em seis partes: corpo teórico (contextualização teórica dos conceitos e teorias pertinentes), corpo empírico (apresentação do estudo e explicação do método), resultados, discussão dos resultados e por último a conclusão.



I Corpo Teórico

1.A velhice na Sociedade Contemporânea

1.1 O Envelhecimento Populacional

A temática do envelhecimento tem vindo a assumir um relevo e uma prioridade inquestionáveis nas sociedades contemporâneas, devido ao envelhecimento demográfico das populações, principalmente dos países desenvolvidos.

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial, pelo que a Organização Mundial de Saúde (2002) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos e em 2050 este número ascenderá para mais de 2 biliões. Segundo a mesma fonte, 80% dessas pessoas vivem em países desenvolvidos.

Desde há alguns anos registaram-se drásticas modificações na estrutura da população, reflectindo-se no aumento da esperança média de vida, por um lado e o aumento da proporção de pessoas idosas na população total, resultante de um decréscimo da taxa de natalidade.

Portugal não é excepção a este quadro. Os últimos dados do INE (2002) apontam para um crescimento contínuo do número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) e para um decréscimo do número de jovens com menos de 14 anos.

No que respeita à esperança média de vida à nascença, os dados do INE dão-nos conta que em 1960 era de 60,7 anos (homens) e de 66,4 anos (mulheres). Em 2001, tais valores eram de 73,7 anos e de 80,6 anos, respectivamente. Relativamente à taxa de natalidade, em 1960, ela era de 23,7% e, em 2001, passou para os 10,8% (uma redução de 12,9%) (I.N.E., 2002).

Comparando os dados conhecidos pelos censos de 1991 com a informação dos últimos censos datados de 2001, verifica-se que em 1991 os idosos representavam 13,6 % da população portuguesa e em 2001 a percentagem de idosos subiu para os 16,4%. Por sua vez, os jovens (0-14 anos) passaram de 20 % para 16%.

Foi em 1999 que, pela primeira vez, estes dois valores se cruzaram, havendo uma proporção mais elevada de idosos (16,4%) do que de jovens (16,0%), no total da população. Assim, nesse ano, o índice de envelhecimento¹ ultrapassou pela primeira vez os 100 indivíduos.

¹ - “Relação existente entre o número de idosos e o de jovens, definido habitualmente como a relação entre a população com 65 e mais anos e a população com 0-14 anos.” (INE, 2002:12)



“Nos últimos 40 anos, a população idosa (com 65 ou mais anos) mais que duplicou, representando actualmente 16,7% do total da população. Por outro lado, e de acordo com as projecções da população mais recentes, dentro de 50 anos este grupo populacional assumirá uma proporção de cerca de 32% do total da população. Em 2002, o índice de envelhecimento, ou seja, a relação entre a população idosa e a população idosa e a população jovem (com menos de 15 anos) é de 106 idosos por cada 100 jovens, prevendo-se que em 2050 seja de 243 idosos por cada 100 jovens”. (Gonçalves e Silva, 2004: 146)

Neste contexto, dois grandes factores estão na origem desta mudança de comportamentos demográficos: progresso tecnológico da medicina, associado a alterações no domínio dos cuidados de saúde e de higiene, pelo que contribuiriam para o aumento da longevidade humana, e as mudanças no domínio dos valores e dos estilos de vida, que propiciaram o surgimento de uma nova concepção da infância e do lugar da criança na família e na sociedade e a conseqüente diminuição da fecundidade. (Pimentel, 2006)

No que respeita aos avanços científicos na área da medicina, da biologia e da engenharia genética, compreendemos que foram criadas condições para o aumento da esperança de vida, com o decréscimo das taxas de mortalidade e morbidade.

Todavia, considerando a complexidade deste fenómeno, contemplamos a mudança dos valores e estilos de vida, como um outro domínio de mudança. Com efeito, os estilos de vida modernos, associados a valores como o individualismo e a liberdade de escolha e, conseqüentemente, à valorização de uma carreira profissional, da realização pessoal e da autonomia individual, ainda que não se imponham sempre como referência normativa dominante, têm contribuído progressivamente para uma diminuição da fecundidade.

Segundo Almeida *et al.* (1998) a queda da fecundidade mostra a generalização na sociedade portuguesa de práticas de controlo dos nascimentos e, com elas, novas formas de encarar o casamento e o lugar dos filhos².

Simultaneamente, assiste-se a um fenómeno de envelhecimento da própria população idosa. Com efeito, enquanto a população idosa portuguesa, no seu conjunto, aumentou 26, 1%, de 1991 para 2001, o subconjunto de 65-74 anos cresceu 21,8%, o de 75-84 anos, 25,9% e o conjunto de pessoas com 85 anos ou mais aumentou 66,0%. (Simões, 2006).

² Estas novas tendências não significam que a família contemporânea tenha perdido a sua centralidade nos contextos sociais em que se enquadra ou no quotidiano dos indivíduos, como referido em análise posterior Contudo, “A procriação resulta agora de uma vontade deliberada e já não de um fracasso do método ou da aceitação inconsciente de um filho. A família assenta agora na vontade dos seus membros.” (Segalen, 1999: 180).



Segundo Bezrukov e Foigt (2005) citando previsões da ONU a propósito da longevidade centenária da Europa, estima-se que o número de europeus até 2025, de 100 ou mais anos de idade aumentará 15 vezes, podendo chegar aos 624.000 idosos.

Considerando estes dados, há cada vez mais pessoas muito idosas³ que, tendencialmente, serão pessoas mais dependentes e que, por sua vez, necessitarão de mais cuidados. Ainda que não se possa estabelecer uma relação directa entre idade avançada e dependência, não podemos ignorar que as pessoas muito idosas estão sujeitas a um elevado grau de morbilidade e, conseqüentemente, estarão mais dependentes da ajuda de terceiros para a satisfação das suas necessidades básicas. Desta forma, pode esperar-se, por um lado que as famílias passem mais anos a cuidar dos pais do que dos filhos, e por outro, que as crianças conheçam os avós e mesmo bisavós numa fase de vida autónoma.

Paralelamente, existem diferenças entre a longevidade feminina e a longevidade masculina. Apesar da esperança média de vida ter vindo a aumentar para os dois sexos, a longevidade feminina destaca-se. Assim, em Portugal, entre 1960 e 2001, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e 13 anos para as mulheres. (INE, 2002).

Com efeito, o facto das pessoas idosas e muito idosas serem primordialmente mulheres tem como consequência directa que a viuvez afecte mais as mulheres do que os homens. Em 2001 (INE, 2002) havia no nosso país 557 883 viúvas para 122 235 viúvos. Em cada 100 viúvos 82 eram mulheres e somente 18 eram homens.

Ora, a viuvez foi descrita como o papel mais difícil e perturbador com que o indivíduo se confronta em toda a sua vida (Hayslip e Panek, 2002 citados por Simões, 2006). A maior longevidade das mulheres tem sido frequentemente associada a um maior empobrecimento relacional, pelo que perdem o cônjuge ou outras pessoas da sua geração com quem mantinham relações privilegiadas, diminuindo os seus contactos sociais.

Assim, para além do impacto emocional, não raras vezes com consequências para a saúde física e mental, a viuvez pode significar igualmente uma diminuição dos recursos materiais financeiros. De acordo com Perista (2004), a população idosa, especificamente as mulheres idosas, têm sido recorrentemente identificadas entre os grupos mais vulneráveis à pobreza no nosso país.

³ Neugarten (1976) propôs uma distinção entre o subgrupo dos jovens idosos (*young – old*), que incluiria os indivíduos com idades compreendidas entre os 65-74 anos e o subgrupo dos muito idosos (*old-old*), com mais de 75 anos de idade.

Depois acrescentou-se mais um subgrupo, constituído pelos idosos médios (*middle-old*), para englobar o período compreendido entre os 75-84 anos. Sobressaem, assim, três classes de idosos: os jovens idosos (65-74 anos), os idosos médios (75-84 anos) e os muito idosos (85 anos ou mais). (Beatty e Wolf, 1996)



2.Considerações sobre o envelhecimento

As preocupações com o envelhecimento não são um tema recente, considerando a aspiração dos homens ao eterno. Segundo Paúl (2005), tendo por base a "*História da Velhice*", de Minois (1987), verifica-se que esta preocupação remonta ao Antigo Testamento, existindo registos de que o envelhecimento era já um motivo de reflexão muitos anos antes de Cristo.

O envelhecimento é considerado por Birren (1985 citado por Paúl, 2005) como um processo global, traduzindo-se na interação entre indivíduos com uma determinada carga genética e diversos meios físicos e sociais. Segundo a mesma fonte, o incremento da longevidade no século passado (de 45 para aproximadamente 75 anos), associa-se mais às mudanças económicas, sociais e tecnológicas do que a uma mudança no património genético da população. Simultaneamente, a longevidade estará também associada a aspectos históricos, sociais e culturais.

Fonseca (2004) baseando-se no paradigma *contextualista*, refere-se ao envelhecimento como parte do desenvolvimento e como produto da interação dinâmica entre o indivíduo intencionalmente activo e os contextos em constante interacção. Paralelamente, o envelhecimento deve ser entendido como um processo que admite ganhos e perdas, pelo que concorrem variáveis de natureza intrínseca e extrínseca ao indivíduo com vista à adaptação.

Segundo Paúl e Fonseca (1999) o envelhecer é um processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento humano. Assim, à medida que surgem mudanças no corpo, alterações funcionais e de papéis sociais é essencial uma adaptação constante na busca de novos equilíbrios, internos e externos.

Birren e Cunningham (1985) diferenciaram três padrões de envelhecimento: Primário, secundário e terciário.

O envelhecimento primário diz respeito a mudanças intrínsecas e irreversíveis decorrentes do envelhecimento, comuns a todos os indivíduos. As pessoas envelheceriam de forma normal, na ausência de doenças. O envelhecimento secundário refere-se às doenças associadas à idade, resultantes de factores intrínsecos de degeneração, mas reversíveis e passíveis de prevenção. Relativamente ao envelhecimento terciário, este diz respeito a mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice. Associa-se ao declínio terminal e caracteriza-se por um grande aumento de perdas num período de tempo relativamente curto. A universalidade deste processo está ainda em causa.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004: 23), ao definirem o processo de envelhecimento, realçam a inevitabilidade do mesmo. "O envelhecimento é um processo de



deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável (pelo menos no estado actual dos conhecimentos), inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação.”

Ainda que não se possa associar de forma linear e simplista o envelhecimento ao aumento da morbilidade, existem algumas alterações fisiológicas que potenciam o surgimento de doenças e a perda de funcionalidade.

Moragas (1991) identifica alguns dos domínios onde essas limitações se podem manifestar:

- no domínio *biológico*, a evolução é muito variável, mas de um modo geral os tecidos perdem alguma flexibilidade e os órgãos e sistemas reduzem a qualidade e a velocidade das suas funções.
- no domínio *psíquico*, evidenciam-se perdas de memória e das competências intelectuais que, apesar de tudo, não são tão significativas, como por vezes se afirma. Se, por um lado, a memória imediata pode diminuir, por outro, a memória remota é exemplar. Também a inteligência e a capacidade de aprendizagem, desde que exercitadas, podem continuar a progredir.
- Relativamente à personalidade, os estudos têm demonstrado que existe uma estabilidade da personalidade ao longo da vida.
- no domínio *social*, destaca-se a diminuição dos contactos sociais, pela redução dos seus papéis e conseqüentemente pela desvalorização do seu estatuto. Contudo, estes devem-se mais às barreiras impostas pela sociedade do que às suas próprias características⁴.

Nesta perspectiva o envelhecimento resulta de um conjunto de determinantes: a base filogenética, num meio social e físico, no qual as predisposições genéticas se exprimem.

⁴ Associado ao conceito de envelhecimento surge a noção de idade. De acordo com Huyck e Hoyer (1982, citado por Marchand, 2005) a idade pode ter várias dimensões: (1) a dimensão cronológica, definida pelo tempo que decorre desde o nascimento até à morte; (2) a dimensão biológica referindo-se aos diversos níveis de maturidade física; (3) a dimensão psicológica, referindo-se à evolução dos processos cognitivos, emotivos, etc.; (4) dimensão funcional, associando-se à capacidade de adaptação às exigências sociais; (5) dimensão social, relacionada com os papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade, e na medida em que mostra os comportamentos esperados pela sua cultura.

A maioria da literatura geriátrica e gerontológica aceita a idade cronológica para definir a pessoa como idosa, pelo que apesar de ser pouco precisa é o critério mais utilizado. A idade dos 65 anos é aceite quer pela OMS, quer pela ONU, para os países desenvolvidos. (Paschoal, 2000 citado por Imaginário, s/d)



2.1 Teorias sobre o envelhecimento

Schroots (1996) apresenta as teorias psicológicas do envelhecimento salientando três períodos do século XX: o período clássico, entre os anos 40 e 70, o período moderno entre os anos 70 e 90 e o período recente a partir dos anos 80.

Durante largas décadas a psicanálise, contribuiu para a ideia de que o desenvolvimento cessa no final da adolescência. A partir dos anos 60 e sobretudo nas últimas três décadas do século XX, a perspectiva do curso de vida ganhou uma progressiva implementação, conduzindo à multiplicação de estudos longitudinais. Esta perspectiva postula que o desenvolvimento ultrapassa a infância, desenvolvendo-se ao longo de toda a rota da vida. Dá-se particular atenção aos percursos de vida individuais, evidenciando que os indivíduos são agentes das suas próprias vidas através das escolhas que realizam, no que concerne às relações que estabelecem consigo próprios e com a realidade social que o circunda.

Dentro da perspectiva do desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida (Life-Span Developman), salienta-se a teoria epigénica de Erikson que preconiza a mudança como uma constância ao longo do ciclo de vida. Para Erikson, o desenvolvimento é um processo do nascimento até à morte e acontece na interação indivíduo e meio ambiente. Com efeito, cada indivíduo é modelado, parcialmente, pelas circunstâncias ambientais e históricas.

2.1.1 Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson

Erikson postula que o desenvolvimento psicossocial decorre através de oito estádios ou períodos de desenvolvimento da personalidade, segundo o princípio epigénico que remete para a existência de uma ordem pré-determinada no desenvolvimento. Todavia, esta ordem não deve ser vista como uma prescrição rígida ao qual o desenvolvimento obedece de forma linear.

Cada estágio é assinalado por crises específicas que exigem a resolução de tarefas psicológicas próprias, as quais garantem o desenvolvimento da identidade ou do *self*. O fracasso em lidar adequadamente com as tarefas respectivas a cada período é considerado lesivo do desenvolvimento da personalidade. Considerando a conotação negativa atribuída à palavra crise, importa salientar que, neste contexto, a palavra crise não é sinónimo de catástrofe. A palavra crise significa um ponto de viragem com implicações no desenvolvimento do indivíduo. Segundo Erikson “... a palavra crise significa um ponto decisivo, um período crucial de crescente vulnerabilidade e potencial e portanto a fonte ontogénica da força e do desajustamento generativos” (Erikson, 1976: 96).



Assim, cada estágio abrange tarefas desenvolvimentais (de natureza psicossocial), referidas em dois termos opostos. Para resolver cada dilema, o sujeito tem uma possibilidade ótima e uma possibilidade menos adequada. Embora as crises sejam designadas enquanto oposições polares, o sujeito pode resolvê-las situando-se num *continuum* que vai da possibilidade ótima à possibilidade mais negativa de resolução (Marchand, 2005). Por exemplo, a resolução da última crise pode situar-se de um intenso sentido de integridade a um forte sentido de desespero.

A resolução de cada estágio é independente, contudo o seu progresso é determinado parcialmente pelas resoluções dos estádios anteriores. Neste sentido, não obstante a resolução independente dos estádios, a qualidade da resolução de um estágio depende dos anteriores. Outro aspecto que importa referir é que, embora cada crise/tarefa seja central a um estágio de desenvolvimento, estas mantêm-se mais ou menos presentes através de toda a vida e podem ser abordadas noutras alturas da vida.

Seguidamente passo a apresentar de forma sumária os estádios e os conflitos preconizados por Erikson com destaque para o oitavo estágio, foco central deste estudo.

1. Estádio 1 – *Confiança vs desconfiança básica*

Nesta fase a criança forma a primeira relação, baseada no amor e na confiança, com a mãe ou seu substituto. A criança herda dos pais a ideia que o mundo é um lugar seguro e previsível. Erikson (1976) define a confiança básica como uma segurança íntima em relação a si próprio e ao mundo.

Porém, se tal não acontecer, se a relação não for satisfatória, verificando-se a inconsistência e a irregularidade dos cuidados maternos na satisfação das necessidades da criança, esta irá desenvolver sentimentos de medo que precipitarão uma atitude de desconfiança e insegurança face aos outros e ao mundo.

2. Estádio 2 – *Autonomia vs vergonha e dúvida*

Se os pais permitirem à criança explorar e interagir com o seu ambiente esta desenvolverá um sentimento de autonomia e independência. O sentido de ser capaz e a expressão dos seus desejos confere à criança o sentimento de autodomínio, possibilitado pelas capacidades desenvolvimentais motoras e da linguagem. O super controlo parental pautado pela rigidez conduz a sentimentos de perda de autodomínio, de não ser capaz, conduzindo à vergonha e à dúvida.

3. Estádio 3 – *Iniciativa vs culpa*



Segundo Erikson(1976) a criança está convencida de que é uma pessoa independente e deve agora descobrir que espécie de pessoa poderá vir a ser no futuro. Os “jogos de faz de conta” permitem à criança começar a pensar no que quer ser.

4. Estádio 4 – *Indústria vs Inferioridade*

Neste estágio, com a entrada para a escola, a criança explora o mundo para além da família. Se a criança corresponde ao que lhe é exigido no processo aprendizagem, a sua curiosidade é estimulada, bem como o desejo de aprender. Se a criança se sente capaz de realizar as coisas a que se propõe o sentimento de competência (Industria) consolida-se. Erikson utiliza a palavra indústria no sentido de produtividade, de desenvolvimento de competências (intelectuais, sociais, físicas, escolares).

O versus negativo é o sentimento de inferioridade e de inadequação que advém de não se sentir segura nas suas capacidades ou de não se sentir reconhecida, nem segura no seu papel dentro do grupo social a que pertence.

Estádio 5 – *Identidade vs confusão de papéis*

Para Erikson, a construção da identidade que tem lugar na resolução da crise subjacente a este estágio ocupa um lugar central no desenvolvimento psicológico. O adolescente começa a preocupar-se com a imagem que transmite aos outros e com a incerteza de papéis que poderá assumir na idade adulta. Nesta fase, o adolescente procura alternativas e toma decisões que contribuem para a definição de si próprio. As fases anteriores deixam marcas que influenciarão a forma como se vivencia esta crise. Erikson (1976) refere um período de moratória psicossocial em que o adolescente pode experimentar uma variedade de identidades, sem investir ou assumir a responsabilidade por qualquer delas.

Por outro lado, se o indivíduo não consegue definir os papéis que pode ou quer desempenhar, experimenta uma confusão e difusão de identidade. Este estado pode ser caracterizado por uma espécie de descomprometimento com a vida, não existem objectivos nem direcção, encontrando-se o adolescente inibido face às experiências que implicam a escolha e o comprometimento. Nesta situação o adolescente possui representações contraditórias acerca de si próprio e dos seus papéis, não sabe o quer e tem dificuldades em fazer opções.

Estádio 6 – *Intimidade vs isolamento*

Com uma identidade já construída, a tarefa do jovem adulto é a de desenvolver relações de amizade e de amor com os outros, numa perspectiva de intimidade. A vertente



negativa é o isolamento de quem não consegue partilhar afectos com intimidade nas relações privilegiadas

A resolução equilibrada da crise produz a virtude do amor, concebido como a capacidade em estar com os outros (não apenas no contexto das relações amorosas, mas também no contexto de relações de amizade) sentindo-se confortável consigo mesmo.

Estádio 7 – *Generatividade vs Estagnação*

A generatividade é a fase de afirmação pessoal e desenvolvimento de potencialidades, nomeadamente no mundo do trabalho, família e de interesse pelos outros e por uma vida social. A pessoa sente-se madura para transmitir mensagens às gerações seguintes. Ter filhos é, frequentemente, um desejo que se insere nesta relação com o mundo, bem como contribuir como membro activo da sociedade, desenvolvimento de interesses e actividades produtivas.

Quando a aquisição da generatividade falha ocorre a estagnação, caracterizada pela auto-centração e o conforto próprio. O adulto pode não desenvolver actividades úteis aos outros, preocupando-se apenas consigo próprio e na obtenção do seu prazer, sendo incapaz de contribuir para a sociedade.

Estádio 8 – *Integridade vs Desespero*

Neste último estágio de desenvolvimento psicossocial, face à proximidade do fim do ciclo de vida, o indivíduo avalia a sua vida podendo experimentar sentimentos de satisfação ou de fracasso. O sentimento de integridade acontece após uma avaliação positiva da sua vida, como um bom investimento, aceitando a sua existência como valiosa e vê com satisfação os objectivos atingidos.

Pressupõe a aceitação da vida que se viveu, aceitando os erros que se cometeu, compreendendo as consequências das acções realizadas e das escolhas feitas, sem remorso excessivo e sem desespero perante a morte. Deste modo a pessoa que atinge a integridade possui um sentimento de realização face ao passado, aceitando-o, tornando-se mais capaz de compreender os outros e aceitar o fim da própria vida.

Por outro lado, o desespero é a vertente negativa que advém quando se renega a vida, mas se sabe que já não se pode recomeçar uma nova existência. O desespero ocorre de uma avaliação negativa da sua vida e associa-se ao sentimento de angústia pelo facto da pessoa ter tomado decisões erradas, aliado à perda de oportunidades importantes. Erikson (1976) admite que o desespero exprime o sentimento de que o tempo é demasiado curto para a tentativa de iniciar outra vida e experimentar direcções alternativas para a integridade. Com efeito, o indivíduo sente que o tempo escasseia e a vida não lhe deu nada.



Uma resolução bem sucedida deste estágio origina a virtude da sabedoria. A diminuição do tempo que resta para viver torna premente a questão da morte. O indivíduo perante esta inevitabilidade pode aceitar ou não a vida que levou e, conseqüentemente estar ou não pronto para morrer. Assim, a sabedoria inclui a capacidade de esperar a morte sem a recear, uma aceitação e compreensão do mundo e das pessoas, um certo sentido de ligação não a uma geração específica, mas a várias gerações, culturas e meios sociais.

2.1.2 Virtudes e críticas à teoria de Erikson

Erikson sustentou-se no pensamento de Freud, todavia abandonou uma perspectiva determinista do desenvolvimento, segundo o qual os primeiros anos definiam o tipo de pessoa que se seria para o resto da vida, estendendo o desenvolvimento a todo o ciclo de vida, incluindo a velhice. Simultaneamente, de uma teoria psico-sexual, Erikson avançou para uma teoria psico-social. A importância que dava aos factores culturais, sociais e históricos, é precursora de novos modelos de envelhecimento (Novo, 2003). Para Erikson mais que o inconsciente era o consciente que lhe interessava. A sua curiosidade recaía sobre as pessoas saudáveis e não sobre as pessoas doentes, daí que central à sua teoria é a integridade do Ego, último estágio de desenvolvimento.

O trabalho de Erikson constitui-se também num marco importante dentro das teorias do desenvolvimento, por ter abordado a última fase da vida, pelo que a integridade do Ego e a sabedoria são conceitos presentemente muito estudados e úteis na compreensão do processo de desenvolvimento.

Segundo Novo (2003) o uso de estádios para descrever o desenvolvimento na idade adulta apresenta problemas conceptuais. Na idade adulta os temas de desenvolvimento não ocorrem com a precisão cronológica ou com a especificidade com que acontecem na infância. As mudanças na infância podem surgir em poucos meses ou anos. Contrariamente, na idade adulta, algumas aquisições ou tarefas podem decorrer em períodos muito longos de tempo (a paternidade, por exemplo, pode ocorrer entre a adolescência e a velhice) e os efeitos intrapsíquicos dependem da fase de desenvolvimento em que acontecem.

Com o envelhecimento as experiências tornam-se progressivamente mais heterogéneas, diferenciadas de indivíduo para indivíduo. As especificidades evidenciam-se ao longo da vida através de inúmeras situações, aprendizagens e experiências diferentes. Este fenómeno da diversidade vai, de forma inversa, diminuir e atingir uma situação de nova proximidade entre as pessoas muito idosas. Contudo Erikson contornou o problema dos estádios, dividindo a vida adulta em períodos de cerca de 20 anos, sendo cada período tão



longo como a soma dos anteriores. Assim, os períodos do modelo de Erikson não são verdadeiramente estádios, mas uma série de polaridades psicológicas em que cada uma delas focaliza um aspecto particular do funcionamento mental.

Segundo Colarusso (1998) Erikson ao reconhecer somente uma tarefa de desenvolvimento para cada estágio, dificilmente se torna uma teoria compreensiva do desenvolvimento adulto. Por sua vez Novo (2003) esclarece que se atentarmos ao princípio que Erikson defende, de contínua reelaboração de tarefas de fases anteriores e antecipação das posteriores, as tarefas psicológicas em cada período são diversas.

A autora considera ainda que “não encontramos nas tarefas de desenvolvimento propostas por Colarusso para a idade adulta avançada a indicação de nenhuma tarefa psicológica que não tenha sido considerada por Erikson e al. (1986). Parece-nos que as perspectivas de Colarusso e Nemiroff (1979; Nemiroff e Colarusso, 1990; Colarusso, 1998) sobre o envelhecimento se integram plenamente no plano descritivo de Erikson e enriquecem-no, identificando os processos envolvidos no desenvolvimento” (Novo, 2003: 123).

Com efeito, o modelo de Erikson não obstante ser um modelo mais descritivo do que explicativo, os seus fundamentos epistemológicos do desenvolvimento são uma referência na caracterização da vida adulta.

2.2 Tarefas de Desenvolvimento na Velhice

Segundo Novo (2003), Colarusso (1998) reconhece três tarefas de desenvolvimento típicas dos adultos de idade avançada e da velhice, as quais constituem preocupações intrapsíquicas (conscientes e não conscientes) que aumentam de intensidade da meia-idade para a velhice, especificamente: manter a imagem do corpo e a integridade física, aceitar a morte dos outros e preparar a morte pessoal.

- Manter a imagem do corpo e a integridade física

A pessoa saudável enfrenta a tarefa de reconhecer que o seu corpo mais cedo ou mais tarde, estará enfraquecido, pelo que o envelhecimento do corpo constitui uma preocupação intrapsíquica central que substitui as preocupações com a vida profissional e com as relações interpessoais nos anos da idade adulta prévia. Assim, a representação mental do corpo vai sendo alterada ao longo da vida, em função das experiências e das expectativas de diminuição de resistência física. Em suma, o processo de envelhecimento desencadeia mudanças intrapsíquicas emocionalmente importantes, designadamente na imagem corporal.



- Aceitar a morte dos outros

Perder amigos e familiares significa perder relações de afecto, companhia, partilha de um conjunto de memórias. Na velhice não só a morte do conjugue se torna mais provável, como a morte de familiares significativos e amigos próximos são experiências mais reiteradas. Além de serem mais frequentes essas perdas implicam um confronto mais directo com a iminência da morte pessoal.

A aceitação da morte dos outros é considerada penosa quer pelas implicações têm na destruição do grupo social, quer pela própria aceitação da morte pessoal. Ambas reflectem o reconhecimento e a integração emocional da morte como parte da vida. Assim, o sentido e a importância das relações do passado podem ser inalteráveis, todavia o que deverá alterar-se é o sentido da vida pessoal sem elas. A velhice é uma experiência de confronto do indivíduo consigo mesmo e a capacidade de estar só e de viver a solidão de um modo construtivo é um desafio inevitável desta fase da vida. Assim, Novo (2003) refere que “o amor e a amizade dão valor à vida e são uma importante dela, mas não a única fonte e forma de bem-estar.

- Preparar a morte pessoal

A aceitação da ideia de morte pessoal significa, genericamente, que a pessoa adquire uma espécie de paz, não vive em desespero ou com remorso. Do ponto de vista social nega-se a morte. Morin (1998) cit in Novo (2003) a morte tornou-se o maior dos interditos da nossa civilização. O ser humano não aceita tranquilamente a ideia da morte, contrariamente, a tendência humana é para evitar o reconhecimento da morte. Novo (2003) menciona que “o sonho da eternidade à escala humana parece guiar muitas das opções dos anos finais de vida. É um sentimento que expressa a profunda necessidade relacional que acompanha o reconhecimento de que ninguém será eterno senão através dos sentimentos que o ligam aos seus semelhantes.

2.3 Revisão da vida

Nesta fase da vida o desafio é o de mobilizar os recursos psicológicos necessários para confrontar um contexto caracterizado por algumas perdas inevitáveis. Quer se trate de modificações corporais, somáticas ou alterações sócio-familiares, as tarefas passam por assimilar uma imagem de si mesmo modificada e de aceitar um papel diferente no plano social. O aspecto psicológico do envelhecimento coloca de facto o problema da adaptação



que pressupõe a existência de uma elaboração pessoal. Novo (2003) menciona que a revisão da vida é um dos processos que permite o trabalho de elaboração interna.

Butler (1963) admite a revisão da vida como um processo psicológico normal e altamente adaptativo na velhice, definindo-o como um processo inevitável quando se toma consciência da aproximação da morte. Este autor afirma que este é um processo universal que marca a vida de todos os idosos, assim como a invulnerabilidade e a imortalidade.

Novo (2003) refere que a revisão da vida é um processo complexo que envolve a reflexão, a análise e o questionamento de diferentes modos de interpretar e reconstruir o passado em função do presente e do futuro. De acordo com a autora citando Pollock (1998) o recordar o passado ajuda o indivíduo a manter o sentido de continuidade entre o passado e o presente, ponte temporal que favorece o sentido da individualidade da personalidade.

Segundo Erikson et al (1986) a revisão da vida facilita ao desenvolvimento da integridade. O resultado do exame crítico da vida de cada um pode ser vivido com o sentimento de integridade ou de desespero. Assim, a partir do processo de revisão da vida podem emergir capacidades para novas formas de pensamento e para a sabedoria, reflectindo o desenvolvimento da personalidade.

2.4. Envelhecimento Bem Sucedido

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surgiu nos anos 1960 e significava quer um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades individuais e as exigências do meio ambiente.

Em 1987, Rowe e Kahn propuseram a distinção entre envelhecimento típico e bem-sucedido, sugerindo que o estudo dos determinantes desse processo deveria observar os indivíduos com características fisiológicas e psicossociais consideradas acima da média.

Simões (2006) destaca que os autores descritos entendem o envelhecimento bem-sucedido como o conjunto de factores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista físico como mental. Neste sentido, distinguem três vertentes do envelhecimento bem sucedido:

1. Baixo risco de doenças, ou incapacidades relacionadas com a doença.
2. Funcionamento físico e mental elevado.
3. Empenhamiento activo na vida (Rowe e Kahn, 1999: 38 cit in Simões, 2006: 141).

Em revisão da literatura, Phelan e Larson (2002) analisaram trabalhos que se dedicaram a definir o envelhecimento bem-sucedido e identificar os prováveis indicadores



do sucesso. Apesar de haver diferentes definições operacionais enfatizando a capacidade funcional, as seguintes características foram também consideradas: satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, domínio/crescimento, participação social activa, alta capacidade funcional/ independência. Os factores preditores variaram conforme os autores, destacando-se: nível educacional elevado; prática de exercício físico regular; sentimento de auto-eficácia; participação social e ausência de doenças crónicas.

López Pisa, ColásTaugis, Hernández Fabà, Ruiz Jiménez, Padín Minaya eMorell Macaya (2006) entendem que o envelhecimento está condicionado pelos factores genéticos, as alterações fisiológicas, o ambiente social e a atitude pessoal face ao facto de envelhecer. No bem-estar, intervêm factores objectivos de doença e factores de carácter subjectivo que condicionam uma atitude perante a doença e a vivência do processo de envelhecimento. O conceito de envelhecimento bem-sucedido ou saudável é descrito não só como ausência de doença e/ou de incapacidade, mas também como a capacidade de enfrentar situações stressantes que permite viver esta etapa da vida de forma satisfatória apesar da incapacidade ou da doença.

Segundo estes autores, os factores que mais diferenciam entre um melhor ou um pior envelhecimento, são fazer coisas úteis, conservar o equilíbrio entre desafios e capacidades, ter uma atitude pessoal positiva e dispor de recursos apropriados. O facto de manter a satisfação vital, apesar das perdas que acompanham o envelhecimento, depende de habilidades pessoais e de factores protectores sócio demográficos, psicológicos e sociais, para além dos puramente biológicos. Subjacente a isto está a ideia de que as pessoas têm um papel decisivo na orientação da sua própria vida, de que elas têm uma aptidão notável para prevenir doenças e conservar e promover a saúde física e mental, e de que desejam e se sentem felizes por manterem um empenhamento activo face à vida. Os autores “fornecem uma prescrição relativamente simples aos indivíduos que quiserem experienciar o envelhecimento bem sucedido: exercite o corpo e o espírito; coma de forma alimentar-se bem; mantenha relações sociais estreitas; permaneça empenhado na vida” (Taylor e Bengtson, 2001 cit in Simões, 2006:141).

O modelo de envelhecimento bem sucedido, tal como é descrito por Rowe e Kahn (1999) assenta no princípio de que é possível a existência de uma velhice saudável, partindo do pressuposto de que muitas doenças se podem prevenir e de os riscos se podem reduzir consideravelmente. Em segundo lugar, envelhecimento bem sucedido significa uma boa forma física e mental, traduzindo-se pela capacidade de ter uma vida independente, isto é, de não estar dependente de ninguém para satisfazer as necessidades do quotidiano. Relativamente à terceira componente do modelo refere-se ao empenhamento activo na vida. Este componente inclui o estabelecimento de relações sociais por parte do indivíduo, bem como o exercício de uma profissão. Simões (2006) destaca o Estudo da Fundação



MacArthur que menciona que as pessoas se sentem felizes na medida em que conseguem estabelecer um certo grau de relacionamento com os outros. A longevidade e a saúde dependem destas relações, no sentido de que quanto maior o número e a qualidade daquelas mais longamente se tende a viver e a ser menos afectado por doenças.

A velhice bem sucedida é, segundo Fontaine (2000) e Paúl (1996), um construto com difícil definição, uma vez que coloca o problema de indicadores ou critérios, que são numerosos e por vezes fortemente correlacionados. Fonseca (2005), citando Lindinberg e Ormel (1998), reporta-se à dificuldade em definir e avaliar critérios de envelhecimento bem-sucedido, dado que se misturam frequentemente critérios objectivos (como a longevidade) e subjectivos (com a satisfação de vida).

Segundo Paúl (1996), a maioria dos autores converge no sentido de relacionar o envelhecimento bem sucedido com elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social, implícitos numa boa adaptação. A perspectiva de Paúl (1996), sobre a questão da velhice bem ou mal sucedida, prende-se com a definição de padrões de adaptação do idoso às suas capacidades actuais de funcionamento, o que implica quer critérios externos sociais, relativos ao que se espera do indivíduo em cada altura, quer critérios internos, numa perspectiva individual.

Fonseca (2005) menciona que não há uma forma única de envelhecer com sucesso. Com efeito, o factor individual surge, pois, como determinante para se falar da inexistência de um único caminho de evolução. Diferentes pessoas podem ter diferentes percursos de envelhecimento mantendo uma idêntica satisfação com a vida e obtendo igual sucesso. Daqui resulta que há diferenças sensíveis quanto ao modo como o processo de envelhecimento decorre, quer de acordo com o contexto cultural de referência, quer de pessoa para pessoa, relativamente a diferentes aspectos considerados, geralmente, como determinantes para o seu bem-estar (condições económicas, saúde, redes sociais, ou o grau de satisfação de necessidades psicológicas).

2.5 Estereótipos e imagens depreciativas dos idosos

A questão da ancianidade nem sempre foi enaltecida ao longo dos anos. Filósofos e literários nem sempre elogiaram a velhice, Shakespeare, por exemplo, numa das suas peças, *“As You Like It”* (1599-1660?), apresentou a idade avançada assim: *“is a second childishness and mere oblivion, sans teeth, sans eyes, sans taste, sans everything”*. Outro exemplo é aquele que aparece nos contos de fadas onde o velho é quase sempre sinónimo de perversidade e maldade (como exemplo: os contos dos irmãos Grimm). Apesar dos anos



passados, actualmente, falar de velhos e de velhice soa ainda a metáforas negativas como: idade das perdas, morte à vista, tempo de luto, entre outras.

Embora o aumento da longevidade represente um avanço e uma conquista social para a população, ser velho nas sociedades contemporâneas não é uma experiência fácil de vivenciar. Mesmo para aqueles que mantêm elevados níveis de autonomia e de independência e aspiram a uma velhice que não implique uma descontinuidade com os modos de vida anteriores, evidenciam-se barreiras sociais e culturais que o lembram a todo o instante que entrou numa nova fase da sua vida em que, apesar de legalmente ser um adulto, culturalmente se aproxima de uma nova infância, privado dos aspectos positivos da primeira que viveu, mas com todos os aspectos negativos da infantilização e da descaracterização resultantes do desrespeito pela identidade pessoal que construiu ao longo da sua trajectória.

A sociedade moderna marginalizou e estereotipou a pessoa idosa. Valoriza-se a produtividade, a competitividade e os lucros e assiste-se à desvalorização da pessoa idosa, vista como inútil e improdutivo e, considerada como um encargo para os mais novos e para a sociedade (Martins, 2002).

Nesta sociedade, que criou estereótipos de beleza e de saúde em que quase ninguém se consegue encaixar, as pessoas idosas estão sujeitas a todo o tipo de imagens depreciativas e limitadoras da sua acção, da sua criatividade, da sua espontaneidade. Num contexto no qual o culto da juventude é cada vez mais valorizado e reforçado, a velhice é permeada por estereótipos e preconceitos que a circunscrevem a uma fase de declínio e perdas.

O desenvolvimento de imagens depreciativas sobre a velhice e as pessoas idosas está relacionado desde logo com a luta que deliberamos contra o nosso próprio envelhecimento e com a dificuldade de lidarmos com as consequências da passagem da idade. Os esforços da medicina e da engenharia genética para protelarem o envelhecimento ou para contornarem os efeitos do mesmo, patenteiam as dificuldades das sociedades modernas para lidar com o facto de que envelhecemos.

Giddens (2000: 171) apresenta um excerto de uma declaração de Ronald Klatz, presidente da Associação Americana de Medicina contra o Envelhecimento, que é sintomática desta realidade: “Eu acredito que assistiremos a esperanças de vida muito maiores, talvez ainda no decurso das nossas vidas. As novas tecnologias estão já à disposição, mas precisam de ser desenvolvidas. É necessário começar a preparar uma sociedade sem velhos. O envelhecimento é uma doença que pode ser tratada.”

Butler (1969) introduziu o termo *ageism* (ou idadismo) para descrever o enviesamento negativo em relação aos idosos. Este processo de discriminação resulta frequentemente numa imagem das pessoas idosas como improdutivo, doentes e



deprimidas (Palmore, 1999 citado por Sousa e Cerqueira, 2005). As imagens constituem representações a partir da aparência externa de um sujeito ou grupo de sujeitos e relacionam-se com os estereótipos que são simplificações das imagens (Featherstone e Hepworth, 1996).

Esta forma de enviezamento, tal como outras que desvalorizam e estereotipam grupos de pessoas tem um forte impacto nas interações sociais, influenciando as atitudes e percepções sociais (Bytheway, 1995). Assim, o uso de imagens negativas em relação à velhice e ao envelhecimento promove a formação de atitudes negativas para com os idosos, afecta a vivência da velhice pelos idosos e também a forma como os sujeitos de outras idades encaram a futura velhice (Kite e Johnson, 1988).

Barros (2008) chama à atenção para o facto de muitas das características negativas associadas aos idosos também serem vistas por eles próprios. Descreve que, na perspectiva dos idosos, (pp.29-30) o envelhecimento é “...ainda pintado com cores sombrias” e é encarado como um processo de declínio, em que prevalecem os aspectos negativos.

A investigação nesta área foi inicialmente baseada na assunção de que as imagens negativas eram generalizadas. Contudo, tem-se evidenciado que as imagens tendem a ser multidimensionais, abarcando factores positivos e negativos (Hummert, 1990). Com efeito, apesar do termo *ageism*, na sua origem, apenas se referir à discriminação dos mais velhos, posteriormente assumiu-se que podia assumir um cariz positivo, neutro ou combinado (Palmore, 1999). Nos anos 1980 surgiram estudos que mostram que as imagens da velhice ultrapassavam a simples enumeração de traços negativos, pelo que se evidenciam em subcategorias, combinando aspectos positivos e negativos (Lutski, 1980).

Schmidt e Boland (1986) destacaram doze subtipos de imagens de idosos, oito negativas (pessimista, moderadamente incapacitado, vulnerável, severamente incapacitado, miserável, recluso, vizinho barulhento e vagabundo) e quatro positivos (conservador, patriarca/matriarca liberal, avô perfeito e sábio).

Segundo Kuanda (1999) as pessoas tendem a automaticamente categorizar os outros em torno de três características: raça, sexo e idade. De facto, a idade é um dos aspectos mais imediatos que se vê nos outros, de forma mais ou menos conscientes determina a interacção, pois através dela inferem-se competências sociais e cognitivas, crenças religiosas e capacidades funcionais (Cuddy e Fiske, 2002)

Para Palmore (2004) O idadismo tratando-se do grande “ismo” após o racismo e o sexismo, difere dessas duas formas de preconceito e discriminação por duas razões: primeiro porque todos, em princípio, se tornarão mais velhos podendo, deste modo, ser alvo potencial de Idadismo. Em geral, as pessoas não mudam o género, raça ou etnia, mas todos avançam na idade e quase todos serão um dia idosos. Por outro lado, porque sendo o



Idadismo um conceito relativamente recente, as pessoas poderão não estar conscientes que é uma forma de discriminação (Osgood, 1996). Assim, talvez o termo *ageism* seja, tendencialmente, implícito pois não há grupos que rejeitam os idosos e os perseguem (como tem ocorrido entre raças ou religiões).

De facto, é inegável que o envelhecimento é acompanhado por um conjunto de limitações, designadamente, declínio de capacidades motoras e sensoriais. Todavia, existem igualmente aspectos positivos, tais como a maturidade, sabedoria e experiência de vida. O inconveniente está em que as imagens da velhice e do envelhecimento tendem a assentar numa sobregeneralização das incapacidades dos idosos.

Uma das imagens mais comuns nos nossos dias, ainda que não corresponda, necessariamente, ao estado de espírito da maioria das pessoas de idade avançada, é a do idoso só, triste, excluído e, em alguns casos, sem um mínimo de recursos para a sua subsistência. À velhice associam-se palavras como solidão, abandono, inactividade, improdutividade, fragilidade, incompetência, dependência, senilidade. “As pessoas idosas comuns são vistas como estando a viver num estado de esterilidade intelectual e impotência emocional” (Hazan, 1994:28). Este autor realça outros estereótipos acerca da velhice, como a ausência de desejo e de actividade sexual, incapacidade para aprender, dependência generalizada. Estes mitos podem influenciar a atitude da sociedade face aos idosos, os quais correspondem, manifestando os comportamentos que deles são esperados (Fonseca, 2004).

Estimula-se o conformismo, a passividade, a adopção de comportamentos que coincidam com a imagem estereotipada do idoso acomodado perante a vida e as suas imposições. Na generalidade, estas pessoas sentem uma forte pressão para adoptarem comportamentos que se aproximam da imagem do idoso passivo, que se anula perante os acontecimentos do dia-a-dia. Essa desvalorização é percebida de forma angustiante, especialmente quando o indivíduo mantém as suas capacidades mentais e físicas intactas.

Segundo Osgood (1996) é a única forma de opressão que não é sancionada socialmente. Contrariamente, é predominante e socialmente aceite o facto de se ter sentimentos e pensamentos negativos acerca da idade.

De entre as imagens negativas sobre os idosos existe também a percepção de que na sua grande maioria estes estão isolados e socialmente excluídos. Estas imagens são também empoladas pelos meios de comunicação ou pelos profissionais que trabalham com uma faixa muito limitada e específica desta categoria etária. “Seria então um mito o abandono familiar e filial, muito difundido e mantido pelos técnicos que lidam com apenas uma franja dos idosos, principalmente os mais desprovidos de todo o tipo de recursos e que depois generalizam os dados, dessa amostra enviesada, ao conjunto da população.” (Paul, 1997: 86).



No mesmo sentido apontam os estudos identificados por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) que nos dão conta do “mito da negligência”. Ou seja, existe uma crença de que as famílias de hoje devotam menos atenção aos seus elementos idosos do que as gerações precedentes, que os abandonam e os institucionalizam precocemente. Contudo, Barber (1999, citado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004: 67-68), reportando-se a estudos realizados nos últimos 30 anos nos Estados Unidos da América, procura demonstrar o carácter mítico desta crença ao afirmar que cerca de 80% dos cuidados aos idosos com incapacidade crónica são prestados em casa, que mais de 25% das candidaturas aos lares se justificam pelo falecimento do cuidador informal, que quase 30% das mulheres que cuidam desistem dos seus empregos ou reduzem o investimento na carreira profissional. “A ironia do mito da negligência reside, então, no facto de o aumento da esperança de vida implicar que os filhos adultos prestem cada vez mais cuidados e mais complexos, durante períodos de tempo mais longos que as gerações anteriores.” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004: 68)

2.5.1 Género e Velhice

Não é possível compreender o processo de envelhecimento sem atendermos a uma perspectiva de género, pois este processo apresenta diferenças a nível físico, social e psicológico (Kalache e Lunenfeld, 2000). Sendo aceite a existência de diferenças culturais associadas ao género, (entre elas, longevidade, emoções e experiências passadas) a distinção entre homens e mulheres idosos não podem ser ignoradas.

Henrard (1996, cit in Sousa & Cerqueira, 2006) menciona que as imagens de mulheres e homens ao longo da vida dão significados diferentes ao seu envelhecimento. As mulheres são valorizadas pela juventude e pela beleza, mais do que os homens, sendo que a velhice conduz a diminuição da auto-estima. Nos homens são valorizados pela acção e pela instrumentalidade, com a velhice emergem sentimentos de menos valia.

Apesar dos escassos estudos existentes sobre a influência do género no ageism existem alguns resultados: Deutsch et alii (1986) citados por Sousa e Cerqueira (2006) referem que os homens idosos são considerados como mais atraentes que as mulheres idosas. Hummert et alii (1994) citados por Sousa e Cerqueira (2006) admitem que as mulheres são estereotipadas de forma negativa numa idade mais nova do que os homens. Kite (1996) citado por Sousa e Cerqueira (2006) mencionam que os homens idosos são considerados mais competentes a nível intelectual enquanto as mulheres idosas são vistas como mais afectivas.



Com efeito, a literatura aponta para um duplo padrão de imagens do homem e da mulher idosos: a linguagem *ageist* tende a ser mais negativa em relação às mulheres (Sontag, 1979).

2.5.2 A influência da idade nas imagens da velhice

Os estudos mais antigos indicavam que quanto mais novos fossem os indivíduos mas atitudes negativas teriam em relação aos idosos (Lutsky, 1980). Porém, investigações mais recentes não confirmam essa concepção: nuns casos não indicam diferenças etárias (Bailey, 1991); Noutros mencionam que os idosos têm imagens mais favoráveis em relação à velhice do que os jovens (Jackson e Sullinvan, 1988). Outros casos indicam que os idosos são mais negativos em relação à velhice (Salter e Salters, 1976).

Também Molina (2000) trabalhando numa amostra de adolescentes e de adultos, concluiu que os dois grupos etários tinham uma visão positiva dos idosos. Um dado importante a ressaltar das suas conclusões foi que as atitudes positivas tendem a crescer com a idade, o que quer dizer que os mais novos têm percepções menos positivas em relação aos idosos do que os adultos.

Paúl (2000) num estudo qualitativo sobre os estereótipos dos idosos em crianças do 2º Ciclo, concluiu que os estereótipos negativos sobre os idosos, presentes nos seus discursos representam a relação que estabelecem com eles e as expectativas sobre o envelhecer dos seus pais e de si próprios. Apurou que a existência de um convívio próximo com os seus próprios avós, alterava a percepção das crianças de forma positiva, introduzindo elementos de afecto e entajuda nos seus discursos, personalizando o estereótipo do velho à dimensão da sua vivência com os avós.

É nesta linha que Barros (2008) considera que muito pouco se tem feito para que os mais novos modifiquem positivamente a sua concepção acerca dos idosos. No estudo levado a cabo por Bales, Eklund e Siffin (2000) os resultados sugerem que a programação intergeracional entre crianças e idosos muda para melhor a concepção dos mais novos acerca dos mais velhos. Com base nestes resultados, Barros (2008) considera a necessidade de programas educativos como uma das estratégias de intervenção neste domínio, destacando também que este contacto deve começar o mais precocemente possível.

Na perspectiva de Neto (1992) há também que ressaltar que a concepção dos jovens sobre os idosos pode variar de sociedade para sociedade, em virtude de variáveis como: as tradições, a estrutura familiar e o grau de contacto íntimo com idosos. Mas destaca que, independentemente das sociedades, estas concepções podem ter consequências



futuras se os jovens tiverem de assumir a responsabilidade de cuidar dos idosos (Neto, 1992). Neste sentido, é claro que as percepções que os jovens têm dos idosos desempenharão um papel essencial no modo como a sociedade assumirá cuidar deles. O autor destaca também o facto de que muitos desses jovens tornar-se-ão eles próprios idosos, e como tal, as suas percepções acerca da velhice podem vir a influenciar o seu desenvolvimento pessoal durante a idade adulta (Neto, 1992), bem como o seu próprio processo de envelhecimento.

Em suma, é necessário que os idosos e as sociedades se ajudem a envelhecer criativamente, quer no sentido de alterar as concepções de improdutividade, de incapacidade, de degenerescência, quer no sentido de promover uma cultura de respeito pela ancianidade (Barros, 2008).

2.6 Questões Psicológicas do Envelhecimento

Segundo Davis (1992, referida por Fonseca 2004), o processo de envelhecimento é por vezes muito exigente e difícil, o sentimento crescente da existência de um tempo limitado para viver e continuar a atingir os objectivos é provavelmente uma das perdas mais importantes com que os indivíduos têm de lidar na meia-idade. No entanto, para a autora as mudanças neste processo, são normativas, não são nem mais exigentes nem mais difíceis que outras do ciclo vital, é preciso sim uma maior flexibilidade e paciência, no sentido de compreender quais as estratégias mais adequadas para lidar com os problemas, e é necessário também desenvolver competências que proporcionem ao indivíduo a possibilidade de enfrentar de forma mais positiva o quotidiano, nomeadamente, adquirir novas capacidade de realização e reforço de laços sociais.

Vários estudos reforçam a importância dos aspectos psicológicos na qualidade de vida e longevidade, nomeadamente no que diz respeito à capacidade cognitiva, a avaliação subjectiva da saúde, o sentimento de ser preciso e útil, etc, são componentes fulcrais que determinam a capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência (Cruz, 2001).

O processo de envelhecimento pode portanto acarretar alguns problemas psicológicos, dependendo muito dos aspectos individuais de cada sujeito. É considerada uma etapa de vida propícia a desencadear depressão, ansiedade, sensibilidade às doenças, regressão, etc (Fontaine, 2000). Isto porque, são numerosas as situações que representam uma ameaça ao senso de controlo pessoal, eventos inesperados relacionados por exemplo com a saúde, exigem do indivíduo um grande esforço adaptativo e um ajustamento psicológico (Fortes e Néri, 2004). O idoso não comprometido a nível psicológico é aquele que vive e quer continuar a viver na sua plenitude, usufruindo daquilo que o quotidiano ainda



lhe pode oferecer e para a qual ele pode responder. Em todo o desenvolvimento ocorrem perdas e ganhos, no entanto na fase da velhice verificam-se mais perdas menores ganhos (Simões, 2006).

A rede social e familiar, segundo Fonseca (2005), quando se configuram como fontes de suporte e apoio, são um factor fulcral para minimizar os riscos, são um grande factor de protecção, capazes de influenciar a capacidade de adaptação (resiliência). Já factores de risco são fonte de eventos adversos, individuais ou ambientais (como perda de familiares, mudanças repentinas e drásticas, mudanças negativas na vida social, etc), e que aumentam a predisposição para resultados negativos como:

- Dificuldade em aceitar-se como alguém que está num processo de envelhecimento ou que está a ficar velho;
- Declínio na manifestação da afectividade, dos interesses, das acções, das emoções e dos desejos;
- Prejuízo na memória de fixação, isto é, esquecer nomes de pessoas, locais, onde colocou objectos, etc;
- Ênfase de alguns traços de personalidade (rigidez, egocentrismo, desconfiança, irritabilidade, avareza, dogmatismo, autoritarismo, entre outros, traços que tenham existido na juventude que tendem a exacerbar-se)
- Dificuldade de assimilação de conteúdos, ou mesmo aversão a ideias, coisas e situações novas;
- Apego maior aos valores já conhecidos e convencionados, aos costumes e normas já instituídas;
- Diminuição da percepção e concentração;
- Tendência ao isolamento, solidão e introspecção;
- Auto-estima baixa, sentimento de inutilidade e desvalorização perante os outros;
- Aumento da ansiedade perante situações novas, e principalmente associada ao medo da morte e doença;
- Comportamentos regressivos;
- Depressão, alterações de humor, hipocondria, histeria, fobias, obsessões.

Estas consequências podem tornar-se patológicas, impedindo o idoso de viver a sua vida positivamente e de maneira independente. Em suma, é importante que sejam trabalhadas competências capazes de lidar com as mudanças que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, além de que a presença de familiares e amigos significativos e emocionalmente ligados, são também um factor importantíssimo de manutenção da saúde mental, não esquecendo nunca que estas relações só serão benéficas caso o seu impacto no idoso seja positivo, e a relação de auxílio e não de conflito (Paúl, 2005)



3. Suporte Comunitário

O conceito sentido de comunidade começou a ser estudado em 1974, quando o psicólogo Seymour Sarason o apresentou como sendo abrangente, desde então pesquisadores de várias áreas (sociologia, psicologia, desenvolvimento comunitário, etc) tentaram definir e quantificar o conceito. (Chavis, Porco, McMillan e Wandersman, 1986, referidos por Sense of Community Partners, 2004).

Sentido de comunidade⁵ resulta da partilha do sentimento de pertença, por parte dos indivíduos da sociedade, uma sensação de preocupação recíproca (de indivíduo para indivíduo, e de indivíduo para o resto do grupo), e um sentimento compartilhado de fé de que as necessidades dos membros serão satisfeitas através do seu compromisso de união. (McMillan e Chavis, 1986)

Buckner (1988, citado por McMillan e Chavis, 1986) também considerou que sentido de comunidade passa pelo sentimento de partilha, de identidade, de responsabilidade partilhada. O estabelecimento de relacionamentos saudáveis, objectivos comuns, o sentimento de conexão, etc, é, segundo os vários autores da área, fulcrais para que possa existir sentimento de comunidade.

Assim Chipuer e Pretty (1999, referidos por Sense of Community Partners, 2004), referem que a existência de uma relação forte e significativa entre indivíduos é símbolo de um sentido de comunidade verdadeiro. A partilha do sentimento de comunidade pode ser benéfico para os vários indivíduos da sociedade, no sentido em que lhes proporciona sentimentos de segurança, e de maior afirmação social (participam mais nas questões sociais), ou seja permite que os indivíduos desenvolvam sentimentos de pertença, bem de auto-eficácia e auto-estima, por poderem participar de um projecto comum e poderem ajudar-se mutuamente, de forma voluntária. No entanto, pode também trazer resultados menos benéficos, devido a um possível sacrificio por parte dos indivíduos, nomeadamente no que diz respeito poderem ter que abdicar de alguns valores próprios em prol da comunidade.

Em suma, segundo Ornelas (2008), para que uma comunidade mantenha o sentimento de união e partilha é necessário que se assegure a troca de recursos entre os seus membros, para que a sua participação seja gratificante. Assim como, para que as ligações sejam fortalecidas e mantidas, é preciso a existência de contactos positivos e próximos ente os membros de uma comunidade devem partilhar experiências importantes, devem investir na comunidade, mas acima de tudo devem ser reconhecidos e valorizados.

⁵ - David McMillan e David Chavis foram os autores pioneiros no estudo do conceito, tendo sido os investigadores que mais se debruçaram sobre o assunto, fazendo várias investigações. (Sense of Community Partners, 2004, p.1)



Os seres humanos não têm uma conduta simplesmente instintiva, nem absolutamente racional, orientam-na de acordo com o seu contexto histórico, com a sua cultura e também de acordo com as expectativas dos outros actores sociais, que conjuntamente constituem aquilo a que denominamos de sociedade (composta por diversas redes sociais). O termo "rede"⁶ (*network*) vem adquirindo diversas significações: sistema de nós e elos, estrutura sem fronteiras, comunidade não geográfica, sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede. Assim sendo, no âmbito deste trabalho rede social, adquire o conceito que subentende que rede representa um conjunto de indivíduos autónomos, com ideias, recursos, valores e interesses compartilhados. (Marteleto, 2001)

Actualmente, o termo "rede" foi se distanciando da sua definição inicial, ganhando um sentido mais generalizado que levou à sua constante abstracção, o que levou a que esteja digamos que presente nos mais diversos domínios. Ouvimos, constantemente, falar de redes em todas as áreas: empresas, no Estado, na sociedade, no mercado, nas universidades, nas diversas investigações, etc. (Parrochia, 2001, citado por Portugal, 2007)

Segundo Lemieux (2000), este fenómeno de generalização, deve-se fundamentalmente a duas razões essenciais: o extraordinário desenvolvimento das comunicações, que possibilita o estabelecimento de relações e conexões, onde antes apenas existia isolamento; e por outro lado a constante valorização das relações entre as pessoas e as coisas. Tudo isto fez com que o conceito de rede tenha tido uma significativa expansão e tenha adquirido uma importância relevante e particular, quer ao nível do conhecimento quer da prática.

Bott (1976, referida por Portugal, 2007) distingue entre redes de "malha estreita" (close-knit), que segundo a autora correspondem aquelas redes sociais compostas por muitas relações interpessoais, e redes de "malha frouxa" (loose-knit), aquelas onde os relacionamentos são escassos e de baixa intensidade.

Operacionalmente, pode-se definir rede social como o conjunto de relações que um indivíduo entende como sendo significativas ou que estabelece como diferenciadas da massa anónima da sociedade. Assim, corresponde ao retiro interpessoal do sujeito. Estas redes sociais contribuem substancialmente para o próprio reconhecimento do indivíduo como indivíduo e, conseqüentemente, para a construção da sua auto-imagem. A estrutura

⁶ - "As estruturas sociais podem ser representadas como redes – como conjunto de nós (ou membros dos sistema social) e conjunto de laços que representam as suas interconexões. Esta é uma ideia maravilhosamente libertadora. Dirige o olhar dos analistas para as relações sociais e liberta-os de pensarem os sistemas sociais como colecções de indivíduos, díades, grupos restritos ou simples categorias. Usualmente, os estruturalistas têm associado "nós" com indivíduos, mas eles podem igualmente representar grupos, corporações, agregados domésticos, ou outras colectividades. Os "laços" são usados para representar fluxos de recursos, relações simétricas de amizade, transferências ou relações estruturais entre "nós" ". (Wellman e Berkowitz, 1991:4)



social que nos integra e onde estamos integrados, constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência, e protagonismo, estas competências permitem aos indivíduos uma capacidade de adaptação em situações de mudança e crise, bem como a manutenção da saúde física e mental. (Alarcão, 1998)

Segundo Paúl (2005) refere-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transaccionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa.

A velhice, como qualquer outro conceito, é expressão dessa construção que se produz nos sistemas sociais e com eles se modifica. As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos uma vez que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, evitam o isolamento e o anonimato. No entanto, no seio da sociedade, deve-se respeitar as opções pessoais de cada um, inerentes aos seus projectos de vida. (Alarcão, 1998)

O debate gerado em torno do envelhecimento e das respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos têm adquirido nos últimos anos e particularmente nas sociedades ocidentais, crescente actualidade e relevância⁷.

Assim para Barrón (1996), o apoio social é “um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre indivíduos”. É por norma definido como a utilidade das pessoas (que nos são próximas, que nos amam, nos dão valor e se preocupam connosco) e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância. (Cruz, 2001).

Neste ponto de vista, o apoio assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos. Visão análoga apresenta Vaz Serra (1999), ao definir apoio social como “quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”. Assim sendo, trata-se portanto de um conceito interactivo referente a transacções entre os indivíduos, no sentido de promover e permitir a existência de bem-estar físico e psicológico.

Trata-se de um processo dinâmico e transaccional de influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio, num contexto que Loreto (2000) denomina de ecológico e que representa duas componentes. O “apoio” refere-se as actividades dos domínios instrumental e expressivo, enquanto o “Social”, reflecte o vínculo da pessoa ao meio social

⁷ Caplan (1974), Cassel (1974 e 1979), Cobb (1976), Barrón (1996), Vaux (1988), Faria (1999), Vaz Serra (1999), e Matos e Ferreira (2000), levaram a cabo várias investigações neste âmbito. O seu interesse deriva não só do facto de terem aberto caminho ao desenvolvimento e conceptualização deste constructo, mas porque a partir delas foi possível conhecer os efeitos sobre a saúde e bem-estar de diferentes tipos de relações, (relações íntimas a integração social), passando pelo estudo das redes sociais nos seus aspectos estruturais e funcionais. (Martins, p128)



que pode ser considerado em três vertentes: comunitária, de rede social e do relacionamento íntimo.

Estas vertentes são igualmente defendidas por Barrón (1996) uma vez que abrange perspectivas estruturais, funcionais e/ou contextuais, estabelecendo uma diferenciação entre aspectos de carácter subjectivo e outros de carácter objectivo. A análise dos conceitos demonstra que a participação dos indivíduos, grupos ou comunidades, estão implícitas e firmam-se em ligações entre os recursos e os processos de apoio.

Na opinião de diversos autores o apoio social não deve ser percebido e entendido simplesmente como se de uma construção teórica se tratasse, mas sim como um processo dinâmico e complexo, que envolve transacções entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos.

Segundo vários autores, o apoio social refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) para o indivíduo em determinadas situações da vida. Mas a subjectividade e individualidade do apoio social, varia de indivíduo para indivíduo, ou seja depende da percepção pessoal de cada indivíduo. Esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se, pela crença generalizada que os indivíduos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto suscita satisfação quanto às relações que têm. Os vizinhos têm também um papel basilar, especialmente no caso das pessoas que vivem sós, em grande medida devido à proximidade geográfica e à consequente possibilidade de prestarem um apoio pontual e de emergência. Com estes, as relações podem ser simplesmente de cordialidade e simpatia ou transformarem-se em relações de amizade. A proximidade dos vizinhos pode dar um sentimento de segurança, podendo surgir situações de intimidade e confiança (Cruz, 2001).

Quer Barreto (1984, 1988), quer Paúl (1996, 2001) *evidenciam* que a existência de relações sociais na velhice é considerada como um factor protector da saúde mental dos indivíduos; se é assim durante toda a vida os autores realçam que nas fases de maior vulnerabilidade, como é o caso do envelhecimento, revela-se ainda mais significativo. Fonseca (2004) refere que ao longo da vida, as redes sociais dos indivíduos alteram-se de acordo com os contextos familiares, de trabalho e de vizinhança; acontecimentos como a reforma, a morte dos pares, etc., são susceptíveis de alterar profundamente essas redes, modificando-as e, neste sentido facilitando ou dificultando a manutenção da saúde mental dos idosos. Paúl (1996, 2001) afirma que a existência de redes de apoio é uma condição imprescindível para assegurar a autonomia dos idosos, um auto-conceito positivo e uma maior satisfação de vida, indispensáveis para se alcançar um envelhecimento óptimo.



Vários autores propuseram um modelo de funções do apoio social, aqui centrar-me-ei no modelo proposto por Vaz Serra (1999), assente em seis tipos de funções:

- Apoio afectivo – faz com que as pessoas se sintam estimadas e aceites pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a auto-estima;
- Apoio emocional – corresponde aos sentimentos de apoio e segurança que a pessoa pode receber e que a ajuda a ultrapassar os problemas;
- Apoio perceptivo – ajuda o indivíduo a reavaliar o seu problema, a atribuir-lhe outro significado e a estabelecer objectivos mais realistas;
- Apoio informativo – constitui o conjunto de informações e conselhos que ajudam as pessoas a compreender melhor as situações complexas, facilitando o tomado de decisões;
- Apoio instrumental – ajuda o indivíduo a resolver problemas através da prestação concreta de bens e serviços;
- Apoio de convívio social – conseguido através do convívio com outras pessoas em actividades de lazer ou culturais, que ajuda a aliviar as tensões e faz a pessoa sentir-se não isolada e participante de determinada rede social.

No entanto a percepção destes apoios, a sua subjectividade, depende e varia de indivíduo para indivíduo, pois nem todos os indivíduos percebem o apoio social de igual forma, ou seja depende da percepção pessoal de cada um, as transacções situacionais e os aspectos da própria personalidade do sujeito têm influência nessa percepção individual. Mas facto indiscutível, é que estes apoios, ou seja o suporte social na sua generalidade e particularidades, têm uma vincada e importante influência no bem-estar e na qualidade de vida do homem. (Vaz Serra, 1999)

Segundo os vários autores, o apoio social, têm assim um efeito protector e amortizador, no sentido de que actua como moderador de outras forças que podem influenciar o bem-estar, assim indivíduos que tenham um apoio social baixo poderão ser afectados por situações indutoras de stress, mais rapidamente do que indivíduos que tenham um bom sentido de comunidade e um alto nível de suporte social.(Martins)

4.Importância das Relações Familiares na Velhice

O conceito de família foi mudando ao longo dos séculos e continua em evolução porque a sua concepção está intrinsecamente ligada às alterações na sociedade. Assim, as



mudanças sociais implicam mudanças nos padrões familiares e as mudanças nos padrões familiares contribuem para as mudanças sociais.

Várias têm sido as abordagens de compreensão e intervenção no âmbito familiar. Os autores que se dedicam à análise e estudo da família em modelos de inspiração sistémica convergem no sentido de a considerar como um sistema, uma entidade à semelhança de um organismo vivo. (Relvas, 2000). Assim, é de supor que a família sofra um processo de desenvolvimento no sentido da sua evolução, complexificação.

Gameiro (1992) define a família como “uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados (...) A simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional desta estrutura”. Com efeito, cada família vista como um todo, como emergência dos elementos que a compõem é una e única.

Segundo a Teoria Geral dos Sistemas, cada família enquanto sistema é um todo mas é também parte de outros sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade, sociedade). Por outro lado, dentro da família existem outras totalidades mais pequenas (subsistemas) que são elas partes do grupo total. “Esta dupla pertença cria-lhe um dinamismo que se repercute no seu desenvolvimento e na forma como está em cada um desses contextos” (Alarcão, 2000: 52).

O carácter desenvolvimentista desta abordagem reside especificamente na identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas. A esta sequência dá-se o nome de *ciclo vital* e as tarefas caracterizam as suas etapas.

O desenvolvimento da família processa-se tendo como meta duas funções: a criação de um sentimento de pertença ao grupo e a individualização/autonomização dos seus membros. De facto, são essas duas funções que, para cada etapa, exigem a criação de objectivos específicos e diferenciados.

Elisabeth Carter e Monica McGoldrick (1982) descrevem o ciclo de vida da família, a partir do ponto de vista sistémico multigeracional, desenvolvido por Murray Bowen. Descrevem seis estádios, sendo o último, foco no nosso estudo, designado por “última fase da vida da família”, sendo que algumas transformações são necessárias ao processo de desenvolvimento. Assim, este estágio implica a aceitação da mudança nos papéis geracionais, ou seja, a geração mais idosa tem de permitir que os seus descendentes assumam um papel mais central na vida familiar, mantendo espaço no agregado familiar para a sabedoria e experiência dos mais velhos. Este estágio exige ainda que se aprenda a gerir uma série de perdas, designadamente, a perda do cônjuge, irmãos e outros da mesma geração, bem como lidar com perdas de prestígio e poder, relacionadas vulgarmente com o



abandono da vida profissional activa. Envolve também a preparação para a morte e a revisão e integração da própria vida.

Simultaneamente, integra o desafio de manter o interesse por si e pelo cônjuge, face ao declínio físico, bem como explorar novas opções familiares e sociais.

A conceptualização do ciclo vital da família tem como grande objectivo mostrar a importância da continuidade das relações familiares, que não tendo em consideração este aspecto, pode transformar-se, paradoxalmente, num instrumento que promove o estudo espartilhado e descontínuo da vida familiar.

Este modelo do ciclo de vida familiar tem de ser encarado como uma estrutura que se deve adaptar à diversidade, cada vez maior, oferecida pela sociedade. As alterações sociais e demográficas têm vindo a permitir o desenvolvimento de novas formas de famílias e arranjos familiares diversificados. Com efeito, as mudanças sociais atribuídas à modernidade, reflectem-se de modo significativo sobre a instituição familiar. De acordo com Willgerodot e Killien (2004), existem diversas razões para a emergência de diversas formas e estruturas de famílias, tendo a imigração introduzido muita diversidade cultural nas sociedades.

Para Folden (2001) e Loveland- Cherry (1996), o incremento do número de divórcios e novos casamentos dos cônjuges divorciados originaram combinações de famílias nucleares secundárias. Especificamente, existe uma grande probabilidade das famílias serem mais pequenas do que as gerações passadas, das mulheres terem uma vida profissional activa e, devido a um aumento da migração, que os membros da família fiquem geograficamente mais afastados. Muitos casais escolhem coabitar sem casamento e casais homossexuais escolhem viver como famílias. Ainda, a conjectura económica parece forçar os filhos adultos a permanecer mais tempo em casa dos pais. A família é assim uma instituição em processo de mudança e adaptação às novas realidades.

Ao mesmo tempo que existe a possibilidade de uma convivência familiar e intergeracional mais prolongada, a longevidade faz emergir questões específicas que até aqui eram inexistentes.

As famílias da sociedade contemporânea que vivem o fim da vida, “podem ser consideradas “novas formas de família”, não porque sejam variantes do ciclo de vida tradicional mas porque prolongam o ciclo de vida a uma extensão, até agora, rara (ou mesmo impossível) ” (Sousa, 2004: 15). Segundo esta autora, a característica mais específica da família contemporânea, no fim da vida, é o entrecruzar de gerações: os ascendentes, os descendentes, os colaterais, os amigos.

De facto, a inerente verticalização das famílias (coexistência de várias gerações, cada uma com poucos elementos) permite o entrecruzar de várias gerações. Todavia, outras mudanças, por exemplo, a mobilidade geográfica fomentam o desencontro de



gerações, apesar da coexistência temporal. A multigeracionalidade tem implicações na família e nos seus membros, pelo que a maior longevidade pode aumentar a duração de determinados papéis, como os de cônjuge, pai/mãe, avó/avô ou irmão. Por sua vez, a diminuição da fertilidade pode reduzir a duração de outros, como de progenitor ou a oportunidade de exercer alguns papéis, por exemplo, de irmão.

Algumas investigações (Brannen, Moss, & Money, 2004) indicam que as famílias multigeracionais constituem uma fonte de suporte adicional, especialmente centrada nas relações intergeracionais, pois com a redução dos elementos de cada geração, as relações intrageracionais ficam comprometidas.

Ainda que não se possa traçar uma relação linear entre as mudanças referidas e o grau de disponibilidade para prestar cuidados, existem alguns factores que admitem novas dinâmicas e novas exigências, alterando a postura perante os desafios colocados. A desfragmentação associada ao divórcio e à reconstituição familiar, a diminuição de potenciais efectivos disponíveis para integrarem as redes de apoio associada à diminuição da natalidade, a diminuição do tempo disponível associada ao desempenho de uma actividade laboral, a redefinição de papéis de género, associada a uma vivência menos tradicional da conjugalidade, são alguns dos componentes a considerar na análise da complexidade das interações familiares. Como nos diz Fernandes (2004: 20), “Num futuro próximo, viver mais tempo representará contar com menos ajudas dos descendentes. A redução da fecundidade terá provavelmente efeitos ao nível das solidariedades intergeracionais nas futuras gerações com prejuízo para os que tiveram apenas um filho e mais ainda para os que não chegaram a ter nenhum.”

Contrariando estas imagens de isolamento da família nuclear e de fragmentação e decadência dos valores familiares, os estudos sobre as trocas e as interações familiares realizados nas últimas três décadas demonstram que estas se mantêm, ainda que não de uma forma incondicional, estando sujeitas a diversas discontinuidades (Bengston *et al.*, 2003). Desta forma, a investigação aponta para a importância das solidariedades familiares, para o carácter flexível da acção da família e a natureza solidária das relações intrafamiliares, demonstrando que a família continua a ser o principal pilar no apoio aos idosos.

O tópico da solidariedade intergeracional emerge com Sussman (1951), que demonstra evidência empírica que se opõe ao conceito de uma família nuclear e atomizada, contrariando a visão de que as famílias nucleares se encontravam desconectadas da rede de parentela extensa (Vicente e Sousa, 2007).

Vasconcelos (1998) menciona a importância objectiva e subjectiva das solidariedades familiares intergeracionais na sociedade portuguesa, defendendo-se, claramente, as ajudas em sentido descendente e em sentido ascendente. Contudo, a defesa



das solidariedades e das diferentes formas de entajuda familiar não se faz no âmbito de um quadro normativo rígido, assenta na base dos afectos e obedece a lógicas de selectividade, de reciprocidade e de merecimento. Também Pais (1998), destaca que, apesar da crescente valorização da individualidade e da realização pessoal (especialmente por parte dos mais jovens) existe algum *altruísmo intergeracional* ou mesmo para um *altruísmo familiar*. “A inexistência de flagrantes descontinuidades intergeracionais pode ser devida a estes altruísmos de microsolidariedade, apoiados por transmissões patrimoniais não apenas no sentido descendente, mas no sentido ascendente (...) A utilidade, mas necessidades, a gratuidade e as ritualidades misturam-se nas redes de laços inextricáveis que constituem o sistema de dívidas e de obrigações intrafamiliares e que, sem se poderem reduzir a meros aspectos utilitaristas, não deixam de os comportar, como vimos no caso das solidariedades que implicam que os pais ajudem os filhos e estes amparem os pais na velhice.” (Pais, 1998: 39-40).

Silverstein e Bengston (1997) investigaram as relações entre pai idoso e filho adulto, revelando que a solidariedade entre estas gerações pode ser compilada em seis dimensões: estrutural (proximidade geográfica, número de familiares vivos, composição dos agregados familiares); associativa (frequência do contacto social e das actividades partilhadas entre os membros); emocional (sentimentos de proximidade emocional, afirmação e intimidade entre familiares); consensual (consenso real ou percebido sobre opiniões, valores e estilos de vida); funcional (trocas de assistência e apoio financeiro e instrumental); normativa (obrigações sentidas para com os familiares).

As redes familiares constituem-se como um importante espaço de trocas instrumentais, expressivas e normativas, assegurando acompanhamento, cuidados e interacções fundamentais para o equilíbrio emocional destas pessoas.

Por vezes, o recurso ao apoio formal, sobretudo à institucionalização, ou ao apoio informal pago ainda se faz com alguma relutância, continuando a ter menos expressão no nosso país do que o apoio fornecido pelos familiares. Lavoie (1999, cit in Pimentel, 2006) realça que nos Estados Unidos e na maioria dos países europeus a família oferece cerca de 80% dos serviços e dos cuidados de que as pessoas idosas carecem. Várias investigações apontam para o facto de que é em contexto familiar que as pessoas de idade avançadas encontram a principal fonte de apoio. Belsky (2001) considera que a solidariedade intergeracional, enquanto compromisso forte e permanente entre as distintas gerações adultas duma família se mantém viva.

Segundo Sousa (2004) os pais idosos e os filhos de idade adulta, madura, reaproximam-se uma vez que desde a saída dos filhos de casa, cada família seguiu o seu ciclo, mantendo contactos regulares mas de menor envolvimento. No fim da vida, os filhos adultos são imprescindíveis para a grande parte dos idosos, que sentem necessidade de



apoio e têm mais tempo disponível, pelo que a aproximação se sente mais do lado dos progenitores do que dos filhos, que vivem a própria pressão profissional e criam os seus próprios descendentes. A mesma autora destaca que os filhos constituem-se como fonte de apoio emocional e instrumental juntos dos pais idosos, contudo o apoio mútuo existe. Assim, não obstante os idosos necessitarem de cuidados dos filhos, continuam com o sentimento de cuidar das gerações mais novas.

Tennstedt e McKinlay, 1989 citados por Paúl (2005) mencionam que o cuidado familiar prestado a idosos continua a ser fundamental para o bem-estar dos mais velhos, mesmo nas sociedades desenvolvidas actuais onde é a família que continua a assumir grande parte das tarefas de apoio. Assim, a importância da rede familiar, no apoio a dar ao idoso é inequívoca.

Segundo Paúl (2005) o papel das redes familiares no processo de envelhecimento refere-se ao seu efeito “almofada” que amortece o stress associado ao envelhecimento, pelo que são um importante elemento de bem-estar, saúde física e mental dos idosos.

Paúl (1997), apesar de referir que a família se constitui para as pessoas idosas como o núcleo relacional por excelência, não deixa de destacar a importância das interacções com os amigos e os vizinhos. Com os amigos as trocas são essencialmente expressivas e são importantes devido à proximidade geracional. Como resultam de escolhas pessoais com base em afinidades, as interacções são mais espontâneas, estimulantes e gratificantes. “Embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm um forte efeito no bem-estar subjectivo. Os amigos são, assim, uma importante parte das redes de apoio social, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização, até ao apoio instrumental. Enquanto os encontros com a família nem sempre são fáceis e são geralmente ritualizados e estéreis, o encontro com amigos é visto como mais estimulante e positivo e daí talvez a associação mais forte com o bem-estar geral.” (Paúl, 1997: 109).

Na sociedade contemporânea, um elevado número de organizações privadas ou públicas substituem a família nas suas funções, no entanto, presentemente são atribuídas tarefas específicas à família, tarefas que não podem ser transferidas para outrem, “*a família exerce funções vitais que outros grupos não podem desenvolver de uma forma eficaz*” (cit in Revilla, 1994, p.8), a família tem a grande responsabilidade de assegurar o processo de socialização e a satisfação das necessidades básicas do idoso (Imaginário, 2004).

Estudos de Robinson (1990, referido por Imaginário, 2004) mencionam que de facto são familiares são os principais cuidadores dos idosos, uma vez que estes quando necessitam de algo procuram o cônjuge, mas na ausência dele, procuram os filhos, especialmente as filhas. A contribuição da família, na vida do idoso, acarreta uma importância tão grande, que é uma preocupação defendida a nível mundial, no sentido de



que apesar de recorrerem a ajudas institucionais, ninguém pode substituir o papel da família.

5. Institucionalização na Velhice

Tendo em conta especificidades da terceira idade e normais declives de capacidades, a institucionalização é vista muitas vezes como necessária e pertinente em casos como: falta de autonomia funcional, incapacidade de o próprio cumprir as prescrições médicas, necessidade de cuidados especializados, casos de denúncias, em que é manifesta a necessidade de um cuidador, casos em que as relações interpessoais são escassas ou inexistentes, solidão ou problemas psicológicos que necessitam de acompanhamento.

Sendo que, as instituições são vistas como padrões supra-organizacionais de actividade humana através dos quais indivíduos e organizações produzem e reproduzem a sua subsistência material e organizam o seu tempo e o seu espaço (Friedland & Alford, 1991), torna-se óbvio que este ambiente tem impacto directo no comportamento das pessoas idosas, supondo mesmo que muitas condutas consideradas inapropriadas podem dever-se mais a particularidades do ambiente do que propriamente a consequências da idade. Esta evidência tem levado progressivamente a virar a atenção para as condições que podem contribuir para a vulnerabilidade do indivíduo na entrada para instituições. Neste aspecto, o desenvolvimento teórico descobriu diferenças nas características pessoais dado o ingresso em instituições (Fernández-Ballesteros et al., 1992).

Resultados obtidos em diversos estudos mostram a existência de consequências negativas na permanência em instituições, tais como despersonalização e poucos vínculos com a comunidade, que levam a uma tendência para a depressão. Esta permanência em instituições parece afectar o incremento do nível de dependência, causado por um baixo nível de actividade (Fernández-Ballesteros et al., 1992).

Ainda alguns dos estudos sobre o ambiente físico, principalmente institucional, têm como base a hipótese de que o ambiente físico adequado tem impacto positivo para os residentes. Assim, as condições físicas positivas dos ambientes institucionalizados podem influir sobre o bem-estar, os contactos sociais, nível de actividade e estilo de vida do idoso (Carp, 1977, citado por Fernández-Ballesteros et al., 1992). Igualmente comprovado está o facto do atractivo físico percebido da residência estar relacionado com a satisfação do residente (Carp, 1976; Shermann, 1972, citados por Fernández-Ballesteros et al., 1992) e que nos centros com melhores características físicas se encontra um melhor nível de funcionamento dos residentes (Linn, Gurel & Linn, 1977, citados por Fernández-Ballesteros et al., 1992). Contudo é possível referir que a relevância dos factores físicos em relação ao



comportamento e bem-estar das pessoas residentes em instituições é provavelmente maior quanto menor for o funcionamento mental e físico dos idosos (Moos, Lemke & David, 1987, citados por Fernández-Ballesteros et al., 1992).

Também a organização da instituição pode ressaltar a possibilidade de dependência dos idosos institucionalizados, atribuída frequentemente à falta de controlo, o que pode ser melhor explicado como resultado de contingências ambientais específicas e consequentes expectativas de contingência. A disposição das contingências é determinada pelo meio, não pelo idoso, e, neste sentido, a contingência e a competência serão condições necessárias, mesmo que não suficientes, para experimentar controlo. As condutas dependentes representam uma via para experimentar um controlo passivo num ambiente altamente estruturado (Fernández-Ballesteros et al., 1992).

Ainda de acordo com a perspectiva da congruência pessoa – ambiente, descobriu-se que as influências de algumas características da instituição variam segundo o nível funcional dos residentes. Assim, um centro deveria ser estruturado e oferecer um maior apoio e assistência, pois os residentes, qualquer que seja o seu nível de funcionamento, beneficiam em viver num meio que favoreça a independência e a possibilidade de escolhas (Moos, 1988, citado por Fernández-Ballesteros et al., 1992). Também as características psicossociais do ambiente são relevantes, sendo as mais estudadas em contextos para idosos o clima social. Segundo este enfoque, o clima social de um ambiente inferido das percepções dos habitantes é o resultado de características ambientais muito diferentes, como são o meio físico, a organização ou as características dos habitantes (Moos & Lemke, 1985, citados por Fernández-Ballesteros et al., 1992).

Desta forma, é de referir que se verifica a necessidade de avaliação psicológica, permitindo uma melhor adequação do ambiente ao indivíduo, bem como do indivíduo ao ambiente, actuando através de uma equipa multidisciplinar nas instituições, para garantir a adaptação destes idosos, bem como para desenvolver projectos visando a consciencialização das pessoas para que o idoso tenha condições adequadas.

6. Bem-Estar

O Bem-Estar tem sido alvo de diversas investigações teóricas e empíricas. Outrora, filósofos e outros pensadores reflectiram sobre este tema a que a psicologia somente recentemente se dedicou.

Com início conhecido nos anos 20 do século passado, a investigação neste domínio tem vivido o seu período fértil nas duas últimas décadas (e.g., Diener, Lucas, & Oishi, 2002; Ryan & Deci, 2001), com maior preponderância em revistas científicas de psicologia social e



da personalidade (Lent, 2004). A temática do Bem-Estar insere-se numa área de estudo mais abrangente sobre a qual os investigadores têm demonstrado um interesse crescente nos últimos anos, relativa aos aspectos positivos do funcionamento psicológico e a par de outros temas como o optimismo, a satisfação de vida e a sabedoria.

A atenção actualmente dedicada a este domínio decorre não apenas da importância científica dos temas mas também, certamente, da importância que ele vem alcançando na sociedade em geral. No entender de Novo (2005), eleger como alvo de estudo dimensões que reflectem modos positivos ou de excelência do funcionamento resulta do reconhecimento de que, para promover a saúde mental dos indivíduos, é necessário ir além das tentativas de curar transtornos ou patologias ou diminuir os seus efeitos. Importa também fomentar o desenvolvimento de recursos e a valorização do potencial de desenvolvimento individual, admitindo-se que somente o contínuo e equilibrado desenvolvimento humano, social e cultural permitirá enfrentar as exigências das sociedades em permanente mudança com maiores ganhos e menores custos individuais e sociais.

Relativamente ao Bem-Estar, constata-se que não reflecte ainda um constructo unitário nem tão pouco um corpo de literatura coeso, homogéneo e organizado, co-existindo nos nossos dias uma variedade notável de abordagens que definem, conceptualizam e investigam este conceito. (e.g. Ryan e Deci, 2001; Ryff e Singer, 1998).

Ryan e Deci (2001), numa meta-análise sobre a investigação nesta área, dão-nos conta que o estudo do Bem-Estar na Psicologia emergiu de duas perspectivas filosóficas diferentes. Uma delas, centralizada no âmbito do desenvolvimento do adulto e da saúde mental (perspectiva *eudaimónica*) e a outra mais relacionada com os aspectos psicossociais, a qualidade e a satisfação com as condições e circunstâncias de vida (perspectiva *hedónica*).

6.1 Bem-Estar Subjectivo

A perspectiva *hedónica* concebe o Bem-Estar como um aglutinado de conceitos, designadamente o de Felicidade, o de Satisfação e o de Experiências Afectivas e designa-o como Bem – Estar Subjectivo. De acordo com Novo (2003) o bem-estar subjectivo é uma entidade multidimensional que integra diversos componentes (Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Afecto Negativo) que exibem padrões de relação com diversas variáveis internas e externas (Lucas et al., 1996 cit in Novo, 2003). Assim, ainda que exista uma correlação entre estas componentes, a satisfação com a vida é a componente mais cognitiva e as experiências afectivas constituem a componente de cariz mais emocional. Por seu turno, esta, parece organizar-se a partir de duas dimensões distintas (Afecto Positivo e Afecto



Negativo) e não de uma única dimensão bipolar. (Diener e Emmons, 1984 cit in Novo, 2003).

Ed Diener, um dos principais investigadores e sistematizadores na área do Bem-Estar Subjectivo desde o início dos anos 80, considera estes três componentes do Bem-Estar Subjectivo como distintos mas relacionados: a Satisfação com a Vida e a Felicidade, está concretizada no afecto positivo e (na ausência de) afecto negativo (Diener et al., 2002), retomando o conceito aristotélico de *eudaimonia* e atribuindo-lhe um sentido equivalente ao de felicidade (*happiness*), a qual, por sua vez, é concebida como o objectivo final da vida para o qual todos os outros objectivos convergem.

Com efeito, o bem-estar consiste no prazer ou felicidade (hedonismo vem do termo grego *hedonê*, que significa prazer), focando-se no balanço entre afecto positivo ou negativo. Centrando-se na identificação do nível de felicidade ou satisfação dos indivíduos procura ainda identificar a condições sócio-demográficas, políticas e culturais que lhe estão associadas. Tem também como propósito considerar a avaliação que as pessoas fazem da sua vida com base nos valores, necessidades e sentimentos pessoais, independentemente dos valores universais ou da qualidade do funcionamento psicológico (Novo, 2003).

6.2 Bem-Estar Psicológico

A segunda tradição intelectual, inspirada por Aristóteles e com sólidas raízes filosófica designa-se por visão *eudaimónica*. Esta forma de conceptualização do Bem-Estar, proposta nos anos 80 sob a designação de Bem-Estar Psicológico, assume o bem-estar como a efectivação do potencial humano (Ryff, 1995). Nesta segunda acepção o Bem-Estar consiste na realização pessoal, ou seja, na actualização da nossa verdadeira natureza (eudemonismo vem do termo grego, *eudemonismós*, que significa felicidade e refere-se à doutrina segundo a qual a felicidade consiste na prática da virtude, sendo o prazer um mero produto da vida virtuosa).

O Bem-Estar Psicológico, surge num contexto teórico de natureza humanista, enraizado na Psicologia Clínica, Psicologia do Desenvolvimento e da Saúde Mental, orientado para a compreensão dos processos psicológicos subjacentes à noção de “bem-estar”. O bem-estar psicológico define como objectivo fundamental a operacionalização de dimensões do funcionamento psicológico positivo, dimensões derivadas dos sistemas teórico-clássicos como os de C. Jung, C. Rogers e A. Maslow, e dos modelos de conceptualização do desenvolvimento adulto de G. Allport, B. Neugarten e M. Jahoda (Novo, 2003).



De acordo com Lent (2004), a visão eudaimónica pode ser vista como mais abrangente e menos estruturada do que a posição hedónica, já que envolve um conjunto alargado de experiências e mecanismos, por exemplo objectivos pessoais, valores, através dos quais as pessoas alcançam o crescimento psicológico, conferem significado e estabelecem propósitos nas suas vidas. A visão eudaimónica implica que, para além de “sentir-se bem”, existem formas alternativas, assim como outros caminhos, para atingir o bem-estar.

Este enquadramento conceptual e metodológico é diferente do modelo de bem-estar subjectivo que parte de medidas de felicidade e satisfação como indicadores-alvo do bem-estar. Assim, não excluindo estes indicadores, concebe o bem-estar numa perspectiva abrangente, como o resultado de um conjunto de processos cognitivos, afectivos e emocionais, permitindo amplas dimensões da vivência psicológica subjectiva: a relação da pessoa consigo própria e com a sua vida no presente e no passado, a capacidade para definir e orientar a vida em função de objectivos significativos para si própria, a natureza e qualidade da relação com o meio intersubjectivo e social.

A perspectiva de Bem-Estar baseada na eudaimonia enquadra-se, em síntese, na procura do desenvolvimento do ser e na ética subjacente à procura da gratificação diferida; de modo bem diferente, a perspectiva hedónica está centrada na satisfação do ter e associada à gratificação imediata.

Mais do que simplesmente alcançar a felicidade, Ryff (1995) caracteriza o Bem-Estar como “a procura da perfeição que representa a realização do verdadeiro potencial” (p.100).

Este constructo insere-se num domínio de estudo desenvolvido a partir de duas assumpções prévias (Novo, 2003): (a) a primeira, comum à do modelo de Bem-Estar Subjectivo é a de que o Bem-Estar deve ser identificado a partir da presença de recursos psicológicos efectivos e de um funcionamento que se inscreva no âmbito da saúde mental; (b) a segunda é relativa ao reconhecimento de limitações no domínio do Bem-Estar Subjectivo considerando, por um lado, que este não tem permitido identificar os aspectos psicológicos centrais que nele estão envolvidos e, por outro lado, que não questionando a ideia de que a felicidade pessoal constitui o maior bem de todos os seres humanos, não integra dimensões do funcionamento psicológico importantes na caracterização e compreensão que procura alcançar.

Waterman (1993) citado por Novo (2003) revela que a *eudaimonia* integra além da felicidade ou prazer hedónico, a expressão do desenvolvimento da personalidade.

Segundo Novo (2003) um conjunto de variáveis de personalidade identificadas como correlativas ao Bem-Estar Subjectivo são consideradas neste modelo como inerentes à própria concepção de Bem-Estar Psicológico. Os objectivos na vida, o crescimento pessoal, as relações com os outros e os afectos positivos não contribuem para o Bem-Estar, eles



próprios são componentes do Bem-Estar. Neste sentido a mesma autora explica que “os sentimentos mais ou menos generalizados de felicidade, que no modelo do Bem-Estar Subjectivo constituem alvo de avaliação, estão implicados nesta nova concepção de Bem-Estar. Mas tais sentimentos, ao invés de serem tomados directamente como critério final de Bem-Estar são considerados como emergentes da vivência de domínios psicológicos diversos que constituem, estes sim, os alicerces da construção do Bem-Estar e os alvos de avaliação.

Assim, neste modelo, o bem-estar psicológico é definido como um constructo multidimensional que abrange um conjunto diverso de dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta (Ryff, 1989):

- “aceitação de si mesmo”: manutenção de atitudes positivas em relação a si mesmo e em relação à própria vida presente e passada, bem como o reconhecimento e à aceitação de múltiplos aspectos de si mesmo, incluindo as boas e as más qualidades.
- “relações positivas com os outros” – equivalem relações agradáveis e de confiança com os outros, preocupação com o bem-estar destes e com empatia, afeição, intimidade e entendimento na relação de dar e receber no âmbito das relações humanas.
- “domínio do meio” – diz respeito à capacidade de escolher ou criar ambientes adequados à respectiva condição física.
- “autonomia” – auto-determinação, capacidade para resistir às pressões sociais e a presença d um locus interno de avaliação com base nos próprios padrões.
- “objectivos na vida” – diz respeito ao sentimento de que existe um propósito e um significado par a vida.
- “crescimento pessoal” – representa o sentimento de desenvolvimento contínuo, de realização do próprio potencial e de estar aberto a novas experiências.

Em suma, “a avaliação positiva de si, um sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa, a crença de que a vida pessoal é importante e significativa, o estabelecimento de relações positivas com os outros, a capacidade para gerir a própria vida e as exigências externas com eficácia e um sentido de determinação pessoal face à realização de objectivos pessoais, constituem as vias de construção do bem-estar psicológico e reflectem, naturalmente, os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro” (Novo, 2003:49).

Ryff (1989) teve o engenho de realizar muitos das suas investigações junto de população de meia-idade e idosa. Esta preferência de Ryff é especialmente importante, na medida em que o Bem-Estar Psicológico é muitas vezes utilizado como variável dependente em estudos sobre o envelhecimento, analisando-se os efeitos de variáveis independentes tão diversas como a religião, capacidade financeira, saúde, personalidade, reforma, etc.,



sobre o Bem-Estar Psicológico, sem que este seja especificamente considerado como objecto de estudo em si mesmo relativamente à população adulta e idosa (Ryff&Essex, 1991 cit in Fonseca,

Fonseca (2005) refere que são escassos os quadros conceptuais acerca do Bem-Estar Psicológico na velhice formulados com base nas teorias do funcionamento positivo. Segundo Ryff & Essex (1991 cit in Fonseca, 2005) esta ausência de quadros de referência conceptual faz com que a pesquisa em torno do Bem-Estar Psicológico na velhice surja frequentemente encarada apenas como a ausência de doença ou depressão, negligenciando as possibilidades de envelhecimento positivo da maior parte da população. Assim, considerando a compreensão do Bem-Estar segundo um “funcionamento psicológico positivo”, que Ryff (1989) procedeu à construção teórica de uma medida de avaliação do Bem-Estar Psicológico organizada em torno de seis factores que correspondem às seis dimensões supracitadas, como estruturantes para a compreensão do conceito: autonomia, domínio sobre o meio, relações positivas com os outros, objectivos na vida, crescimento pessoal, aceitação de si próprio.

6.2.1 Medidas de Bem-Estar Psicológico

Em termos de avaliação, Ryff (1989) desenvolveu um instrumento multidimensional para avaliar estes seis componentes racionalmente derivados do Bem-Estar Psicológico, relacionando os mesmos seis aspectos com indicadores da saúde física e emocional (Ryff & Singer, 2002).

Ryff (1989) e Ryff e Essex (1991) caracterizam o trabalho de validação desta escala junto de três grupos de indivíduos (133 jovens adultos, 108 adultos na meia idade e 80 idosos) que foram também avaliados em medidas de bem-estar dominantes na literatura sobre o tema: satisfação de vida, felicidade, auto-estima, depressão, ânimo e locus de controlo.

Para cada uma destas dimensões foi proposta uma escala específica de auto-avaliação, de tipo Likert, em que os itens são afirmações de carácter descritivo com seis categorias de resposta ordenada, do “*Discordo Completamente*” ao “*Concordo Completamente*”. A versão final do instrumento integra o conjunto das seis escalas designadas como Escalas de Bem-Estar Psicológico.

Existem actualmente três versões destas escalas que diferem apenas no número de itens: a primeira versão proposta, integra 20 itens por dimensão, sendo o instrumento global de 120 itens; a segunda e terceira versões são constituídas por 14 e 3 itens por dimensão, num total de 84 e de 18 itens, respectivamente.



Mais recentemente, Ryff e Singer (1998, cit. in Novo, 2003) priorizaram os componentes do Bem-Estar Psicológico, defendendo que os objectivos na vida e as relações positivas com os outros são os principais bens na vida para uma saúde humana positiva.

Fundamentando a sua perspectiva na psicologia, na sociologia e na filosofia, Ryff e Singer (1998) consideram que para viver bem, a vida tem de ter um sentido, uma pessoa tem de estar envolvida em projectos que dêem dignidade e significado à existência pessoal e que permitam o desenvolvimento da personalidade de cada um. Estes autores propõem assim o sentido, o significado e os objectivos de vida, o conhecimento e aceitação de si, o crescimento pessoal e a realização de si como dimensões importantes, não apenas da saúde mental mas também da saúde em geral.

Lawton (1975, citado por Pais Ribeiro e Pombeiro, 2004) define ânimo com a perspectiva positiva que cada um tem de si mesmo, num esforço de aceitar e controlar a realidade. Lawton tem assim uma visão de ânimos em termos de bem-estar geral.

Autores como Levy, Slade, Kunkel e Kasl (2002) referem que através de estudos puderam concluir que uma percepção positiva de envelhecimento aumentam a esperança média de vida, ou seja um envelhecimento saudável contribui para que os indivíduos em média vivam mais 7,5 anos, estes autores são ainda da opinião de Lawton que o ânimo está intimamente ligado ao bem-estar no geral, ao nível da percepção que o indivíduo tem de si mesmo, tendo em conta o contexto cultural, o sistema de valores em que vive, e clato as suas metas objectivos e também os relacionamentos familiares e sociais que estabelece.

II Corpo empírico

1. Apresentação do Estudo, objectivos e hipóteses

Segundo Birren (1995, citado por Fonseca, 2004) o estudo do envelhecimento é rico em dados, mas pobre em teorias. Embora seja uma temática que tem vindo a assumir grande importância nas sociedades contemporâneas (OMS, 2002), não existem muitos estudos sobre temas específicos e variados que interliguem o envelhecimento a vários conceitos, segundo Birren (1995) existe muita informação mas que não está organizada devidamente.

Estudos de Barreto (1984, 1988) e de Paúl (1996,2001) referem que a existência de relações sociais na velhice tem influência directa no bem-estar físico e mental, proporciona relações de partilha, oportunidades de socialização e apoio emocional e instrumental. Paul (2005) acrescenta que a proximidade do suporte social permite relações de segurança e confiança, elementos essenciais no envelhecimento saudável.



Por outro lado, Tennstedt e McKinlava (1998, citados por Paúl, 2005) referem que as famílias são o maior suporte dos idosos, e a quem estão destinadas grande parte das tarefas de apoio. Estudos de Pais (1998) apontam para a necessidade dos elementos familiares apoiarem os idosos na velhice, de forma a permitir a existência de um equilíbrio emocional.

Neste sentido, o presente estudo tem como finalidade reflectir sobre a influência do suporte social e familiar no envelhecimento saudável de idosos institucionalizados (idade igual ou superior a 65 anos), área que não foi ainda alvo de grandes investigações, assim pensa-se que esta investigação possa vir a ser uma mais-valia na área da geriatria, assim esta investigação é de cariz quantitativo, transversal e exploratório.

Com base na revisão da literatura, foi então possível definir um objectivo principal, que consiste em analisar a existência ou não de suporte social e familiar e a forma como estes podem estar relacionados com o envelhecimento saudável dos idosos institucionalizados. Foi possível definir também alguns objectivos específicos, tendo em conta este objectivo geral:

- Analisar a relação entre suporte social e suporte familiar;
- Analisar os níveis de satisfação com o suporte social;
- Analisar os níveis de satisfação com o suporte familiar,
- Determinar a existência de relacionamentos de amizade significativos;
- Analisar a relação entre a satisfação com o suporte social e o envelhecimento saudável;
- Analisar a relação entre a satisfação com o suporte familiar e o envelhecimento saudável;
- Determinar as diferenças dos níveis de satisfação com o suporte social e familiar em função das variáveis sociodemográficas, género, idade, estado civil, escolaridade, estatuto económico, número de filhos, tempo de institucionalização;
- Determinar os preditores do suporte social na amostra estudada;
- Determinar os preditores do suporte familiar na amostra estudada;
- Determinar a influência dos níveis de suporte social e familiar no envelhecimento saudável;

Considerando como variável dependente o Envelhecimento Saudável e suas dimensões, e como variáveis independentes a satisfação com o suporte familiar e social, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1: A satisfação com o suporte social varia em função das variáveis sociodemográficas (idade, grau de instrução, estado civil, existência de filhos);



H2: A satisfação com o suporte familiar varia em função das variáveis sociodemográficas (idade, grau de instrução, estado civil, existência de filhos);

H3: A satisfação com o suporte social proporciona um envelhecimento saudável;

H4: A satisfação com o suporte familiar proporciona um envelhecimento saudável;

A recolha de informação foi conseguida através da aplicação directa de questionários.

2. Método

2.1. Participantes

O presente estudo empírico foi realizado junto de idosos do Lar Viscondessa d São Caetano e do Lar de São José, ambos situados no concelho de Viseu, a amostra foi constituída por 100 idosos, sendo que 54 participantes são do sexo masculino e 46 são do sexo feminino. Definiu-se como critérios de inclusão da amostra que os participantes estivessem institucionalizados a tempo inteiro e definiu-se como critério de inclusão na amostra que os sujeitos tivessem idade igual ou superior a 65 anos, a idade dos idosos varia entre 66 e 88, a média das idades dos sujeitos que participaram no estudo é de 76,06 anos de idade, com desvio padrão de 5,49, a mediana das idades é de 76.

Em relação à proveniência da amostra, os 100 participantes são todos do concelho de Viseu. No que respeita ao estado civil, apenas 7% da amostra é solteiro, sendo que 47% são viúvos e os restantes 46% são casados. Já no que se refere à existência de filhos, 54% da amostra tem filhos, e os restantes 46% não tem, a média de número de filhos é de 1,87 (DP=0,848), o número de filhos varia entre 1 e um máximo de quatro, situando-se a mediana no valor de 2. Na tabela seguinte apresentam-se as características sociodemográficas descritas anteriormente.

Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra	
Sexo	
Feminino	54 (54%)
Masculino	46 (46%)
Idade	
Média	76,06
Mediana	76
Moda	80
Variância	30,097
Desvio Padrão	5,486
Estado civil	



Solteiro(a)	7 (7%)
Casado(a)	46 (46%)
Viúvo(a)	47 (47%)
Número de filhos	
0	46 (46%)
1	20 (20%)
2	24 (24%)
3	7 (7%)
4	3(3%)
Total	100 (100%)

Tabela 13- Distribuição da Amostra em função das variáveis sociodemográficas

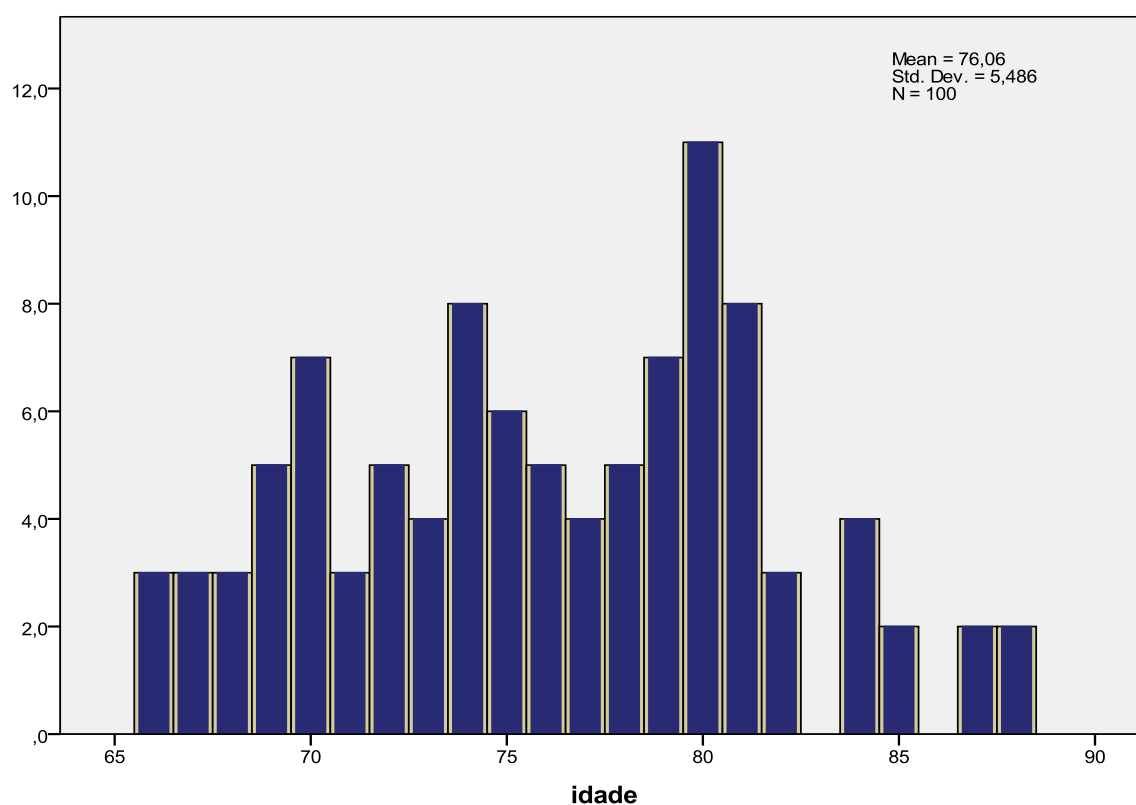


Figura 5- Distribuição das idades da amostra

Relativamente ao estatuto socioeconómico, pode-se verificar que 52% da amostra refere ter escolaridade até 4 anos, 32% até 6 anos, 14% até 9 anos de ensino e 2% têm até 12 anos.



Escolaridade		
	Frequência	Percentagem
0 até 4	52	52%
até 6	32	32%
até 9	14	14%
até 12	2	2%

Tabela 14 Distribuição da amostra em função no nível de escolaridade

Tabela 15 Distribuição da amostra de acordo com estatuto socioeconómico

Estatuto Socioeconómico	
alto	2(2%)
médio - alto	28(28%)
médio	60(60%)
médio - baixo	10(10%)

Como é possível analisar na tabela 3, no que diz respeito ao estatuto socioeconómico, 2% da população da amostra refere ter um estatuto alto, 28% médio-alto, 60% médio e os restantes 10% referem ter um estatuto médio-baixo.

Relativamente ao tempo de institucionalização, o tempo varia de um mínimo de três meses a um máximo de 4 anos, sendo que 21% (percentagem maior) da amostra encontra-se institucionalizada à três anos, como é possível verificar na tabela seguinte.

Tempo de institucionalização	
3 meses	2%
6meses	7%
8meses	1%
1 ano	19%
2 anos	18%
3 anos	21%
4anos	15%
5 anos	4%
6anos	8%
7anos	4%
8ano	1%

Tabela 16 Distribuição da amostra em função do tempo de institucionalização



2.2. Instrumentos

No presente estudo empírico optou-se pelos seguintes questionários e instrumentos de recolha de dados (ver anexo 1):

- Questionário sócio-demográfico;
- Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999);
- Inventário de Percepção de Suporte Familiar (Baptista, 2005)
- Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton (1975)

2.2.1 Questionário Sócio-demográfico

O Questionário Sócio-demográfico realizado no âmbito desta investigação recolheu informações sobre o género, idade, estado civil, número de filhos e existência de contacto com os mesmos, escolaridade, estatuto socioeconómico, região de residência, tempo de institucionalização, grau de satisfação com o suporte familiar, existência de relacionamentos significativos de amizade e satisfação com os mesmos.

2.2.2 Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (Pais Ribeiro, 1999)

A ESSS é constituída por 15 afirmações, apresentadas ao sujeito para auto-preenchimento, os indivíduos devem assinalar o grau de concordância numa escala de Lickert (cinco posições), que na presente investigação tem apenas três níveis de resposta tendo assim sido adequada devido a ser mais fácil para população em questão. Na construção da escala Ribeiro (1999), teve em consideração medidas que expressam saúde, bem-estar ou mal-estar, ou outras que estão intimamente ligadas a essas variáveis. O autor seleccionou itens que reflectissem a satisfação dos indivíduos com a sua vida social, nomeadamente ao nível das relações que estabelecem com os actores sociais com que interagem habitualmente, família, amigos, conferindo ainda alguma atenção também às actividades sociais que desenvolvem. Os itens foram inspeccionados e corrigidos por três juízos, de forma a garantir a validade de conteúdo.

A consistência interna (alfa de Cronbach) da escala total é de 0,85. O estudo levado a cabo por Ribeiro (1999) propõe uma escala de avaliação do suporte social percebido para a saúde que é sensível e válida.



2.2.3 Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF (baptista, 2005)

Segundo Baptista (2005), os itens do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) foram construídos com base em diversos instrumentos nacionais e internacionais, tais como o Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-III), de Olson, Portner e Lavee (1985) citado por Corcoran e Fischer (1987); o Family Assessment Device (FAD), de Epstein e colaboradores (1983); o Family Awareness Scale (FAZ), de Green e colaboradores (1985); o Parental Bonding Instrument (PBI), de Parker e colaboradores (1979) e o Questionário de Estilos Parentais de Gomide (2003).

Este inventário visa identificar a percepção que o indivíduo possui do suporte familiar, avalia a afectividade e autonomia familiar. Foi construído com base na realização de uma pesquisa com estudantes universitários sobre questões referentes à família ideal. Inicialmente o instrumento era composto por 192 itens e após a análise factorial, o mesmo foi reduzido para 43 itens, no entanto actualmente é constituído por apenas 42 itens, visto que foi excluído mais um item cuja carga factorial ficou abaixo do esperado.

O inventário ficou, portanto, dividido em três dimensões, o primeiro factor denomina-se de afectivo-consistente, engloba frases (21 itens) que dizem respeito à expressão de afectividade entre os membros da família (verbal e não verbal), interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interacção, respeito, empatia,. O factor 2, denominado adaptação familiar, composto por 13 itens, caracteriza-se por perguntas referentes a sentimentos e comportamentos negativos em relação à família (raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, percepção de que os familiares competem entre si, são interesseiros, culpam-se nos conflitos, ausência de sentimento de pertença, vergonha, irritação, relações agressivas), por último o factor 3, constituído por 8 itens, denomina-se de autonomia, abrange questões que podem assinalar relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros. Os índices de confiabilidade, expressos pelo Alfa de Cronbach, demonstraram que o factor 1 apresentou o Alfa de 0,91, o factor 2, de 0,92 e o factor 3, de 0,78, ao nível da escala global o Alfa é de 0,93 (Baptista, 2006).

Segundo os estudos e investigações de Baptista (2007), o IPSF demonstrou óptimas qualidades psicométricas, outros estudos feitos por outros autores confirmam essas qualidades psicométricas do instrumento.

2.2.4 Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philpadelphia de Lawton (1975)

Esta escala foi construída especificamente para a população idosa, foi desenvolvida no Centro Geriátrico de Filadélfia, encontra-se traduzida e aferida para a população



portuguesa por Paúl (1992), avalia o estado de ânimo, que é considerado um conceito multidimensional de Bem-Estar Psicológico. Paúl (2005), considera que esta escala é muito útil no sentido de que permite ter acesso a 3 níveis de Bem-Estar, o nível 1 é constituído pelos itens 2,3,5,13 e 14 (solidão/insatisfação) é possível recolher informação acerca da avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais; no nível 2, atitudes face ao próprio envelhecimento, (itens 8,9,10,11 e 12), é feito um balanço entre a vida passada e a presente; por último o nível 3, agitação, corresponde aos itens 1,4,6 e 7, e analisa manifestações comportamentais de ansiedade.

A versão original é constituída por 17 itens, mas a versão portuguesa conta apenas com 14 itens (versão utilizada neste estudo), a utilização desta escala em várias investigações demonstrou que é uma medida fiável e fidedigna, ao nível da validade interna, o estudo de Paúl (1992) encontrou um valor de Alfa de 0,75, no nível 1, 0,71 no nível 2 e 0,71 no nível 3.

2.3. Procedimentos

O primeiro passo dado na realização desta investigação foi a pesquisa bibliográfica, pesquisar informações que sustentassem não só a parte teórica mas toda a investigação, nomeadamente estudos que já existissem.

Posterior a esta pesquisa, foi construído o questionário sócio-demográfico, ao qual se juntaram questionários já existentes e que iam ao encontro do objectivo do estudo, finalizado este passo foi definida a amostra (com idade pré-estabelecida de terem de ser sujeitos com idade igual ou superar a 65 anos) que se considerava ser adequada ao estudo, teve um N = 100, e foi obtida por conveniência em duas instituições de Solidariedade Social do concelho de Viseu, com valência de lar: Lar de São José e Lar Viscondessa São Caetano.

As Direcções das instituições foram contactadas pessoalmente, no sentido de se obter autorização para aplicação dos questionários aos respectivos utentes do lar, explicando desde logo os objectivos e motivo da investigação, não houve necessidade de elaborar um pedido escrito, pelo que ambos responsáveis das Direcções dispensaram essa formalização e permitiram a aplicação dos questionários. Após esta autorização, deu-se início então à aplicação dos instrumentos.

É importante referir que os aspectos éticos relativos ao desenvolvimento metodológico do estudo foram tidos em consideração, e salvaguardados. Não foi feito nada nas instituições sem antes se obter autorização, e por outro lado houve a garantia de confidencialidade das informações recolhidas. Também os participantes do estudo foram



informados de forma clara e objectiva acerca do objectivo da investigação, garantindo-se assim o consentimento informado dos participantes, aos quais foi feito prontamente um agradecimento inicial e posterior ao preenchimento do questionário.

Concluída a recolha dos dados, os mesmos foram introduzidos e analisados estatisticamente através do *Predictive Analytics Software (PASW)*, versão 18.0, com o objectivo de responder aos objectivos desta investigação

2.4 Análise dos Dados

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos foi utilizado o software informático *Predictive Analytics Software (PASW)* versão 18.0. Com o objectivo de avaliar se a amostra seguia uma distribuição normal, realizamos o teste Kolmogorov-Smirnov, o resultado confirmou a normalidade da amostra, permitindo assim a utilização de testes paramétricos.

Começou-se com a estatística descritiva, para realizar a caracterização da amostra, realizada anteriormente. Posteriormente recorreu-se à utilização de testes t de Student de forma a comparar as médias de dois grupos independentes; já nas situações que exigiam a comparação de médias de mais de dois grupos, efectuou-se análises da variância (ANOVA).

No que diz respeito aos níveis de significância, seguiu-se o seguinte critério: resultados significativos (*) sempre que a probabilidade de erro for inferior a 0,05; muito significativos (**) quando a probabilidade de erro for inferior a 0,01; altamente significativos (***) se a probabilidade de erro dos inferior a 0,001.



III Resultados

Relativamente aos níveis de satisfação com o suporte social verificou-se que 66% amostra refere ter bons amigos, já os restantes 34% referem não ter ($M= 1,34$; $DP=0,476$), no âmbito do grau de satisfação com os relacionamentos de amizade ($M=3,03$; $DP=1,259$), a percentagem maior (44%) referiu estar bastante satisfeito, enquanto que apenas 6% indicaram estar muito satisfeitos, já 18% da amostra encontra-se nada satisfeito, 17% estão pouco satisfeitos, e 15% referiu estarem satisfeito com os relacionamentos de amizade que estabelecem.

Tabela 17 - Distribuição da amostra em função do grau de satisfação com os Relacionamentos de Amizade

Grau De Satisfação com os Relacionamentos Amizade	
Nada Satisfeito	18%
Pouco Satisfeito	17%
Satisfeito	15, %
Bastante	44%
Satisfeito	6%
Muito Satisfeito	100%
Total	

No que diz respeito ao grau de satisfação com o suporte familiar, 40% dos participantes mencionaram estar bastante satisfeitos, 31% muito satisfeitos, 15 % pouco satisfeitos, 8% nada satisfeitos e os restantes 6% encontram-se satisfeitos. A média é de 3,71, com desvio padrão de 1,274, e mediana de 4. Verificou-se também que de 54% da amostra que tem filhos, 4% não tem contacto com os filhos ($M=1$; $DP=0,264$).

Tabela 18 - Distribuição da amostra em função do Grau de Satisfação com o Relacionamento familiar

Grau de Satisfação com o Relacionamento Familiar	
Nada Satisfeito	8%
Pouco Satisfeito	15%
Satisfeito	6%



Bastante satisfeito	40%
Muito Satisfeito	31%
Total	100%

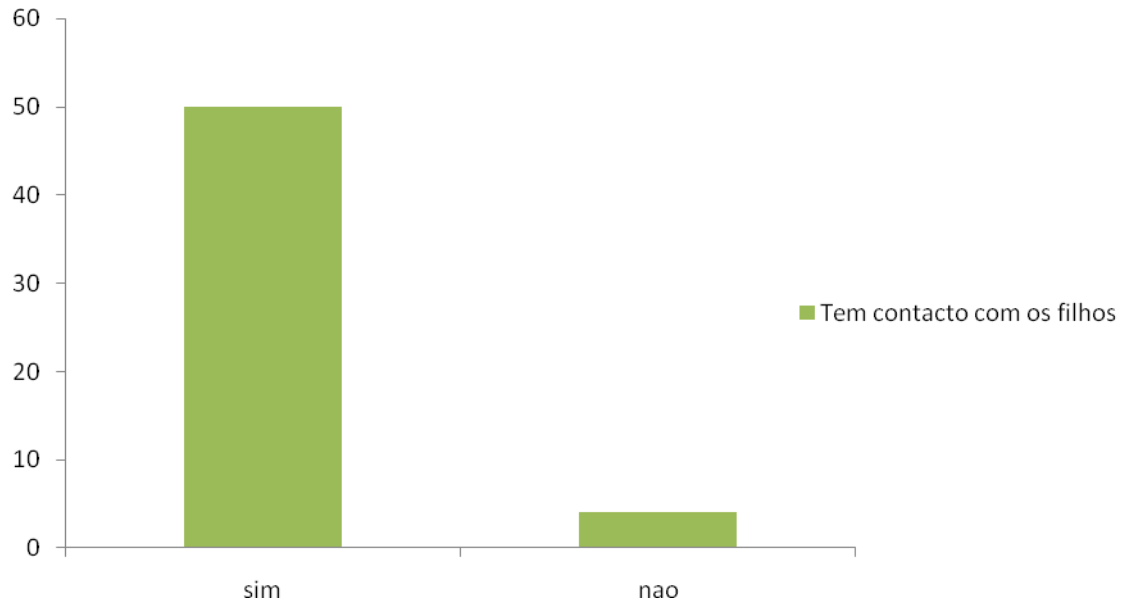


Figura 6- Distribuição da população da amostra que tem filhos, em função do contacto

Na análise efectuada não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($t(98) = -0,524$; $p = 0,601$) entre o grau de satisfação com o relacionamento familiar em sujeitos de sexo masculino ($M = 3,65$) e sujeitos do sexo feminino ($M = 3,78$). (cf. Figura 3). No estudo do grau de satisfação com os relacionamentos de amizade, tendo em conta o género, também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($t(98) = 0,574$; $p = 0,593$), o sexo masculino com média de 3,09, já o feminino com $M = 2,96$. (cf. Figura 4)

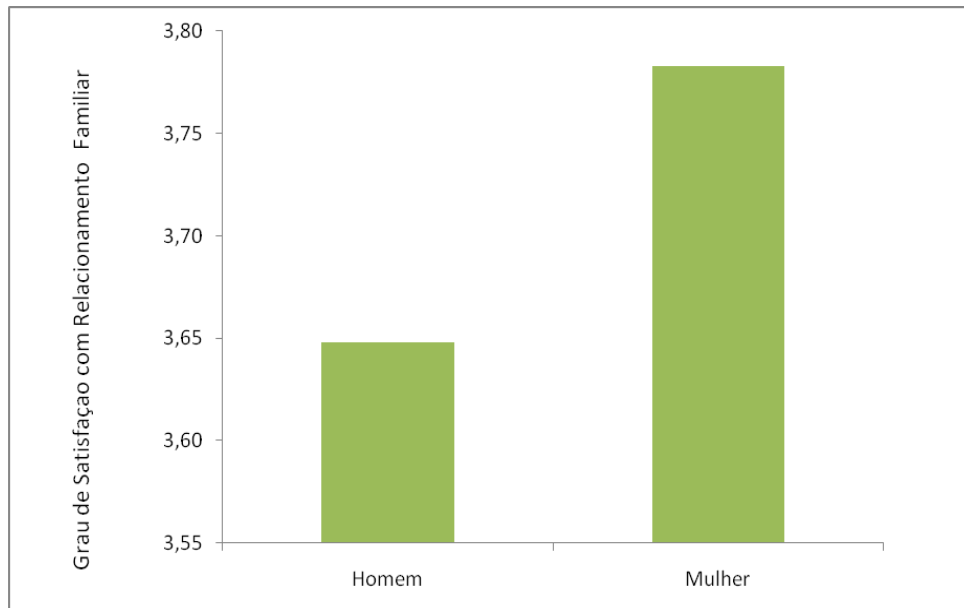


Figura 7 Grau de Satisfação com Relacionamento Familiar em função do Género

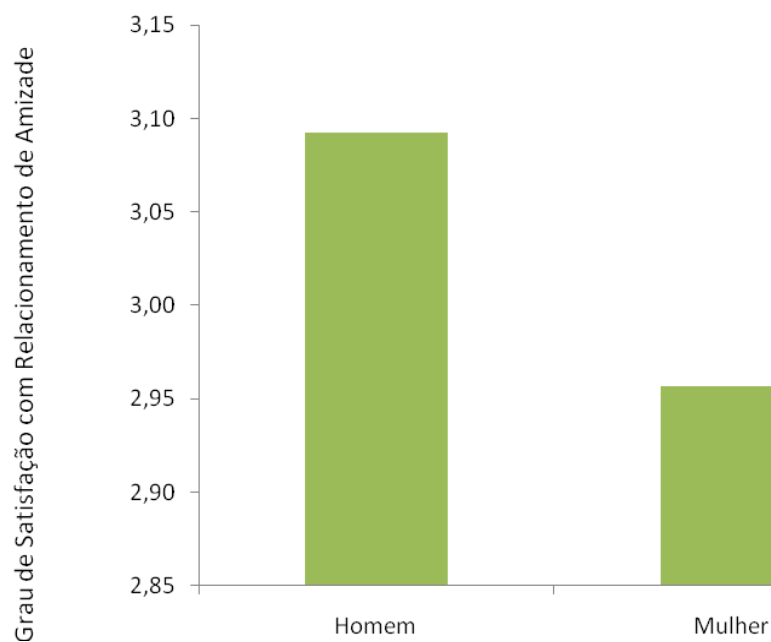


Figura 8 - Grau de Satisfação com Relacionamentos de Amizade em função do Género

Na análise do grau de satisfação com os relacionamentos familiares em função das restantes variáveis sociodemográficas não se encontraram diferenças significativas, sendo que na idade os resultados obtidos foram ($F(4;95) = 0,115$; $p=0,977$) com $M= 3,592$, no que diz respeito ao estatuto socioeconómico ($F(4;95) = 1,154$; $p = 0,336$), na variável do nível de



escolaridade ($F(4;95) = 0,736$; $p = 0,570$) e por último em função do estado marital ($F(4;95) = 0,920$; $p = 0,456$).

Grau de Satisfação com Relacionamento Familiar					
	Média	DP	df	F	Sig
Idade	76,06	5,486	4;95	0,115	0,977
Estatuto	2,78	0,645	4;95	1,154	0,336
Socioeconómico					
Escolaridade	1,66	0,794	4;95	0,736	0,570
Estado Marital	2,40	0,620	4;95	0,920	0,456

Tabela 19 - Distribuição do Grau de Satisfação com Relacionamento Familiar em função das variáveis sociodemográficas

Na análise do grau de satisfação com os relacionamentos de amizade, em função das restantes variáveis sociodemográficas, também não se encontraram diferenças significativas, sendo que na idade os resultados obtidos foram ($F(4;95) = 0,818$; $p=0,517$), no que diz respeito ao estatuto socioeconómico ($F(4;95) = 0,188$; $p = 0,944$), na variável do nível de escolaridade ($F(4;95) = 0,636$; $p = 0,638$) e por último em função do estado marital ($F(4;95) = 2,138$; $p = 0,082$). (cf. Tabela 8)

Grau de Satisfação com Relacionamentos de Amizade					
	Média	DP	df	F	Sig
Idade	76,06	5,486	4;95	0,818	0,517
Estatuto	2,78	0,645	4;95	0,188	0,944
Socioeconómico					
Escolaridade	1,66	0,794	4;95	0,636	0,638
Estado Marital	2,40	0,620	4;95	2,138	0,082

Tabela 20 - Grau de Satisfação com Relacionamentos de Amizade em função das variáveis sociodemográficas

No que se refere ao grau de satisfação com o relacionamento familiar em função do estabelecimento de contacto com os filhos, existem diferenças estatisticamente significativas ($t(52) = 3,532$; $p = 0,001$), sendo que a média do grupo da amostra que tem contacto com os filhos é de 4,02, e a do grupo que não tem é de 2.



	Grau de Satisfação com o Relacionamento Familiar			
Tem contacto com os filhos:	Média	df	t	Sig. (2-tailed)
Sim	4,02	52	3,532	0,001
Não	2,00			

Tabela 21 - Grau de Satisfação com Relacionamento Familiar em função do contacto filial

No que se refere ao grau de satisfação com os relacionamentos de amizade em função de considerarem ter bons amigos, existem diferenças estatisticamente significativas ($t(98) = 19,699$; $p < 0,001$), sendo que a média do grupo da amostra que considera ter bons amigos é 3,83, e a do grupo que considera que não tem é de 1,47.

	Grau de Satisfação com o Relacionamentos de Amizade			
Tem bons amigos:	Média	df	t	Sig. (2-tailed)
Sim	3,83	98	19,699	< 0,001**
Não	1,47			

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 22 - Graua de Satisfação com os Relacionamentos de Amizade em função da existência de bons amigos

Na análise da dos resultados das escalas totais, da Escala de Ânimo aplicada no questionário, em função da Escala de Suporte Social (ESSS), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($F(12;87) = 20,141$; $p < 0,001$). Da mesma forma, quando analisada os resultados da Escala de Ânimo em função dos resultados obtidos no Inventário de Percepção do Suporte Familiar, os resultados são estatisticamente significativos ($F(12;87) = 36,880$; $p < 0,001$). (cf. Tabela 11)

Factor: Escala
de Ânimo

	Média	DP	df	F	Sig
ESSS	26,09	4,107	12;87	20,141	<0,001



IPSF	78,15	7,303	12;87	36,880	<0,001
------	-------	-------	-------	--------	--------

Tabela 23 - Resultados da Escala de Ânimo em função dos resultados da escala de Suporte Social (ESSS) e do Inventário de Suporte Familiar (IPSF)

<i>Factor: Escala de Ânimo</i>					
	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Grau de Satisfação com Relacionamento Familiar	3,71	1,274	12;87	15,865	<0,001
Grau de Satisfação com Relacionamentos de Amizade	3,03	1,259	12;87	6,650	<0,001

Tabela 24 - Resultados da Escala de Ânimo função do grau de satisfação com o relacionamento familiar e o grau de satisfação com os relacionamentos de amizade

No que se refere à relação entre o grau de satisfação com o relacionamento familiar, e os resultados obtidos na Escala de Ânimo, verificam-se também resultados significativos ($F(12;87) = 15,865$; $p < 0,001$), também na análise da escala em função do grau de satisfação com os relacionamentos de amizade foram encontrados resultados significativos ($F(12,87) = 6,650$; $p < 0,001$). (cf. Tabela 12)



IV Discussão dos resultados e conclusões

Procurou-se inicialmente avaliar o grau de satisfação com relacionamento familiar face às variáveis sociodemográficas, onde os resultados obtidos não são estatisticamente significativos. No que diz respeito ao género ($t(98) = -0,524$; $p=0,601$), sendo que a média no sexo masculino é de 3,65 e no sexo feminino é de 3,78; idade ($M=76,06$; $DP=5,486$) ($F(4;95) = 0,115$; $p = 0,977$); estatuto socioeconómico ($M=2,78$; $DP= 0,665$) ($F(4;95) = 1,154$; $p = 0,336$); escolaridade ($M=1,66$; $SP= 0,794$) ($F(4;95) = 0,736$; $p = 0,570$) e estatuto marital ($M=2,40$; $DP= 0,620$) ($F(4;95) = 0,920$; $p = 0,456$). Também o grau de satisfação com os relacionamentos de amizade parece não sofrer influência das variáveis sociodemográficas, uma vez que também os resultados não foram significativos (cf. tabela 8).

Numa outra análise resultados obtidos permitem concluir que de facto o suporte social e familiar tem influência no bem-estar e ânimo e por consequente no envelhecimento bem sucedido. Tal como as investigações de Giles, Glonek, Luszcz & Andrews (2005), também no presente estudo, foi possível verificar que os idosos que referiram ter bons amigos (66%, $M=1,34$; $DP=0,476$) apresentaram resultados significativos relativamente ao grau de satisfação com os relacionamentos de amizade ($t(98) = 19,699$; $p<0,001$) (cf tabela 10), assim as relações de amizade parecem assumir uma cumplicidade, segundo Eilias (referido por Menezes, 2004) muitos dos relacionamentos sociais estabelecidos e mantidos durante a velhice funcionariam como um escape ao pensamentos da morte e do morrer. O estabelecimento de relacionamentos saudáveis, objectivos comuns, o sentimento de conexão, etc, é, segundo os vários autores da área algo fulcral para que possa existir o sentimento de pertença e consequentemente de comunidade.

Tal como Chipuer e Pretty (1999, citados por Sense of Community Partners, 2004) referiram nos seus estudos a existência de uma relação forte e significativa entre indivíduos, é símbolo de um sentido de comunidade verdadeiro, e por seu turno a partilha deste sentimento de comunidade pode ser benéfico para os elementos da sociedade, no sentido em que proporciona segurança, afirmação social, sentimentos de pertença, bem como sentimentos de auto-eficácia e auto-estima.

Relativamente ao grau de satisfação com os relacionamentos de amizade, 44% da nossa amostra referiu estar bastante satisfeito, 6% muito satisfeitos, 17% pouco satisfeitos, 15% satisfeitos e 18% nada satisfeitos ($M=3,03$; $DP=1,259$), segundo Alarcão (1998) é de extrema importância que os idosos estabeleçam uma boa rede social, uma vez que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, evitam o isolamento e o anonimato.



Para Barrón (1996) o apoio social tem em conta as transacções que se estabelecem entre os indivíduos, tratando-se por isso de um conceito interactivo, também Cruz (2001) sublinha esse aspecto, acrescentando que as relações sociais significantes são assentes em pessoas que nos são queridas, nas quais se pode confiar e apoiar em qualquer circunstância. Assim sendo, segundo investigações de Vaz Serra (1999), o suporte social assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda, o que proporciona bem-estar e assegura uma boa sobrevivência dos indivíduos. Também os resultados do presente estudo apoiam estas definições, quando analisada a escala de ânimo em função da escala de suporte social os resultados são estatisticamente significativos ($F(12;87)=20,141; p<0,001$)).

É importante não esquecer que a subjectividade e individualidade do apoio social varia de indivíduo para indivíduo, ou seja depende da percepção de cada um, esta percepção depende da comunicação entre os actores sociais e da percepção de que são ou não estimados (Cruz, 2001). Assim, quando estudados os resultados totais obtidos na escala de ânimo em função do grau de satisfação, que os indivíduos da amostra, que mencionam sentir face aos relacionamentos de amizade que estabelecem no quotidiano, obteve-se um resultado estatisticamente significativo ($F(12;87)=6,650; p<0,001$)).

Em suma, segundo as investigações dos vários autores, o apoio social tem um efeito protector e amortizador, e tem influência directa no bem-estar, assim indivíduos que tenham um apoio social carenciado poderão ser, mais facilmente, afectados por situações propícias ao stress, do que sujeitos que tenham um bom sentido de comunidade e um alto nível de suporte social (Martins). Quer Barreto (1984, 1988) quer Paúl (1996, 2001) justificam que a existência de relações sociais significativas, na velhice, é considerada como um elemento protector da saúde mental dos indivíduos, e portanto um importante elemento de bem-estar.

Passando à análise do suporte familiar ($M=3,71; DP= 1,274$), 40% da amostra menciona estar bastante satisfeito com o relacionamento familiar que mantém, 6% satisfeitos, 15% referem estar pouco satisfeitos e 8% nada satisfeitos. É de referir que dos 54% de indivíduos que têm filhos, 4% não mantém contacto com os filhos ($M=1; DP0,264$). Alarcão (2000) menciona que o desenvolvimento da família como suporte tem subjacente a criação de um sentimento de pertença e a individualização e autonomização dos membros da família. Sousa (2004) acrescenta que a característica mais vincada, das famílias contemporâneas, é o entrecruzar de gerações, também Vasconcelos (1998) sublinha esse aspecto referindo que a família tem extrema importância no estabelecimento de ajudas intergeracionais, quer no sentido ascendente, quer descendente.

Silverstein e Bengston (1997), e Sousa (2004) verificaram nas suas investigações que os pais idosos e os filhos de idade adulta se reaproximam, sendo que os filhos são imprescindíveis para grande parte dos idosos. Também no presente estudo, foi possível



verificar resultados estatisticamente significativos quando analisado o grau de satisfação com o relacionamento familiar em função da existência de contacto com os filhos ($t(52)=3,532$; $p = 0,001$).

Embora o suporte social seja de extrema importância no bem-estar dos idosos, Paúl (1997) refere que a família constitui o núcleo relacional por excelência, tratando-se da principal fonte de apoio físico e emocional. Assim obtiveram-se resultados estatisticamente significativos quando analisada a escala de ânimo em função da percepção que os sujeitos têm do suporte familiar ($F(12;87) = 36,880$; $p < 0,001$). Tennstedt e McKinlay (1989, citados por Paúl, 2005) indicam que o cuidado familiar prestado a idosos é fundamental para o bem-estar dos mesmos. A importância da existência de relações familiares positivas, na velhice, é inequívoca.

Por último quando avaliados os resultados da escala de ânimo em função do grau de satisfação com os relacionamentos familiares obtiveram-se igualmente resultados estatisticamente significativos ($F(12;87) = 15,865$; $p < 0,001$), o que suporta então a questão da importância da existência de um bom apoio familiar num envelhecimento saudável, com bem-estar. Paul (1996, 2001) sustenta que a existência de redes de apoio é uma condição fulcral para que seja possível assegurar a autonomia dos idosos, um auto-conceito positivo e uma maior satisfação de vida, factores indispensáveis no alcance de um envelhecimento óptimo.

Segundo Novo (2003), a satisfação com a vida parte da avaliação que os sujeitos fazem da sua vida, com base nos valores, necessidades e sentimentos pessoais. Ryff (1995) refere que o alcance do bem-estar consiste na realização pessoal, que depende da qualidade da relação com o meio intersubjectivo e social, da aceitação de si mesmo, do domínio do meio, existência de autonomia, objectivos de vida, crescimento pessoal e do estabelecimento de relações positivas com os outros.

Phelan e Larson (2002) referiram em algumas das suas investigações o que consideram ser os preditores do envelhecimento saudável: satisfação com a vida, longevidade, ausência de doença/incapacidade, crescimento, participação social activa, alta capacidade de autonomia, sentimento de auto-eficácia, ambiente familiar satisfatório.

Por último, ainda que não tenha sido avaliado neste estudo, uma vez que toda a amostra era constituída por indivíduos institucionalizados, seria interessante fazer o mesmo estudo com idosos não – institucionalizados, uma vez que segundo Fernández-Ballesteros et al. (1992) existem estudos que demonstram a existência de consequências negativas face à permanência em instituições, tais como despersonalização e poucos vínculos com a comunidade. No entanto, existem estudos que referem que se as condições físicas do ambiente das instituições forem positivas, conjuntamente com contactos sociais e familiares é possível assegurar-se o bem-estar do idoso.



V Conclusões

O envelhecimento populacional é cada vez mais um fenómeno mundial, que se veio a acelerar nas últimas década. Devido a questões culturais, sociais, e principalmente tecnológicas a vida tem se vindo a prolongar cada vez mais, o que coloca algumas questões e preocupações, no sentido de que esse prolongamento possa ser vivido com a melhor qualidade possível, obtendo então um envelhecimento saudável e bem sucedido (Paúl, 1992).

Ao estudo destas questões que permitem o bem-estar dos idosos, nomeadamente ao nível do suporte social e familiar, revestem-se de grande pertinência científica e social. Tentar responder as dúvidas ainda existentes e estabelecer ligações entre velhice e bem-estar, desconstruindo preconceitos e estereótipos, possibilitará a criação de alternativas de intervenção, López Pisa, ColásTaugis, Hernández Fabà, Ruiz Jiménez, Padín Minaya e Morell Macaya (2006) referem que o envelhecimento bem sucedido é condicionado por factores genéticos, alterações fisiológicas, ambiente social e familiar e atitude face ao facto de envelhecer. No bem-estar intervém também factores objectivos ligados à saúde e ausência de doença, um pior e ou melhor envelhecimento depende dos recursos do idoso para fazer coisas úteis, conservar equilíbrio, atitude pessoal positiva sobre si e sobre os outros, recursos que permitam ao sujeito obter um boa satisfação de vida (Simões, 2006).

Simões (2006) destaca três aspectos essenciais para se alcançar um envelhecimento bem sucedido, do ponto de vista físico e mental : 1) baixo risco de doenças; 2) funcionamento físico e mental elevado e 3) empenhar-se activamente na vida.

É importante, e ficou clarificado no presente estudo, a extrema importância da existência de suporte social e familiar para um envelhecimento saudável, também Paúl indica que a existência de redes de apoio são essenciais e susceptíveis de alterar profundamente a conduta do idoso, facilitando a manutenção da saúde e bem-estar. Funcionam como suportes emocionais, perceptivos, informativos, instrumentais e de convívio social, num todo de um processo complexo e dinâmico, com vista a satisfazer as necessidades sociais para promover e completar os recursos pessoais existentes, no sentido de adquirirem novas competências para enfrentarem exigências que surjam durante o processo de envelhecimento (Barrón, 1996).



Bibliografia

Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora

Alarcão, M (1998). *Família e Redes Sociais: Malha a Malha se Tece a Teia*. *Interações*, n.7; pp 93-102

Almeida, A. et al. (1998). *Relações familiares: mudança e diversidade*. In: L. Viegas & F. Costa (org.), *Portugal, que Modernidade?* (pp.45-78). Oeiras: Celta Editora.

Bailey, W. (1991). *Knowledge, attitude and psychosocial development of young and old adults*. *Educational Gerontology*, V. 17, n. 3, pp. 269-274

Baptista, N. M. (2005). *Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares*. *Psico- USF*, v.10, n.1, p. 11-19, jan./jun.

Baptista, N. M. (2007). *Inventário de Percepção de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas Configurações*. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 496-509.

Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental : estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina.

Barron, A. I. (1996) – *Apoyo social : aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid : Siglo Veinteuno. España Editores

Barros, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.

Barroso, V. L.(2006). *Órfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Lisboa: ISPA.



Bengston, V.L., Lowenstein, A., Putney, N.M., & Gans, D. (2003). *Global aging and the challenges to families*. In V.L. Bengston & A.Lowenstein (Eds.), *Global aging and the challenges to families*. New York: Walter de Gruyter.

Birren, J., Cunningham, W. (1985). *Research on the psychology and aging: principles, concepts and theory*, In J. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology and aging*. New York: Van Nostrand.

Botelho, A. (2001). *Avaliação da autonomia funcional em idosos*. In Mota Pinto, A. *Envelhecer vivendo*. Coimbra. Quarteto Editora.

Butler, R. (1969). *Age-ism: another form of bigotry*. *Gerontologist*, V. 9, n. 4, pp 243-246

Cruz, E. B. L. (2001) – *Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico : a satisfação com a vida e o apoio social*. Coimbra : [s.n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). *Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 63–73). New York: Oxford University Press.

Featherstone, M. & Hepworth, M. (1996). *Images of Aging*. In: BIRREN, J. (Eds.). *Encyclopedia of Gerontology* .San Diego, Academic Press.

Fernandes, A. (2004). *Quando a vida é mais longa... Os impactos sociais do aumento da longevidade*. In: *Maria de Lurdes Quaresma (coord.). O sentido das idades da vida. Interrogar a solidão e a dependência*. Gerontologia Social. Lisboa: CESDET Edições, pp.13-36

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.



- Fonseca, A. M. (2005). *O Envelhecimento Bem-sucedido*. In: C. Paúl e A. M.Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp. 282-311). Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, A. C. G. & Néri, A. L. (2004). *Eventos de Vida e Envelhecimento Humano*. In Néri, A. L. & Yassuda, M. S. (orgs). *Velhice Bem-sucedida*. Campinas, SP, Papyrus.
- Friedland, R., & Alford, R. (1991). 'Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions', in W. W. Powell and P. J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria*. Porto: Edições Afrontamento.
- Gonçalves, C.& Silva, C. (2004). *Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal*, *Revista de Estudos Demográficos*, n. 35, INE, pp.143-169
- Giddens, A. (2000), *Sociologia*, 2º ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giles, L.C., Glonek, G.f.V., Luszcz, M.A. & Andrews, G.R. (2005). *Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 574-9.
- INE. (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa.
- Kalache, A. & Lunenfeld, B. (2000). *Health and the aging male*. *The Aging Male*. N.3, pp 1-36
- Lemieux, V. (2000). *À quoi sert les réseaux sociaux?*. Québec: Les Éditions de l'IQRC
- Lent, R. W. (2004). *Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment*. *Journal of Counselling Psychology*, 51(4), 482-509.
- Levy, B., Slade, M., Kunkel,S., & Kasl, S. (2002). *Longevity increases by positive self-perceptions of aging*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270
- Loreto, C. D. (2000) – *Síndrome de burnout em enfermeiros de oncologia*. Coimbra : [s.n.], 2000. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.



Lutsky, N. (1980). *Attitudes toward old age and elderly persons*. In EISDORFER. C (ed.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. Nova York: Springer.

Kite, M e Johnson, B (1988). *Attitudes toward older and younger adults*. *Psychology and Aging*, V. 3, N.3, pp. 233-244.

Marchand, H. (2005). *Psicologia do Adulto e do Idoso*. Coimbra. Quarteto

Marteleto, R. (2001). *Análise de Redes Sociais – Aplicação nos estudos de transferência de informação*. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 30, n. 1, jan./abr. p. 71-81.

Martins, R. M. L. *A Relevância do apoio social na Velhice*. Consultado em: 18 Janeiro de 2010. Disponível em www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf.

Mcgoldrick, M; Carter, E (1982). *The family life cycle*. In WALSH F. (Ed.). *Normal Family Processes*. NY.: The Guildford Press.

McMillan, D. W.; Chavis, D. M. (1986). *Sense of Community: A Definition and Theory*. *Journal of Community Psychology*, nº14, Jan.

Menezes, R.A. (2004). *A Solidão dos Moribundos: Falando Abertamente sobre a Morte*. *Physis: Revista Saúde Colectiva*. Rio de Janeiro. 14(1): 147-171.

Molina, J. (2000). *Estereótipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad*. *Revista de Psicologia General y Aplicada*, 53(3), 489-501.

Moragas, R. (1991). *Gerontologia Social*, Barcelona: Herder.

Neto, F. (1992). *Estereótipos Etários*. *Psychologica*. N. 8, pp 81-94.

Novo, R. (2003). *Para além da Eudaimonia. O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa, Edições Fim de Século.

Segalen, M. (1999). *Sociologia da Família*, Lisboa: Terramar.



Schmidt, D. & Boland, S. (1986). *Structure of perceptions of older adults*. Psychology and aging. V.1, n. 3, pp. 255-260.

Paúl, C. (1992). *Satisfação de vida em idosos*. Psychologica, 8, 61-80.

Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, série I, Vol. 15, pp 275-288.

Paúl, C.; Fonseca, A. (1999). *A Saúde e a qualidade de vida dos idosos*. Psicologia, Educação e Cultura, 3 (2), pp. 345-361.

Perista, H.(2004). *Velhice(s) e vulnerabilidades: mulheres idosas em Portugal*. In: COVA A. et al. (org.). *Desafios da Comparação. Família, Mulheres e Género em Portugal e no Brasil*. Oeiras: Celta, pp.255-261.

Phelan, E., & Larson, E. (2002). *Successful aging: Where next?* Journal of American Geriatrics Society, 50(7), pp. 1306-1308.

Portugal, S. (2007). *Contributos para uma Discussão do Conceito de Rede na Teoria Sociológica*. Oficina do CES, Março, n.271.

Relvas, A. P. (2000). *Ciclo Vital da Família*. Edições Afrontamento.

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

Ribeiro, J.L.P. & Pombeiro, T. (2004). *Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas*. Lisboa: ISPA

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. Annual Review of Psychology, 52, 141-166.

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



Ryff, C.D. (1995). *Psychological well-being in adult life*. Current Directions in Psychological Science, 4, 99-104.

Ryff, C. D. & Essex, M. J. (1992). *The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation*. Psychology and Aging, 7, pp 507-517.

Rowe, J. e Kahn, R. (1999). *Successful aging*. New York: Dell Publishing.

Schroots, J. (1996). *Theoretical developments in the psychology of aging*. Gerontologist, 36, pp 746-748.

Silverstein, M. Bengston, V. L. (1997). *Intergenerational solidarity and the structure of adult child-parent relationships in American families*. American Journal of Sociology, 103 (2), pp 429-460

Simões, A. (2006). *A nova velhice*. Porto: Ambar.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*. Coleção Idade do Saber. Porto: Ambar.

Vasconcelos, P. (1998). Vida familiar. In: MACHADO P. (coord.). *Gerações e Valores na Sociedade Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, pp. 321-404.

Vaz Serra, A. (1999) – O Stress na Vida de Todos os Dias. Coimbra.

Wellman, B.; Berkowitz, S. D. (1991). *Introduction: Studying Social Structures*. In Barry Wellman; S. D. Berkowitz (orgs.), *Social Structures. A Network Approach*. Cambridge: Cambridge University Press. pp 1-14.



ANEXOS



Anexo 1- Questionário Rede Familiar e Rede Social no Envelhecimento Saudável de Pessoas Idosas Institucionalizadas



Universidade da Beira Interior – REDE FAMILIAR E REDE SOCIAL NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS (IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS)

No âmbito da Dissertação de mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior, estou a realizar um estudo cujo objectivo é investigar a Rede familiar e social no envelhecimento saudável de pessoas idosas (idade igual ou superior a 65 anos), que se encontrem institucionalizadas. Para tal, solicito que responda ao questionário que a seguir se apresenta. Responda sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa, pois não existem respostas correctas ou incorrectas, boas ou más (apenas a sua opinião é importante), todas as respostas são anónimas e confidenciais e serão apenas tratadas no âmbito desta pesquisa.

ESTE ESTUDO DESTINA-SE A PARTICIPANTES QUE ESTEJAM INSTITUCIONALIZADOS E COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS

Este questionário é constituído por quatro partes:

- Questionário Sociodemográfico,
- Escala de Satisfação com o Suporte Social;
- Inventário de Percepção de Suporte Familiar;
- Escala de Ânimo.

Legenda:

Concordo Totalmente 😊

Não discordo nem concordo 😐

Discordo Totalmente ☹️

Seguidamente, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve o seu caso, de acordo com a legenda que se apresenta ao lado.

Escala de Satisfação com o Suporte Social- ESSS (Pais Ribeiro, 1999)

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



Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF (Baptista, 2005)

	😊	☹️	😞
1. Eu me sinto como um estranho na minha família.			
2. Eu sinto raiva da minha família.			
3. Viver com minha família é desagradável.			
4. Eu me sinto excluído da família.			
5. Eu sinto vergonha da minha família.			
6. Minha família me irrita.			
7. Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.			
8. Em minha família há competitividade entre os membros.			
9. Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
10. Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
11. Eu sinto que minha família não me compreende			
12. Há ódio em minha família.			
13. Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias.			
14. Os membros de minha família se tocam e se abraçam.			
15. Em minha família demonstramos carinho através das palavras.			
16. Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
17. Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
18. Minha família me faz sentir melhor quando estou aborrecido(a).			
19. As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			
20. Minha família me proporciona muito conforto emocional.			
21. As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.			
22. As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.			
23. Meus familiares me elogiam.			
24. As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre elas.			
25. Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
26. Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			
27. Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.			
28. Há regras sobre diversas situações na minha família.			
29. Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
30. Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.			
31. Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
32. Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levada em consideração.			
33. Em minha família opinamos sobre o que é certo/errado buscando o bem-estar de cada um.			
34. Minha família discute seus medos e preocupações.			
35. Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
36. Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.			
37. Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
38. Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			



39. Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
40. Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41. Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).			
42. Em minha família há privacidade.			

Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton (1975)

	😊	-😊	☹️
1. As pequenas coisas incomodam-me mais este ano.			
2. Às vezes estou tão preocupada(o) que não consigo dormir.			
3. Tenho muitos motivos para estar triste hoje.			
4. Tenho medo de muitas coisas.			
5. A vida é custosa para mim a maior parte do tempo.			
6. Levo as coisas muito a sério.			
7. Preocupo-me com facilidade.			
8. As coisas pioram conforme envelheço.			
9. Tenho tanta energia como o ano passado.			
10. Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis.			
11. Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava.			
12. Estou tão feliz agora como quando era novo.			
13. Sinto-me muito só.			
14. Estou vezes suficientes com a família e os amigos.			

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Joana Paiva