



Universidade da Beira Interior
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

AUTONOMIA FUNCIONAL E CONTROLO COMO FATORES DE COPING RESILIENTE NA VELHICE

ANA MAFALDA GOMES GASPAR, M5963

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

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR MANUEL LOUREIRO

COORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA ROSA MARINA AFONSO

COVILHÃ, OUTUBRO DE 2015

Agradecimentos

Este trabalho mostrou-se possível com a colaboração de várias pessoas e instituições, às quais quero mostrar o meu agradecimento.

Ao Professor Doutor Manuel Loureiro, um especial agradecimento pelo seu empenho, dedicação, disponibilidade e orientações recebidas. Um muito obrigado à forma pela qual se disponibilizou sempre para me ajudar e tirar todas as minhas dúvidas, foi incansável.

Agradeço também à Professora Doutora Rosa Marina Afonso por, sempre que podia, arranjou um tempo para me esclarecer e ajudar.

Às instituições que me receberam de forma simpática e pronta a colaborar: Centro Paroquial dos Riachos, Centro de Dia e Bem Estar da Zona Alta e Universidade Sénior.

À minha família, namorado e amigos pela força e coragem transmitidas e, sobretudo pelo apoio nos momentos mais difíceis.

A todos o meu muito OBRIGADO!

Resumo

Envelhecer é um processo natural, que marca uma etapa da vida do homem, e que se dá através de mudanças físicas, psicológicas e sociais. Com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais, que são encontradas em todos os idosos, próprias do processo de envelhecimento normal. No contexto destas alterações, é fundamental conhecer o grau de resiliência de cada idoso, percebendo assim, de que forma ultrapassam estas mudanças. Assim, variáveis como a autonomia funcional e o controlo sobre a vida, tornam-se essenciais para explicar esse processo.

Neste estudo participaram idosos institucionalizados, idosos não institucionalizados, idosos que usufruem de algum apoio e idosos que não usufruem de qualquer tipo de apoio (n =180). Como instrumentos utilizados para avaliar o controlo sobre a vida, autonomia funcional e a resiliência, usamos respetivamente as Escalas de Controlo sobre a Vida, Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e a Escala de resiliência.

Para a recolha de dados foi realizada a aplicação de questionários em centros de dia, numa instituição de longa permanência e numa Universidade da Terceira Idade. Como principal resultado, foi possível observar, ao contrário do verificado em muitos estudos feitos, que idosos institucionalizados não são menos autónomos que aqueles que vivem nas suas casas.

Palavras-chave: envelhecimento; autonomia; controlo; resiliência.

Abstract

Aging is a natural process, marking a stage of human life, and that is through physical, psychological and social changes. With advancing age are occurring structural and functional changes, which are found in all the old, typical of the normal aging process. For this it is essential to understand the degree of resilience of each elderly, how overcome these changes. Thus, variables such as the functional autonomy and control are essential to explain this process.

In this study we participated in institutionalized elderly, non-institutionalized elderly, seniors who enjoy some support and seniors who do not enjoy any support. As instruments used to assess control of life, functional autonomy and resilience, we have the control scale on Life, Basic Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and resilience scale.

For data collection the questionnaires was held in day centers, in a long term care facility and a University of the Third Age. As main results, it was observed, unlike many studies done that institutionalized elderly are no less autonomous than those living in their homes.

Keywords: aging; autonomy; control; resilience.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo.....	v
Abstract	vii
Lista de tabelas.....	xi
Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico	
1.1 Perspetiva do ciclo vital.....	3
1.2 Resiliência.....	6
1.2.1 Resiliência e Coping.....	8
1.2.2 Preditores da Resiliência	9
1.2.2.1 Autonomia Funcional.....	10
1.2.2.2 Controlo	12
1.3 Fatores de Risco para Autonomia e Controlo	15
1.4 Fatores Promotores de Autonomia e Controlo.....	17
1.5 Problema de investigação, pertinência do estudo, objetivos e hipóteses.....	19
Capítulo II – Material e Método	21
2.1 Participantes.....	21
2.2 Instrumentos	23
2.3 Procedimentos	26
Capítulo III- Resultados.....	31
3.1 Análise descritiva dos dados	31
3.2. Associações entre Variáveis	39
3.3 Cálculo das Diferenças entre Grupos	42
Capítulo IV - Discussão e Conclusão	57
4.1 Variáveis Sociodemográficas.....	57
4.2 Análises Descritivas	58
4.3 Associações entre as Variáveis.....	60
4.4 Discussão dos Resultados das Diferenças entre Grupos.....	61
Conclusões.....	67
Referências bibliográficas.....	69

Lista de tabelas

Tabela 1 - Variáveis Sociodemográficas

Tabela 2 - Apoio Recebido pelos participantes

Tabela 3 - Consistência Interna da Escala Controlo Sobre a Vida

Tabela 4 - Consistência Interna da Escala de Resiliência

Tabela 5 - Consistência Interna da Escala ABVD

Tabela 6 - Consistência Interna da Escala AIVD

Tabela 7 - Análise Descritiva da Variável Controlo Sobre a Vida

Tabela 8 - Análise Descritiva da Variável Resiliência

Tabela 9 - Análise Descritiva da Variável Resiliência (continuação)

Tabela 10 - Análise Descritiva da Variável Deterioração Global

Tabela 11 - Análise Descritiva da Variável Autonomia Funcional relativamente Às ABVD's

Tabela 12 - Desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária - Controlo de Esfíncteres

Tabela 13 - Análise Descritiva da Variável Autonomia Funcional relativamente Às AIVD's

Tabela 14 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre a Autonomia Funcional e a Resiliência

Tabela 15 - Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s) entre as AIVD's e Resiliência

Tabela 16 - Coeficiente de correlação de Spearman (r_s) entre as ABVD's e Controlo

Tabela 17 - Coeficiente de correlação de Spearman (r_s) entre as AIVD's e Controlo

Tabela 18 - Coeficiente de correlação de Pearson (r) entre a Perceção de Controlo e a Resiliência.

Tabela 19 - Cálculo das diferenças entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à resiliência.

Tabela 20 - Cálculo das diferenças entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à perceção de controlo.

Tabela 21 - Cálculo das diferenças entre o Género dos idosos face às ABVD's.

Tabela 22 - Cálculo das diferenças entre o Género dos idosos face às AIVD's.

Tabela 23 - Cálculo das diferenças entre o estado civil dos idosos face à resiliência.

Tabela 24 - Cálculo das diferenças entre o estado civil dos idosos face à perceção de controlo

Tabela 25 - Cálculo das diferenças entre o Estado Civil dos idosos face às ABVD's

Tabela 26 - Cálculo das diferenças entre o Estado Civil dos idosos face às AIVD's.

Tabela 27 - Cálculo das diferenças entre o apoio recebido ou não pelos idosos face à resiliência.

Tabela 28 - Cálculo das diferenças entre idosos institucionalizados e aqueles que residem nas suas casas, face à resiliência.

Tabela 29 - Cálculo das diferenças entre idosos institucionalizados e aqueles que residem nas suas casas, face ao controlo sobre a vida.

Tabela 30 - Cálculo das diferenças entre idosos que vivem nas suas casas e idosos institucionalizados face às ABVD's.

Tabela 31 - Cálculo das diferenças entre idosos que vivem nas suas casas e idosos institucionalizados face às AIVD's.

Tabela 32 - Cálculo das diferenças entre a deterioração global e as ABVD's

Tabela 33 - Cálculo das diferenças entre a deterioração global e as AIVD's.

Introdução

O presente estudo insere-se na grande temática que é o envelhecimento e as condicionantes para um envelhecimento bem-sucedido. Assim, é de total importância perceber o que mantém o bem-estar e a qualidade de vida no idoso. A saúde funcional (autonomia funcional) e o sentimento de controlo que a pessoa tem sobre a sua vida, são fatores essenciais para um envelhecimento bem-sucedido e, como consequência, para a manutenção ou desenvolvimento do grau de resiliência. Como exemplo deste fato, Hansen-Kyle (referido por Marques, 2013), referiu uma definição multidimensional do envelhecimento saudável, fundamentada nos antecedentes de adaptação, compensação e resiliência do idoso. Deste modo, o envelhecimento saudável é considerado por esta autora como sendo um processo de enfraquecimento físico e cognitivo que acontece no momento em que ocorre uma adaptação resiliente e de compensação, de forma a otimizar as capacidades funcionais que permitam ao indivíduo participar em todas as áreas da sua vida (física, cognitiva, social, e espiritual) (Marques, 2013). Sendo estas variáveis (autonomia funcional, controlo e resiliência) de tamanha importância para o processo de envelhecimento, é pertinente estudá-las tendo em conta as variáveis sociodemográficas idade, sexo, escolaridade, estado civil, apoio recebido, tipo de residência (institucionalizados ou não institucionalizados), nível cognitivo (demências) dos idosos participantes no nosso estudo, perceber a relação dessas variáveis com as variáveis sociodemográficas ditas em cima e, determinar o grau de associação entre as variáveis resiliência, autonomia e controlo. Desta forma, irá perceber-se se estas variáveis sociodemográficas interferem ou condicionam um envelhecimento bem-sucedido e se a autonomia e o controlo influenciam na resiliência.

Assim, o presente trabalho é constituído pela revisão teórica, onde estão presentes temas como: Perspetiva do Ciclo Vital, Resiliência, Preditores da Resiliência, Fatores de Risco para Autonomia e Controlo, Fatores Promotores de Autonomia e Controlo; pela parte empírica, na qual é descrita a investigação, nomeadamente a metodologia (participantes, instrumentos e procedimentos), os resultados conseguidos e a sua discussão, finalizando-se com as principais conclusões do estudo.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

1.1 Perspetiva do ciclo vital

O envelhecimento pode ser perspectivado como um fenómeno altamente complexo e variável, comum a todos os membros de uma determinada espécie, progressivo, e envolvendo mecanismos prejudiciais que afetam a capacidade de desempenhar um grande número de funções. Trata-se de um processo multidimensional e multidirecional, no sentido em que há uma variabilidade na taxa e direção das mudanças (ganhos e perdas) nas diferentes características em cada indivíduo e entre indivíduos (Franchi & Junior, 2005).

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças nos aspetos sociais, psicológicos e fisiológicos da vida dos indivíduos, as quais levam a uma diminuição das reservas funcionais do organismo, sendo possível verificar alterações em todos os aparelhos e sistemas. Uma dessas alterações é a diminuição da capacidade funcional de forma global (Souza et al., 2013).

A diminuição do desempenho funcional, que ocorre frequentemente na velhice, está relacionada com fatores biológicos, e pode, também, estar associada ao sedentarismo, ao tabagismo e à alimentação inadequada. Esses fatores contribuem significativamente para a perda de força, flexibilidade, resistência e capacidade cardiorrespiratória, que por sua vez causam prejuízo no desempenho motor, repercutindo negativamente na autonomia funcional de idosos (Souza et al., 2013). As preocupações centrais sobre a qualidade de vida na velhice são a independência e a autonomia (Neri, referido por Souza et al., 2013).

A autonomia funcional pode ser compreendida sob os seguintes aspetos: autonomia de ação, que está relacionada com independência física ou capacidade de realização de tarefas do dia-a-dia; autonomia de vontade, que corresponde à autodeterminação individual e a autonomia de pensamento é a que permite a tomada de decisões e julgamentos. A preservação dessas capacidades tem impacto na qualidade de vida de idosos (Barbosa, Almeida, Barbosa & Barbosa, 2014).

É possível quantificar a qualidade de vida de um indivíduo através do grau de autonomia com que ele desempenha as funções do seu quotidiano, o que faz de forma independente dentro do seu contexto social, económico e cultural (Bredemeier et al., 2011). Paschoal (referido por Bredemeier et al., 2011), destaca que autonomia e independência são dois indicadores de saúde e de qualidade de vida para a população idosa e que devem ser avaliados de forma abrangente e integradora. Por sua vez Cordioli (referido por Bredemeier et al., 2011) considera que alguns autores estudem a autonomia como sendo centrada no indivíduo e outros, na interação dele com o meio. Para o referido autor, a autonomia pode ser definida como sendo a vontade individual exercida num conjunto de oportunidades e restrições existentes (Bredemeier et al., 2011).

Para que os idosos tenham a sua autonomia preservada e garantida, é fundamental reconhecer que o *ser velho* não impede o indivíduo de tomar decisões e de exercer plenamente consoante a sua vontade, tendo em conta os seus valores (Bredemeier et al., 2011). Na velhice, muitas vezes, a autonomia é desafiada pelas limitações físicas, sociais, psicológicas e económicas

impostas a um corpo mais vulnerável. A dependência física, confundida com dependência na tomada de decisão, dá origem a um paternalismo social de perigosas consequências, justificando o ato de se fazer tudo no lugar do idoso e negar a sua liberdade, autonomia e capacidade de escolha (Bredemeier et al., 2011).

As alterações funcionais ocorridas com envelhecimento, associadas a doenças crónicas não transmissíveis, têm tornado os idosos menos ativos e mais dependentes na realização das atividades de vida diária de forma autónoma, o que compromete a sua qualidade de vida (Amorim & Dantas, referidos por Alencar, Ferreira, Graup & Dantas, 2011).

Para que o idoso tenha mais autonomia e controlo e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, é recomendado que possa ter uma vida independente, casa, ocupação, afeto e comunicação. Se algum desses fatores estiver deficiente, a qualidade de vida do idoso estará comprometida (Alencar et al., 2011).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (Ribeiro, 2010).

A qualidade de vida na terceira idade pode ser definida como a manutenção da saúde no seu maior nível possível, em todos os aspetos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual. É importante que o idoso seja respeitado como ser humano com todas as limitações inerentes a sua idade. O idoso tem o conhecimento adquirido através das experiências ao longo de toda uma vida. A partilha desses conhecimentos com as novas gerações proporciona ao idoso a possibilidade de manter-se integrado na sociedade, tornando esta interação de grande importância para o idoso, uma vez que, um dos seus maiores prazeres consiste em relatar fatos acontecidos na sua vida e perceber que as pessoas que o rodeiam dão a importância aos mesmos (Ribeiro, 2010).

O modelo do desenvolvimento humano predominante, atualmente, na Psicologia do envelhecimento é a perspectiva de desenvolvimento ao longo do ciclo vital (Nadaf, 2013). Entre os seus pressupostos básicos, está a ideia de que existem, ao longo do desenvolvimento, processos de crescimento e deterioro, ou de ganhos e perdas, podendo ocorrer perdas numa área e ganhos noutra, dependendo do momento que se está a viver.

O processo de envelhecimento atravessa todas as fases da vida, desde o nascimento até à morte (Nadaf, 2013). De um modo geral, as pessoas têm o senso de estarem constantemente a moldar as suas vidas. Elas seguem os seus caminhos desenvolvimentais que são coerentes com as suas metas pessoais de longo prazo e, quando necessário, são capazes de desistir desses objetivos quando estes se tornam inatingíveis, indicando que, apesar dos fracassos e desapontamentos, os indivíduos permanecem no seu curso e mantêm um senso de agência pessoal. O potencial desenvolvimental de cada um envolve ganhar e perder e isso é alcançado selecionando, buscando e adaptando os seus objetivos e metas em resposta às mudanças nas oportunidades ao longo do ciclo vital. Assim, para realizar o máximo do seu potencial, o indivíduo deve investir recursos de tempo e energia em domínios escolhidos entre as oportunidades que encontra, consistente com as

oportunidades genéticas e sócio culturais. Além disso, deve tomar decisões sobre os domínios da vida nos quais deve investir e sobre os quais deve abandonar, compensando e enfrentando os limites e desafios que encontra ao longo da sua vida (Freire, Resende & Rabelo, 2012).

O que se tem percebido é que, ao longo da vida, as pessoas criam ativamente e reagem aos contextos biológicos, psicológicos e sociais que melhoram ou restringem o seu desenvolvimento numa interação dinâmica com seus recursos disponíveis. Elas procuram maximizar os ganhos (resultados ou metas desejadas) e minimizar as perdas (resultados indesejáveis), os quais constituem processos fundamentais para o desenvolvimento adaptado e envelhecimento normal. Durante o envelhecimento, na tentativa de manter um determinado nível de funcionamento frente às perdas e declínios naturais em recursos relevantes para se atingir objetivos pessoais, as pessoas utilizam diferentes estratégias para lidarem com os desafios impostos pela vida. Para entender este processo ocorrente durante o envelhecimento, Paul B. Baltes e Margret Baltes propuseram o Modelo de Seleção, Otimização e Compensação ou modelo SOC. Segundo Baltes e Baltes (referidos por Freire et al., 2012), a velhice bem-sucedida implicaria a possibilidade de manter a competência em domínios selecionados do funcionamento, através dos mecanismos psicológicos de seleção, otimização e compensação. Trata-se, portanto, da maximização dos recursos para a obtenção de resultados positivos ou desejáveis, e a minimização de resultados indesejáveis ou negativos. Este modelo teórico, proposto por esses autores na década de 1980, reflete a interação dinâmica entre ganhos e perdas, entre a plasticidade orientada para o desenvolvimento e os limites desta plasticidade, que estão relacionados à idade (Freire et al., 2012).

O modelo SOC é assim constituído por três componentes, sendo a primeira, a seleção, a qual se refere aos mecanismos que direcionam as interações pessoa-ambiente e fornecem uma diversidade no foco de escolhas de domínios de vida, na qual deve haver um maior investimento de tempo e esforço por parte do indivíduo. Os comportamentos que maximizam a saúde e o potencial de funcionamento físico, recebem grande prioridade ao longo da vida. Além disso, são desenvolvidas habilidades sociais e intelectuais que possibilitam o ajuste e a atuação do indivíduo sobre o ambiente de forma bem-sucedida. O processo de seleção implica, assim, que as expectativas do indivíduo sejam ajustadas, de forma a permitir a experiência subjetiva de satisfação bem como a de controlo pessoal. Quanto mais objetivos a pessoa procura, menos recursos podem ser investidos para cada um deles, decrescendo a probabilidade de alcançar um ótimo nível de funcionamento em vários domínios (Freire et al., 2012).

Uma vez identificados os domínios de vida onde vale a pena investir, os níveis de competência que devem ser mantidos e os que precisam de ser reforçados ou desenvolvidos, observa-se a ocorrência do mecanismo chamado de otimização. As pessoas precisam de agir sobre os seus objetivos, adquirindo e investindo em meios relevantes para atingir as suas metas, com vista a otimizar o nível de funcionamento e promover o desenvolvimento bem-sucedido. Para otimizar as atividades, é necessário envolver os esforços para ampliar ou enriquecer as reservas pessoais, de forma a manter o funcionamento, como, por exemplo, praticar, treinar e exercitar para superar o declínio comportamental. O feedback sobre o próprio desempenho é central para alcançar a meta e constitui a base para o ajustamento dos próprios meios e circunstâncias. Desta forma, a otimização

pode ser definida como o refinamento dos recursos internos e externos como meio de conseguir elevados níveis de funcionamento nos domínios selecionados (Freire et al., 2012).

Os processos de compensação, por sua vez, são respostas às perdas e incluem processos psicológicos ou esforços comportamentais para melhorar a funcionalidade. A compensação denota a aplicação de recursos para a manutenção de um determinado nível de funcionamento. O elemento compensação pode envolver aspetos tecnológicos, expressos, por exemplo, no uso de equipamentos, aparelhos, mobílias e adaptações ambientais, bem como esforços compensatórios psicológicos, incluindo, por exemplo, o uso de novas estratégias mnemónicas, quando os mecanismos de memória interna são insuficientes. Diferentes processos motivacionais e cognitivos estão envolvidos na tentativa de alcançar um novo objetivo e de manter um nível prévio de funcionamento frente à perda nos recursos. No caso da otimização, os meios são investidos no alcance de objetivos sob condições estáveis de recursos. Já na compensação, os meios são investidos para evitar uma perda no alcance do objetivo (Freire et al., 2012).

Na determinação da experiência subjetiva de envelhecimento, os recursos autorreguladores têm um papel crucial de saúde e de doença. Entre os processos de autorregulação do *self*, está a otimização seletiva com compensação atuando no sentido de manter um funcionamento psicológico positivo, indicado por razoável senso de bem-estar subjetivo e de ajustamento pessoal. Os processos de autorregulação gerem a adaptação e o desenvolvimento humano. Alterações, ou mesmo restrições nas oportunidades ou nos recursos pessoais e sociais disponíveis, podem ter efeitos negativos nas várias dimensões do *self*, uma vez que altera a estrutura social do indivíduo, o estilo de vida do mesmo, influenciando negativamente a perceção individual. Estas alterações acabam por reduzir a conceção de uma pessoa resiliente emocionalmente, trazendo, conseqüentemente, o abandono de algumas metas pessoais. Os idosos nestas condições, usualmente têm que redefinir o significado de competência e autoconfiança. E é nesse sentido que a capacidade de selecionar aqueles domínios em que vale a pena investir ou tentar compensar o que foi perdido, na medida do possível, se torna importante para que o indivíduo seja capaz de ajustar as suas competências e recursos atuais, em resposta às mudanças nas circunstâncias de vida, na tentativa de manter seu bem-estar (Freire et al., 2012).

1. 2 Resiliência

A resiliência é então um conceito que tem sido, cada vez mais, discutido na literatura científica internacional e nacional (Ferreira, Santos & Maia, 2012). É compreendida como a capacidade humana de enfrentar as adversidades, proporcionando ao indivíduo ser transformado por esses fatores potencialmente stressores, adaptando-se ou superando tais experiências traumáticas e/ou estressantes com sucesso. A resiliência é discutida não apenas como um atributo inato ou adquirido, mas sim como um processo interativo e multifatorial, envolvendo aspetos individuais, o contexto ambiental, a quantidade e qualidade dos eventos vitais, e a presença dos fatores de proteção (Ferreira et al., 2012).

Deste modo, a resiliência é revelada pela boa adaptação dos indivíduos ao seu contexto e à sua vida, mesmo perante situações de risco (Juliano & Yunes, 2014). No entanto, mais do que adaptação, estudos atuais sobre resiliência, procuram compreender as transformações “positivas” que resultam das diferentes formas como o indivíduo vivencia o sofrimento causado pela adversidade (Yunes referido por Juliano & Yunes, 2014).

Numa pesquisa de revisão, realizada nalguns estudos com enfoque na resiliência, Silva e Elsen Lacharité (referidos por Balbé, Cuenca, Cardoso & Panta, s.d.), apontam para a divergência relativamente ao significado do tema, em que, para alguns autores, a capacidade de resiliência é considerada como uma competência individual, a qual se constrói a partir das interações entre o sujeito, a família e o ambiente e, para outros, como uma competência não apenas do sujeito, mas, também, de algumas famílias e de certas coletividades (Balbé et al., s.d.). Portanto, trata-se de um fenómeno complexo, ligado à interdependência entre os múltiplos contextos com os quais, o sujeito interage, de forma direta ou indireta e, sobre o qual incide diferentes visões (Balbé et al., s.d.).

Segundo Lopes (referido por Balbé et al., s.d), a resiliência não é considerada um traço, podendo mudar em função das transações com o meio e desafios específicos. O nível de resiliência de um indivíduo varia em função de fatores protetores que modificam a resposta do indivíduo, conforme a situação vivenciada (Balbé et al., s.d.). Considera como fatores protetores, a saúde, as competências comportamentais, os recursos psicológicos (traços de personalidade, maturidade, regulação emocional, enfrentamento do stress) e os recursos sociais (educação, família, amigos e instituições sociais) (Balbé et al., s.d.).

Grafton, Gillespie e Henderson (referidos por Nobre, Reis, Castro & Esteves, 2013) definem resiliência como uma energia inata ou força de vida motivada, presente em cada indivíduo em vários graus, exemplificada pela presença de traços ou características particulares que, por aplicação de processos dinâmicos, habilita o indivíduo de lidar com, a recuperar de, e a crescer face ao stress ou adversidade, podendo ser desenvolvida ou aumentada através de práticas transformacionais cognitivas, educação e apoio ambiental (Nobre et al., 2013). Ungar (referido por Nobre et al., 2013), por sua vez, define resiliência como a “magia” do sucesso desenvolvimental e adaptacional dos indivíduos mesmo expostos a grande adversidade, resultante da influência genética e ambiental. Lopez (referido por Bredemeier et al., 2011), define resiliência como a capacidade de um indivíduo perseverar mesmo em condições adversas, surgindo resiliência e vulnerabilidade não enquanto conceitos absolutos mas como constructos psico-socioemocionais de um contínuo fenomenológico.

A resiliência pode, por conseguinte, ser considerada como o resultado dos processos de confronto entre o indivíduo e as circunstâncias específicas ou eventos difíceis, designadamente o *manter-se* bem, recuperar ou ser bem-sucedido frente às adversidades (Couto, 2007). Trata-se de um processo contínuo de atualização das potencialidades pessoais e de aprender a viver com as limitações, explorando e utilizando ao máximo os seus recursos disponíveis (Rabelo & Neri, 2005).

1.2.1 Resiliência e Coping

Um importante constructo para a compreensão de resiliência nos indivíduos, é o *coping*. A palavra *coping* refere-se a esforços individuais, cognitivos e comportamentais para lidar com causas específicas de situações indutoras de *stress* e avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais (Lazarus referido por Juliano & Yunes, 2014). Estes esforços são direcionados para ajustar o estado emocional associado ao *stress* ou para enfrentar a situação que o originou (Juliano & Yunes, 2014). Estratégias de *coping* mais voltadas para o enfrentamento direto dos problemas ou a elaboração das dificuldades, são mais frequentemente encontradas em indivíduos definidos como “resilientes” e isso pode moderar o efeito das adversidades, tornando-se um fator protetor (Juliano & Yunes, 2014).

Devemos a Hansen-Kyle (2005) uma definição multidimensional do envelhecimento saudável fundamentada nos antecedentes de adaptação, compensação e resiliência do idoso. Deste modo, o envelhecimento saudável é considerado por esta autora como sendo um processo de enfraquecimento físico e cognitivo que acontece no momento em que ocorre uma adaptação resiliente e de compensação, de forma a otimizar as capacidades funcionais que permitam ao indivíduo participar em todas as áreas da sua vida (física, cognitiva, social, e espiritual) (Marques, 2013).

De acordo com Schulz e Heckhausen (1996), mecanismos compensatórios promovem o desempenho resiliente ou adaptativo na velhice. Segundo De Frias, Dixon e Bäckman (2003), são exemplos desses mecanismos a remediação (definido como o maior investimento de tempo e esforço para superar uma perda), a substituição (como o desenvolvimento de novas habilidades ou a utilização das que ainda estão encobertas, no lugar das que se mostraram ineficazes) e a acomodação (como a reconstrução das metas pessoais, dos valores e das aspirações do indivíduo (Freire, Resende & Rabelo, 2012).

Nos estudos sobre o envelhecimento bem-sucedido, os teóricos costumam focalizar a sua atenção nos mecanismos de compensação para manter e recuperar as funções que declinam normalmente no final da vida (Lima, Silva & Galhadoni, 2008). Como na velhice o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se mais desfavorável, são necessários mais recursos para serem investidos na manutenção dos níveis de funcionamento (compensação) do que na otimização do funcionamento. Nessa fase da vida as perdas são prevalentes em muitos domínios, a necessidade de compensação é maior e a motivação para evitar as perdas aumenta (Freire, Resende & Rabelo, 2012).

Em consequência, surge o envelhecimento saudável que inclui o envolvimento contínuo, tomada de decisão e a participação do idoso na comunidade e na família ao longo de todo o seu percurso de vida. Desta forma, o idoso mantém um nível de autonomia e de independência, a partir do estabelecimento de finalidades para si próprio, para a família ou para a comunidade (Marques, 2013).

A crise decorrente da ocorrência de uma incapacidade que causa mudanças efetivas, traz dificuldades ao ajustamento pessoal, uma vez que acarreta interrupção na continuidade do estilo de vida, tornando necessário a utilização de mais estratégias de coping de forma a manter o sentido de

controle (Coleman referido por Rabelo & Neri, 2005). Vivenciar um evento negativo, como ficar incapacitado, o qual representa uma ameaça para o sentido de controle pessoal, traz inúmeras consequências a longo prazo, na vida do indivíduo, levando a acionar os seus recursos pessoais e sociais. Segundo Fortes e Neri (2004) eventos inesperados relacionados à saúde, que ocorrem com mais frequência na velhice, exigem da pessoa um grande esforço adaptativo, representando um desafio à personalidade individual, orientando-a para o enfrentamento de desafios provenientes de um evento não desejado e ao ajustamento psicológico e social. Posteriormente, os indivíduos acionam intensamente os recursos emocionais e cognitivos, sendo o sucesso na adaptação das mudanças exigidas pelo evento, um importante indicador de bem-estar (Davies referido por Rabelo & Neri, 2005). Para uma adaptação adequada, é fundamental que os mecanismos de ajustamento psicológico estejam desenvolvidos, de forma a haver uma maior possibilidade de adaptação, sem grande declínio na qualidade de vida do idoso (Rabelo & Neri, 2005). Para Silva e Varela (1999), *adaptação* significa maximizar as possibilidades individuais reorganizando a vida frente às limitações percebidas, ajustando-se às diversas situações de forma individual ou com a ajuda de outros (Rabelo & Neri, 2005).

Labouvie-Vief e Medler (2002) consideram que as pessoas idosas têm grande capacidade de resiliência e que, frente a perdas, tendem a organizar o seu ambiente de maneira a maximizar afetos positivos e a amenizar os negativos. Essa habilidade autorreguladora é chamada de otimização afetiva. Um critério adicional é a complexidade afetiva, caracterizada pela amplificação do afeto na busca por diferenciação e objetividade. Refere-se aos mecanismos de regulação emocional, que envolvem a habilidade de coordenar afetos positivos e negativos em estruturas flexíveis e diferenciadas (Rabelo & Neri, 2005). No desenvolvimento humano, à medida que o sistema cognitivo amadurece, os indivíduos são mais capazes de coordenar sentimentos positivos e negativos através de processos de inibição/desinibição, avaliação e análise, e como resultado são desenvolvidas estruturas cognitivas afetivas complexas (Rabelo & Neri, 2005).

De fato, existem muitos estudos sobre resiliência e até autores que se diferenciam nas suas ideias, no entanto, há sempre algo em comum entre eles, a resiliência permite reconhecer e potencializar os recursos pessoais e interpessoais que protegem o desenvolvimento da pessoa e a sua capacidade construtiva. A resiliência constitui um instrumento fundamental para um envelhecimento bem-sucedido e, conseqüentemente, para a adoção de estratégias de promoção de qualidade de vida na velhice (Couto, 2007).

1.2.2 Preditores da Resiliência

Originalmente caracterizada através de resultados positivos ou com base nos traços da personalidade, a resiliência tende a ser, atualmente, considerada como um processo que engloba características individuais, como a autoestima e autoeficácia (Couto, 2007). Segundo Lopes (2005), resiliência não é considerada um traço, podendo mudar em função das transações com o meio e desafios específicos. O nível de resiliência de um indivíduo, varia em função de fatores protetores

que modificam a resposta do indivíduo em determinadas circunstâncias ambientais (Lopes, 2005). São exemplos destes fatores: a saúde, competências comportamentais, recursos psicológicos (traços de personalidade, maturidade, regulação emocional, enfrentamento do stress) e recursos sociais (educação, família, amigos e instituições sociais) (Fontes, 2010). A resiliência pode, então, ser descrita como um fator relevante para que a pessoa idosa restabeleça ou mantenha o seu nível de bem-estar mesmo perante situações adversas, uma vez que o envelhecimento é caracterizado por vários desafios e perdas físicas, sociais e psicológicas (Couto, 2007).

Uma avaliação positiva, autonomia e convicção nas próprias capacidades para lidar com os desafios da vida (controle), constituem fatores de proteção para o indivíduo (Couto, 2007). Recursos psicológicos como o otimismo, o senso de controle pessoal e a autoestima estão ligados aos esforços ativos de *coping*, e as ilusões positivas ajudam os indivíduos a encontrar significado na experiência (Couto, 2007).

Segundo Salovey et al., (2000), as experiências emocionais positivas aumentam a disponibilidade de recursos psicológicos, uma vez que, pessoas com estados emocionais positivos acreditam ser menos vulneráveis, enfrentam de forma mais efetiva os eventos causadores de *stress* e apresentam maior disponibilidade de contatos interpessoais e mais soluções criativas (Rabelo & Neri, 2005).

As crenças na capacidade de exercer controle sobre aquilo que afeta as pessoas, são fortes preditores do nível de realizações que os indivíduos atingem e afetam nos processos cognitivos, afetivos e de seleção. Assim, a forma como as pessoas pensam, sentem e se motivam, inclusive para o enfrentamento de eventos causadores de stress e o manuseamento do ambiente social e físico, irá influenciar o seu sentido de controle (Bandura referido por Fontes, 2010).

A qualidade de vida na velhice é também fortemente determinada pela manutenção da capacidade funcional - independência e autonomia (Khoury & Neves, 2014). Autonomia caracteriza-se pela habilidade de tomar decisões e controlar a própria vida. Independência é a capacidade para executar as atividades de vida diária. Manter a capacidade funcional - critério atual de velhice saudável - não depende apenas de fatores orgânicos (Khoury & Neves, 2014). Fatores psicológicos, como as crenças de autoeficácia e a percepção de controle, desempenham um papel fundamental na manutenção da saúde e de independência na velhice, estando associadas à qualidade de vida, bem-estar ou satisfação com a vida (Khoury & Neves, 2014).

1.2.2.1 Autonomia Funcional

Os recursos psicológicos e sociais de que o indivíduo dispõe, são um caminho na determinação das implicações da incapacidade funcional na vida dos mesmos. Os fatores psicológicos refletem a percepção e a avaliação que o indivíduo tem e faz da situação, tornando-se importantes na adaptação à incapacidade. Os mesmos fatores funcionam como recursos de enfrentamento, atenuando a adversidade de situações causadoras de stress e, auxiliam na adaptação ao ambiente social e físico. Além dos recursos médicos, os fatores psicossociais têm grande potencial para determinar em que medida a vida estendida será vivida eficazmente ou com

debilidade, dor e dependência (Bandura referido por Rabelo & Neri, 2005). As dimensões de qualidade de vida consideradas importantes para os idosos são a saúde (estado de saúde, doenças, deficiências dos sentidos, viver sem dor importante), a capacidade funcional (dependência em geral, AVDs, AIVDs, controlo sobre a própria vida), a dimensão psicológica (alegria, tristeza, gostar de si mesmo, aproveitar a vida), a dimensão social (abandono da família, ser lembrado pelos filhos, os filhos estarem bem), a económica (aposentadoria, ter casa própria, ter lugar para morar) e a ambiental (violência, poluição), hábitos e estilos de vida (tabagismo, elitismo, atividade física) e a espiritualidade (Rabelo & Neri, 2005). Perante o aumento da prevalência de condições médicas crónicas na população idosa, é dada agora grande atenção à identificação dos fatores psicológicos e socioculturais que podem atuar de forma negativa no bem-estar e na qualidade de vida de indivíduos mais velhos com incapacidades (Rabelo & Neri, 2005).

A autonomia funcional tem sido designada de competência funcional, e definida como o nível de bem-estar com o qual os indivíduos pensam, sentem, atuam, ou se comportam em congruência com o seu meio envolvente (WHO, 2002). A avaliação da capacidade funcional/autonomia funcional inclui a avaliação das capacidades do indivíduo em realizar as várias atividades de vida diária, as atividades instrumentais de vida diária e atividades relacionadas com a mobilidade (WHO referida por Marques, 2013). A independência e autonomia referem-se então à capacidade do indivíduo se auto cuidar e de realizar atividades de vida diária de forma autónoma e independente (Guralnik & Kaplan referidos por Marques, 2013). A autonomia é um elemento central no processo do envelhecimento ativo, uma vez que, promover a autonomia das pessoas idosas e o direito à sua autodeterminação mantém a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, sendo fundamental para a promoção de melhores condições de saúde (Borges, Benedetti & Farias referidos por Moreira, Teixeira & Novaes, 2014).

O comprometimento da capacidade funcional na população que envelhece tem implicações importantes não só na vida do idoso, mas também para a família, para a comunidade e para o sistema de saúde uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (Perracini, Fló e Guerra referidos por Antonucci, 2013).

Com o envelhecimento a probabilidade de dependência nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e nas atividades básicas de vida diária (ABVD) torna-se maior, devido ao facto da capacidade de realizar tarefas envolver a integração de múltiplos sistemas fisiológicos que, gradualmente, entram em declínio (Barbosa, Almeida, Barbosa & Barbosa, 2014).

A capacidade funcional é definida pela presença ou não, de dificuldades no desempenho de certos movimentos e atividades da vida quotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-los (Santos & Cunha, 2014). Essas atividades são divididas em atividades básicas de vida diária (ABVD) relacionadas ao autocuidado, e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar. O conceito de atividades básicas de vida diária, inicialmente denominadas “atividades de vida diária” - começou a ser utilizado na década de 60, quando foram construídos os primeiros índices para avaliá-las. Os índices mais conhecidos são o Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody. Trata-se de escalas que medem

a capacidade do indivíduo no desempenho de tarefas relacionadas à sobrevivência, graduando-as quanto ao grau de assistência necessária para a realização das mesmas. Lawton e Brody (1969) introduziram o termo atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) para tarefas mais complexas do que as ABVDs, no que toca às exigências neuropsicológicas e à influência de fatores sociais, motivacionais e contextuais para a manutenção de uma vida independente. A escala inclui assim oito atividades: usar o telefone, fazer compras, preparar refeição, fazer limpeza, lavar roupa, usar meio de transporte, tomar a medicação e gerir o dinheiro. Os itens da escala são classificados quanto ao grau de assistência necessária para a realização das tarefas. A independência nas ABVDs e AIVDs tem sido utilizada como parâmetro para auxiliar os profissionais de saúde quanto à avaliação e tomada de decisão sobre a possibilidade da pessoa permanecer na comunidade de forma independente ou assistida ou, ainda, para indicar a necessidade de institucionalização (Dias, Duarte, Almeida & Lebrão, 2014).

A Escala de Lawton é então um instrumento que analisa a capacidade funcional da pessoa idosa, enquanto indicador de saúde e bem-estar, sendo possível determinar se o indivíduo pode viver sozinho. Essa escala é ainda influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, os quais caracterizam o comportamento e o estilo de vida (Santos & Cunha, 2014).

Assim, a avaliação funcional é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional do idoso, mas também a sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis nos quais uma pessoa está a funcionar numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma forma de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma (Moreira, Teixeira & Novaes, 2014).

1.2.2.2 Controlo

Um aspeto importante, referido na literatura como um preditor positivo para o enfrentamento das situações difíceis na fase da velhice, é o sentido de controlo e domínio que os indivíduos sentem em relação à sua própria vida e os seus objetivos. Este sentido tem sido associado ao *locus de controlo* interno, percepções de autoeficácia e altos níveis de autonomia (França & Murta, 2014). A percepção de controlo é um recurso psicossocial associado à qualidade de vida e bem-estar (Khoury & Neves, 2014).

Quanto melhor a percepção de qualidade de vida psicológica, caracterizada pela presença de sentimentos positivos, boa autoestima, sentido de vida, capacidade de concentração e aprendizagem, melhor o desempenho nas tarefas (Beckert, Irigaray & Trentini, 2012). Idosos que se percebem com boa qualidade de vida psicológica têm melhor senso de autoeficácia e resiliência, vivenciando menos *stress* em situações que exigem mais esforço pessoal, apresentando-se menos ansiosos e deprimidos (Beckert et al., 2012). Para Falcão e Bucher-Maluschke (2010), a resiliência e a autoeficácia percebida atuam como formas de o idoso ter uma melhor qualidade de vida e uma saúde mental favorável à superação de adversidades, capaz de responder de diferentes formas diante de um fracasso (Beckert et al., 2012). Da mesma maneira, Winocur et al., (2007) afirmam

que a qualidade de vida contribui para o envelhecimento bem-sucedido e, mais especificamente, para preservar o funcionamento cognitivo (Beckert et al., 2012). Na velhice, um estilo de vida saudável está relacionado com bem-estar psicológico, que se reflete em atributos como autoeficácia, sentimentos de controle pessoal e autoestima (Beckert et al., 2012).

A percepção de controle diz então respeito a crenças pessoais acerca da própria capacidade para controlar eventos e ameaças (Khoury & Neves, 2014). O controle pode interferir no processo de envelhecimento e acarretar mudanças na qualidade de vida do idoso (Khoury & Neves, 2014).

O conceito de controle assume diferentes denominações na literatura (como senso de controle, percepção de controle, *locus* de controle, controle pessoal, controle primário e controle secundário) e faz parte de uma ampla área de estudos na psicologia, denominada de percepção de controle. Os conceitos de controle primário e controle secundário foram desenvolvidos por Rothbaum, Weisz e Snyder (1982) e integram o modelo de dois processos de controle. Esses construtos referem-se ao nível ou grau de controle que as pessoas julgam ter sobre o seu ambiente, no sentido de modificá-lo ou adaptar-se a ele (Khoury & Gunther, 2013). O controle primário refere-se a esforços para dominar o ambiente - físico/social - e adaptá-lo às próprias necessidades. O controle secundário diz respeito a esforços para se adaptar ao ambiente, especialmente a situações em que as metas não foram alcançadas ou ocorreram perdas/falhas (Khoury & Neves, 2014).

Idosos que apresentem um perfil biopsicossocial considerado de boa qualidade é crucial para tentar estabelecer um limite claro entre o patológico e o normal esperado na velhice (Trentini referido por Timn, 2006). As pessoas idosas fisicamente ativas têm capacidade semelhante à das pessoas jovens ativas. Isso significa que alguns processos fisiológicos, que diminuem com a idade, podem ser modificados pelo exercício e pelo condicionamento físico. O envelhecimento humano é um processo biológico natural, e não patológico, caracterizado por uma série de alterações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acontecem no organismo ao longo da vida (Timn, 2006).

Lemos e Medeiros (referidos por Timn, 2006) defendem que a autonomia e a independência, entre os idosos são ótimos indicadores de saúde. A incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nas pessoas uma sensação de fracasso. Se atribuírem o seu fracasso a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, serão acometidas por uma sensação de ineficácia. Isso depende da forma como os idosos percebem as suas vidas: se veem apenas perdas e declínio, ou se veem as reservas que ainda têm e o potencial de desenvolver novas habilidades, compensando as perdas (Timn, 2006).

O senso de ineficácia pode ser agravado por diferentes preconceitos, tanto dos idosos como da sociedade. Assim, quanto maior for o senso de controle pessoal e a capacidade de decisão e comando, mais intensos serão os sentimentos de satisfação; quanto menores, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo. Tanto a percepção de ter controle como o controle por si mesmo podem ter benefícios psicológicos e de saúde significativos (Timn, 2006).

A manutenção da saúde funcional está associada a fatores protetores de natureza psicológica e social, entre os quais as crenças de controle (Timn, 2006). A percepção de controle atua como mediadora da relação entre otimismo e bem-estar psicológico (Timn, 2006). Na velhice, usualmente é observada uma diminuição progressiva da massa e da força muscular, que afeta a

mobilidade física e pode desencadear um processo de perdas compatíveis com incapacidade funcional (Bez & Neri, 2014). A incapacidade funcional pode ser definida como a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do quotidiano do ser humano e que são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (Bez & Neri, 2014). A saúde funcional ou funcionalidade, é influenciada não apenas pelo processo de envelhecimento fisiológico, como também por características de género, idade, classe social e escolaridade, e por condições de saúde, cognição, ambiente, história de vida e personalidade (Bez & Neri, 2014). A incapacidade funcional afeta também a motivação para a atividade, o senso de controlo sobre o ambiente, as crenças de autoeficácia, a autoestima e a autoavaliação de saúde dos idosos (Bez & Neri, 2014). Prejuízos nestas áreas psicológicas, refletem-se nas avaliações subjetivas que os idosos fazem sobre a sua qualidade de vida de modo geral e específico, tais como na saúde, atividade, relações sociais e relações com o ambiente físico (Bez & Neri, 2014). Consequentemente, tais avaliações negativas tendem a prejudicar a disposição dos idosos para a manutenção de hábitos de autocuidado, gerando um círculo vicioso de danos e de riscos à sua saúde e ao seu bem-estar subjetivo (Bez & Neri, 2014).

Bowling et al., (2007), investigaram idosos com défice no seu funcionamento físico, os quais avaliaram a sua qualidade de vida como boa, e compararam-nos com indivíduos saudáveis que avaliaram o seu funcionamento como sendo “ruim”. Os principais resultados deste estudo focaram-se na distinção entre os dois grupos-alvo, ou seja, o primeiro grupo afirmou uma melhor saúde autoavaliada, menor carga de doenças crónicas, não ter caído, maior empenho social e níveis mais elevados de perceção de controlo sobre a vida (Khoury & Neves, 2014). Desta forma, este estudo indica que a manutenção da capacidade funcional depende não apenas do estado de saúde e das capacidades física e cognitiva, mas também de fatores psicossociais (Neri, 2006). Assim, por exemplo, não basta um idoso conseguir andar, saber fazer contas simples e conhecer a cidade para ir até o supermercado fazer as suas compras, é preciso que ele acredite que pode realizar essa tarefa e decida fazê-la (Neri, 2006).

Considerar que se tem controlo da situação, pode basear-se em fatos objetivos, como as experiências de sucesso do indivíduo, no sentido de alcançar as suas metas e/ou conseguir apoio e reconhecimento social, mas, também, em fatores subjetivos tais como acreditar na sorte e/ou na proteção de seres poderosos - reais ou imaginários (Khoury & Neves, 2014). Sentir controlo é tão importante que, mesmo quando o indivíduo parece ter perdido o controlo real da situação, pode encontrar formas secundárias de controlo (Khoury & Neves, 2014). São exemplos disso, as reavaliações positivas na ocorrência de perdas ou fracassos e o rebaixamento dos níveis de aspiração quando as metas se tornam muito difíceis ou impossíveis de atingir. O esforço para modificar situações que oferecem resistência, característico do controlo primário, tende a produzir alguma satisfação por sucessos, mas também algum desapontamento por falhas (Khoury & Neves, 2014). Já o esforço para ajustar-se às resistências, característico do controlo secundário, tende a ser experimentado como mais seguro e a evitar extremos de altos e baixos (Khoury & Neves, 2014).

Os dois tipos de controlo foram utilizados pela Teoria do Controlo no Curso de Vida (Heckhausen & Schulz, 1995) para explicar o desenvolvimento humano ao longo da vida, sendo incorporados ao modelo *Selection, Optimization and Compensation* (SOC) de desenvolvimento bem-

sucedido (Baltes referido por Khoury & Neves, 2014). A Teoria do Controle no Curso de Vida e o modelo de desenvolvimento bem-sucedido que a integra, propõem o constructo de controle como tema central para a caracterização do desenvolvimento humano, da infância à velhice. No seu ciclo de vida, o indivíduo encontra oportunidades e restrições ao desenvolvimento do seu potencial para controle primário. Tais restrições são determinadas por duas grandes classes de fatores, os biológicos e os sociais. As mudanças biológicas universais, bem como os sistemas sociais com as suas normas, determinariam o que um indivíduo pode fazer e quando pode fazê-lo, produzindo uma estrutura de oportunidades e de desafios à ampliação e manutenção do controle, ordenada pelo tempo (Khoury & Neves, 2014).

Durante a infância e a adolescência haveria um crescimento do potencial para controle primário. O controle primário permaneceria então estável durante a adultez e velhice. Os adultos de várias idades percebem as mudanças na capacidade de controle primário ao longo da vida, ou seja, eles esperam declínios com o aumento da idade e, particularmente, na velhice avançada. Entretanto, embora a motivação para controle primário permaneça ativa, os indivíduos ajustam as suas metas às mudanças de oportunidades. Quer isto dizer que, as pessoas tentam tirar o máximo da sua capacidade de controle em qualquer fase da vida (Heckhausen, Wrosch, & Schulz referidos por Khoury & Neves, 2014).

A fim de lidar com as restrições ao seu desenvolvimento e de enfrentar os desafios a ele impostos de forma otimizada, o indivíduo precisa de encontrar o equilíbrio entre o controle primário e o secundário (Khoury & Neves, 2014). O controle primário e o controle secundário são identificados tanto pela seleção quanto pela compensação. Haynes et al., (2009) conduziram um estudo com pessoas idosas (79-98 anos), cujo objetivo era estabelecer uma relação entre a percepção de controle - primário e secundário - e bem-estar físico e psicológico. Os indivíduos que utilizavam estratégias de controle primário (persistência nas tarefas) ou estratégias combinadas de controle primário e controle secundário (compensação) para lidar com as restrições da velhice relataram melhor bem-estar físico e psicológico, quando comparados com os que abandonaram as estratégias de controle primário ou utilizavam mais estratégias de controle secundário (Khoury & Neves, 2014).

Na velhice, o desgaste biológico e as mudanças de papéis sociais impõem limites ao exercício do controle (Khoury & Gunther, 2013). A percepção de controle sofre modificações com o avanço da idade, havendo um redireccionamento do controle primário para metas apropriadas à idade e uma tendência para procurar controle secundário. Assim, recursos pessoais como experiências passadas de sucesso, comparação social, flexibilidade no ajustamento de metas e reavaliações positivas, tornam-se muito importantes para a manutenção do controle (Khoury & Gunther, 2013).

1.3 Fatores de Risco para Autonomia e Controle

Eventos considerados como risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade do idoso para resultados negativos no seu desenvolvimento. Como exemplos de

fatores de risco para a autonomia e controle temos as quedas, a institucionalização e as demências. Estes são fatores de risco para a autonomia funcional e controle, uma vez que, existentes, podem colocar em causa os mesmos. De seguida, serão apresentados cada um destes três fatores de risco.

Quedas

As quedas são deslocamentos não intencionais do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, podendo comprometer a capacidade funcional (Silva, Barbosa, Castro & Noronha, 2013).

O processo de envelhecimento está, frequentemente, associado a perdas importantes em inúmeras capacidades físicas, que geram declínio da capacidade funcional e da independência do idoso para atividades quotidianas conhecidas como atividades básicas de vida diária. O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, pois o envelhecimento traz várias alterações anatómicas e fisiológicas, tornando o idoso mais frágil e mais propenso a sofrer quedas. Para os idosos, as quedas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-los à incapacidade e morte. O seu custo social é imenso e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização (Silva et al., 2013).

O impacto do envelhecimento, torna imprescindível que se identifiquem os idosos com risco de quedas, uma vez que as quedas aumentam com a idade, sobretudo nas pessoas idosas mais frágeis (Silva et al., 2013).

Se, à medida que diminui a capacidade funcional, ocorre um aumento do risco de quedas, pode-se inferir que risco de queda, funcionalidade e equilíbrio, na população idosa em geral, estão relacionados (Souza, et al., 2013). A alteração no equilíbrio funcional é a principal causa das quedas em idosos, sendo a fratura a principal consequência, contribuindo significativamente para a diminuição da qualidade de vida, especialmente no que toca à capacidade funcional, aspetos físicos, sociais e emocionais, vitalidade e dor (Carvalho, Aikawa, Leite & Sartori-Cintra, 2013).

O desequilíbrio é um dos principais fatores responsáveis pelas limitações sofridas pelo idoso na sua vida diária. Em 80% dos casos, esse desequilíbrio não pode ser atribuído a uma causa específica, mas sim a um comprometimento do sistema de equilíbrio como um todo (Carvalho et al., 2013). Na maioria dos casos, o desequilíbrio começa entre os 65 e os 75 anos de idade aproximadamente, e cerca de 30% dos idosos apresentam os sintomas nessa faixa etária. Na população idosa, a instabilidade postural é um dos principais problemas de cuidados à saúde, originando frequentemente, o a ocorrência de quedas, que podem implicar severas sequelas ou, inclusivamente, morte (Paula, Fernandes & Souza, 2014).

Institucionalização

A institucionalização é um importante fator quando se fala da autonomia e controle mesmo que o idoso institucionalizado não esteja fragilizado por algum distúrbio orgânico, muitas vezes o isolamento, o abandono e o grau de inatividade física contribuem para a propensão de quedas, acelerando o curso do envelhecimento (Silva et al., 2013).

O ambiente institucional interfere, frequentemente, na independência dos idosos, sendo necessário medidas que o torne adequado para atender às principais limitações funcionais do idoso,

garantindo-lhe conforto, segurança e independência para a realização de suas atividades diárias (Leite, 2011). Com o aumento da idade, o tempo de institucionalização, tende a aumentar. Como consequência deste acontecimento, o grau de dependência, a perda progressiva de autonomia e a redução das capacidades físicas e cognitivas, também. Assim, é importante existirem medidas que venham prevenir problemas que surgem com o passar dos dias, como as quedas que geram imobilizações, fraturas, dependência e uma série de consequências limitantes para a vida do idoso institucionalizado (Leite, 2011). Deve-se, portanto, adaptar o ambiente às necessidades do indivíduo idoso, promovendo melhor segurança, conforto, independência, melhor adequação do idoso ao ambiente, além de prevenir as quedas (IIDA referido por Leite, 2011).

Demências/Deterioração Cognitiva

A prevalência e a incidência de doenças crônico-degenerativas em pessoas idosas tem aumentado significativamente, nomeadamente a demência que se destaca- como sendo a causa com mais impacto na funcionalidade e na mortalidade de idosos (Marra, Pereira, Faria, Pereira, Martins & Tirado, 2007).

É comum, na população idosa, haver queixas sobre o declínio da cognição e da dependência nas atividades funcionais, sendo forte a relação entre nível cognitivo e habilidade funcional (Marra et al., 2007). As alterações funcionais são, frequentemente, consequências de doenças e/ou problemas comuns nos idosos, sendo os quadros demenciais apontados como principais contribuintes para o desenvolvimento da dependência funcional. As alterações no desempenho das atividades de vida diária (AVDs) podem ocorrer desde os estágios iniciais da demência, sendo que a gravidade do processo demencial foi apontada como um forte preditor para o declínio do desempenho dos idosos nessas atividades (Marra et al., 2007). As demências tornam-se assim como fator de risco para a autonomia e controle, uma vez que produzem grande impacto para os indivíduos acometidos, tanto no que diz respeito à funcionalidade e manutenção da independência, como também à necessidade de auxílio de um cuidador para o desempenho das tarefas do quotidiano, afetadas pelo declínio cognitivo (Marra et al., 2007).

1.4 Fatores Promotores de Autonomia e Controle

Os fatores ou mecanismos de proteção que um indivíduo dispõe internamente ou capta do meio em que vive, são considerados elementos cruciais para o seu desenvolvimento. Neste caso, alguns dos fatores de proteção que o idoso pode dispor são: a qualidade de vida, o bem-estar físico objetivo e a atividade física. Estes fatores serão falados de seguida.

Qualidade de vida

Segundo (OMS, 2002) a qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição de vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Leite, 2011).

Para Birren e Dieckman (1987) a qualidade de vida refere-se às circunstâncias da vida de um indivíduo, grupo ou população. O conceito de qualidade de vida é complexo e abrange muitas

caraterísticas do ambiente social e físico, assim como da saúde e do estado interno dos indivíduos (Leite, 2011).

A Teoria do Bem-Estar Subjetivo (BES) é definida por Diener (1984) como um campo da Psicologia que procura entender as avaliações das pessoas sobre as suas vidas, as quais abrangem variáveis como satisfação com a vida em geral ou com algum aspeto dela, falta de depressão e ansiedade, e emoções e humores positivos.

O mesmo autor refere que a preocupação com a felicidade e o bem-estar subjetivo acompanha a humanidade há muito tempo, mas só nos últimos anos é que o Bem-Estar Subjetivo (BES) tem sido medido e estudado sistematicamente (Timn, 2006). Lawton (1983) considera que deveria construir-se um modelo de qualidade de vida na velhice em que a multiplicidade de aspetos e influências inerentes ao fenómeno é representada em quatro dimensões inter-relacionadas (Leite, 2011). Assim sendo, esse modelo tinha como base as condições ambientais, as quais dizem respeito ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo homem, ou seja, o ambiente deve oferecer condições adequadas a vida das pessoas; a competência comportamental que se traduz no desempenho dos indivíduos frente às diferentes situações da vida e, portanto, o potencial de cada um; a qualidade de vida percebida, a qual reflete na avaliação que o indivíduo faz da sua própria vida, influenciada pelos valores, expectativas pessoais e sociais que o indivíduo foi agregando; por fim, e não menos importante, o bem-estar subjetivo que significa a satisfação global com a própria vida, aspetos ambientais, competência comportamental ou adaptativa e percepção da qualidade de vida (Leite, 2011).

Bem-estar físico objetivo

O bem-estar físico objetivo está relacionado à ausência ou a mínimos graus de doença, incapacidade (Vitta, 2001). A boa saúde física é uma qualidade vital, favorece a boa aparência, sentir-se bem e ter reservas necessárias para usufruir de uma variedade de interesses, além de ser um dos mais poderosos preditores de bem-estar psicológico (Vitta, 2001). Níveis mais altos de saúde percebida em indivíduos ativos, comparativamente a indivíduos sedentários, podem ser explicados pelos efeitos da atividade física sobre a saúde física e psicológica (Vitta, 2001). Melhoras na capacidade fisiológica para a realização das atividades de vida diária, redução de doenças crónicas e dos níveis de depressão, aumento do senso de controlo e de autoeficácia, fazem com que o indivíduo se perceba como mais saudável (Vitta, 2001).

Atividade física

De forma a manter ou a desenvolver a autonomia, a atividade física torna-se essencial. A atividade física tem um impacto positivo em indivíduos idosos, na medida em que aumenta não só a resistência e a força muscular, mas também o equilíbrio e a mobilidade, o que pode reduzir o risco de quedas e lesões, melhorando a autonomia funcional e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida (Jerónimo, Souza, Silva & Teodoro, 2011).

Atualmente, está comprovado que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos

principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos (Franchi & Junior, 2005). Além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove melhora na aptidão física. No idoso, os componentes da aptidão física sofrem um declínio que pode comprometer a sua saúde. A aptidão física relacionada à saúde pode ser definida como a capacidade de realizar as atividades do quotidiano com vigor e energia, demonstrando menor risco de desenvolver doenças ou condições crônicas degenerativas, associadas a baixos níveis de atividade física (Franchi & Junior, 2005).

De fato as atividades físicas são de grande importância para a manutenção de uma boa saúde para o idoso. As mudanças físicas determinadas pela idade, tais como incapacidade funcional dos órgãos, modificações no sistema motor e muscular, estão diretamente relacionadas a baixos padrões de atividade física, sendo esta, um pré-requisito para um envelhecimento com sucesso. Baixos níveis de atividade física influenciam a capacidade funcional na realização de atividades da vida diária de forma autônoma e independente, pois o decréscimo na capacidade dos músculos em produzir força rápida pode afetar, de forma adversa, a capacidade de adultos mais velhos a desempenharem atividades rotineiras. Além disso, a prática de exercício físico de qualquer natureza pode ser uma maneira definitivamente significativa para prevenir a perda das capacidades físico-funcionais causadas pelo processo de envelhecimento normal (TAAFFE referido por Alencar, Ferreira, Graup & Dantas, 2011).

A pesquisa desenvolvida por Silveira et al., (2011) indica que diversos componentes como flexibilidade, força, equilíbrio, coordenação, dentre outros, devem ser considerados na composição de um programa de atividades físicas para idosos. Estes resultados corroboram que a manutenção da capacidade funcional e autonomia no envelhecimento são significativamente influenciadas, entre outros fatores, pela prática regular de atividade física (Alencar et al., 2011).

1.5 Objetivos e hipóteses

Pertinência do estudo

Tendo em conta o enquadramento teórico apresentado, afigura-se-nos pertinente estabelecer como objetivo geral a caracterização dos idosos participantes no nosso estudo quanto à forma como percebem e valorizam a importância dessas variáveis no seu próprio processo de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, ver como essas variáveis, nomeadamente a resiliência é influenciada por variáveis de natureza sociodemográfica, algumas delas entendidas como fatores de risco.

Partindo do objetivo geral emergente ganham pertinência os objetivos que se apresentam a seguir:

1. Descrever as variáveis sociodemográficas idade, sexo, escolaridade, estado civil, apoio recebido, tipo de residência, nível cognitivo (demências) dos idosos participantes no nosso estudo.
2. Descrever as variáveis resiliência, autonomia e controlo e estudar a relação destas variáveis com as variáveis sociodemográficas;

3. Determinar o grau de associação entre as variáveis resiliência, autonomia e controlo.

Do último objetivo formulado decorrem as seguintes hipóteses que procuraremos verificar:

H1): Há uma correlação positiva entre a Autonomia Funcional e a Resiliência

H2): Há uma correlação positiva entre Autonomia Funcional e a Perceção de Controlo.

H3): Há uma correlação positiva entre a Perceção de Controlo e a Resiliência.

Considerando a importância de algumas variáveis sociodemográficas, formulamos ainda as seguintes hipóteses:

H4): Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à resiliência.

H5): Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à perceção de controlo.

H6): Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à Autonomia Funcional.

H7): Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil dos idosos face à resiliência.

H8): Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil dos idosos face à perceção de controlo.

H9): Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil dos idosos face à Autonomia Funcional.

H10): Existem diferenças estatisticamente significativas entre o apoio recebido ou não pelos idosos face à resiliência.

H11): Existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes institucionalizados e não institucionalizados em função da resiliência.

H12): Há uma diferença significativa entre os grupos de participantes institucionalizados e não institucionalizados em função da perceção de controlo.

H13): Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos que vivam nas suas casas e idosos institucionalizados face à Autonomia Funcional.

H14): Existem diferenças estatisticamente significativas entre a deterioração global face à Autonomia Funcional.

Capítulo II - Material e Método

2.1 Participantes

A população alvo deste estudo inclui idosos institucionalizados, idosos não institucionalizados, idosos que usufruem de algum apoio e idosos que não usufruem de qualquer tipo de apoio. Para a realização do questionário havia alguns critérios de inclusão: ser idoso com idade igual ou superior a 65 anos e não ter défice cognitivo elevado, uma vez que, caso tivesse, as suas respostas poderiam ser enviesadas. A recolha de dados da população idosa foi feita na Universidade da Terceira Idade da ARPE em Torres Novas, no Centro Paroquial dos Riachos, Torres Novas e no Centro Social da Zona Alta em Torres Novas.

Relativamente à caracterização geral da amostra esta foi constituída por 180 participantes, com idades compreendidas entre 65 e 97 anos, com média das idades de 76.54 e com um desvio padrão de 7.938. Como o objetivo fulcral é comparar o grau de resiliência entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, seguidamente passamos à sua caracterização.

Relativamente à idade dos participantes, os idosos têm maioritariamente 67 anos (7.8%) (tabela A1). Relativamente ao género, temos 73 (41%) do sexo masculino e 107 (59%) do sexo feminino. No que diz respeito ao tipo de residência, 134 (74%) idosos residem nas suas próprias casas e 47 (25%) residem numa instituição. No que se refere ao estado civil, a maioria dos idosos são casados (42%) e viúvos (39%). No que concerne à escolaridade, 8.3% não tem escolaridade, 45.6% dos idosos têm até o quarto ano como habilitações literárias, 7.8% têm até 6 anos, 14.4% até 9 anos, 10% até 12 anos 8.3% tem Licenciatura, 1.7% tem Mestrado e, 0.6% (1) tem Doutoramento. Por último, e não menos importante, na variável usufrui de algum apoio, 129 (71.7%) não recebem apoio e 50 (27.8%) recebem apoio do Centro de Dia. De forma a termos uma ideia sucinta das variáveis sociodemográficas, é apresentada de seguida uma tabela (Tabela 1).

Tabela 1. *Caraterização Sociodemográfica da amostra (n=180)*

Variáveis		N (%)
Género	Masculino	73 (40.6%)
	Feminino	107 (59.4%)
Escolaridade	Até 4 anos	82 (45.6%)
	Até 6 anos	14 (7.8%)
	Até 9 anos	26 (14.4%)
	Até 12 anos	18 (10%)
	Licenciatura	15 (8.3%)
	Mestrado	3 (1.7%)
	Doutoramento	1 (0.6%)
Estado Civil	Solteiro	12 (6.7%)
	Casado	76 (42.2%)
	Unido de fato	3 (1.7%)
	Viúvo	71 (39.4%)
	Compromisso afetivo com alguém significativo	2 (1.1%)
	Divorciado/Separado	16 (8.9%)
	Tipo de Residência	
Casa/apartamento	135 (75%)	
Instituição	45 (25%)	
Idade		
Media (M =76.54)	Desvio-padrão (SD =7.94)	Mínimo/Máximo (65/97)

Tabela 2

Apoio recebido pelos participantes (n= 179)

Apoio Recebido		
Não usufrui de qualquer apoio		129 (71.7%)
Usfrui de apoio do Centro de Dia		50 (27.8%)

2.2 Instrumentos

Com o objetivo de avaliar a consistência interna das escalas, foi realizado o cálculo do Alpha de Cronbach para as mesmas escalas. No que respeita à escala das ABVD's esta teve um alpha de 0.671. A escala de AIVD's teve um alpha de 0.90, para a escala de controlo sobre a vida, foi obtido 0.72, na escala de resiliência foi de 0.76, por fim, na escala de deterioração global, não foi conseguido nenhum valor visto que esta não está subdividida por itens, assim, é utilizado o alfa obtido nas referências utilizadas. Assim, pode-se verificar que apenas a escala das ABVD's apresenta um valor mais baixo, comparativamente aos valores obtidos para as outras escalas, no entanto, mostra uma boa consistência interna. Isto quer dizer então, que os itens que compõem cada escala, medem o que queremos que seja medido e são coerentes entre si.

Escala de dados sociodemográficos - Com o intuito de recolher dados que permitissem uma caracterização geral do perfil dos diversos idosos, aplicou-se perguntas de carácter sociodemográfico (género, idade, zona de residência, localidade). Solicitou-se aos participantes que indicassem o seu nível de escolaridade, estado civil, em que tipo de residência vive (casa, instituição ou outro), se usufruía de algum apoio e, se sim, qual (centro de dia, apoio domiciliário).

Escala de controlo sobre a vida - Trata-se de uma escala retirada do protocolo de avaliação do *PT 100* - estudo dos centenários do Porto (Ribeiro, Araújo, Paúl, Duarte, Brandão & Teixeira, 2012). Esta escala tem como principal objetivo verificar, através de uma pontuação de *likert*, se a pessoa tem ou não controlo sobre a sua vida. A escala é constituída por dez itens, sendo exemplos dos itens constituintes, os seguintes: “No seu dia-a-dia, sente que tem controlo sobre as coisas que são importantes para si?”, “Sente-se livre para decidir como quer viver a sua vida?”, “Sente que pode ser exatamente como é nas situações do dia-a-dia?”, “As pessoas na sua vida preocupam-se consigo?”, “Sente-se com frequência muito incapaz?”, “No seu dia-a-dia tem de fazer o que lhe dizem?”. A forma de cotação rege-se pela seguinte forma: atribui-se 1 ponto às respostas “SIM” e 0 pontos às respostas “Não”, exceto em relação aos itens 7 e 9 que devem ser invertidos. Assim, quanto mais alta for a pontuação obtida por cada individuo, maior é o controlo que a pessoa sente e percebe sobre a sua vida. Ou seja, a pessoa percebe que pode e consegue influenciar a sua vida (Ribeiro, et al. 2012). A consistência interna da Escala de Controlo Sobre a Vida obtida neste estudo foi de 0.715 (tabela 3).

Tabela 3

Consistência interna da escala Controlo sobre a vida

Alfa de Cronbach	N de itens
.715	10

Escala de resiliência - Os autores, Sinclair e Wallston (2003) desenvolveram a Brief Resilient Coping Scale (BRCS) que é designada em Português como Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR), com base em populações com doenças crónicas. Inicialmente a escala incluía nove itens, dos quais foram selecionados os quatro que, segundo os autores, operacionalizam o construto de coping resiliente. Deste instrumento emergem temáticas tais como, o otimismo, a perseverança, a criatividade e o crescimento positivo face às adversidades. Os itens descrevem um padrão ativo de resolução de problemas que reflete o padrão de coping resiliente. É uma escala de auto-resposta, unidimensional, constituída por quatro itens que visam perceber a capacidade para lidar com o stress de uma forma adaptativa. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal, em formato de Likert, de cinco posições: 5-Quase sempre, 4-Com muita frequência, 3-Muitas vezes, 2-Ocasionalmente, 1-Quase nunca. A nota de capacidade para lidar com o stress de uma forma adaptativa varia entre 4 e 20. Não existem itens com cotação invertida. Segundo os autores da escala original consideram-se com baixa resiliência os sujeitos com uma pontuação inferior a 13 e os com resiliência forte, cuja pontuação seria superior a 17 (Ribeiro & Morais, 2010). Como já se pode observar na tipologia do estudo, a Escala de Resiliência, obteve neste estudo, a consistência interna de 0.76, o que bom (tabela 4).

Tabela 4

Consistência interna da escala de Resiliência

Alfa de Cronbach	N de itens
,762	4

Escala de Autonomia Funcional - esta escala é constituída por duas partes (ABVD's e AIVD's), sendo que são feitas operações com as duas mas em separado, podendo-se dizer que são

independentes mas complementares. Cada uma foi avaliada de forma qualitativa e não de forma quantitativa, ou seja, cada uma das partes constituintes da Escala de Autonomia Funcional, tem itens que a constituem e, em cada uma delas, foi feita uma avaliação de cada item caracterizando-o como “sem ajuda”, “com alguma ajuda” e “dependente”, dependendo da forma como a pessoa realizava ou não cada atividade, sendo que *sem ajuda* equivale a um ponto, *com alguma ajuda* equivale a dois pontos e, *dependente* equivale a três pontos. Desta forma, quanto mais pontuação obtiver em cada item, maior é a dependência nessa atividade.

Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) - Esta escala permite avaliar a Autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/ cadeira de rodas para a cama; Controlo de Esfíncteres e Alimentação. As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação direta do idoso e/ou do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde. Para cada ABVD a atividade tem como opção de resposta “sem ajuda”, “com alguma ajuda” e “dependente” (Apóstolo, 2012). A consistência interna obtida para esta escala foi de 0.671, não pode ser considerada muito boa, mas foi razoável (tabela 5).

Tabela 5

Consistência interna da escala ABVD

Alfa de	
Cronbach	N de itens
,671	9

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) - Escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, tratamento da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros. Cada AIVD tem três possibilidades de resposta: “sem ajuda”, “com alguma ajuda” e “dependente” (Apóstolo, 2012). A consistência interna obtida nesta escala, foi de 0.90, sendo superior à obtida para as ABVD's (tabela 6). Pode-se considerar esta consistência como muito boa.

Tabela 6

Consistência interna da escala AIVD

Alfa de Cronbach	N de itens
,898	7

Escala de Deterioração Global (GDS) - esta escala destina-se a avaliação de demência degenerativa primária, e é uma escala de sete pontos que foi desenvolvida por Reisberg e colaboradores (1982) com a finalidade de caracterizar essa síndrome clínica e classificá-la. A GDS classifica os indivíduos num dos 7 estágios distintos propostos, sendo que o estágio 1 aponta para um estado normal, sem evidência objetiva ou subjetiva de défice cognitivo; o estágio 2 faz referência a um estado de declínio cognitivo muito leve, considerado normal para a idade; o estágio 3 aponta para um declínio cognitivo leve, com evidência objetiva de *deficit* cognitivo; o estágio 4 que indica um declínio cognitivo moderado, suficiente para preencher critérios operacionais para demência; o estágio 5 que corresponde à presença de declínio cognitivo moderadamente grave, no qual os *deficits* interferem com um funcionamento independente; o estágio 6, característico de declínio cognitivo grave, no qual os *deficits* observados interferem com um funcionamento independente e, por último, o estágio 7 que assinala declínio muito grave, nos quais os défices interferem com todas as atividades da vida diária (Mendonça & Guerreiro, 2007). Segundo Kluger e Ferris (1991), esta escala foi validada através da correlação das suas pontuações com avaliações psicométricas e clínicas, do estado mental, de atividades da vida diária e exames de neuroimagem de pacientes com demência degenerativa primária.

2.3 Procedimentos

Esta investigação segue uma linha quantitativa, do tipo descritivo, com recurso à análise correlacional e comparativa. Assim, neste contexto, pretende-se com a análise descritiva identificar as variáveis que influenciam significativamente a autonomia funcional, o controlo e, conseqüentemente, o grau de resiliência nos idosos. Com a análise correlacional verificar se existe alguma relação entre as variáveis e por último, uma análise comparativa, no sentido de comparar os níveis de resiliência entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Seguiu-se a recodificação dos itens invertidos das escalas utilizadas.

Numa primeira fase deste estudo, efetuou-se uma revisão da literatura acerca do tema. Foi feita uma pesquisa extensa e objetiva sobre o tema e as variáveis a serem avaliadas. Após essa fase, tratou-se de adaptar o protocolo para idosos, envolvendo as variáveis correspondentes a cada elemento do grupo. Depois deste protocolo estar pronto e adaptado, segue-se a aplicação do mesmo a duas pessoas idosas, de forma a perceber se é bem entendido e não há erros ou palavras que não sejam bem entendidas. Assim, o protocolo estará pronto a ser aplicado à nossa amostra. Antes da aplicação em si, procede-se ao consentimento informado verbal para cada local, a fim de receber autorização por parte da instituição para a aplicação do protocolo.

Desta forma, foi aplicado o protocolo em três locais diferentes: Centro Social Paroquial de Santo António de Riachos, Centro de Bem-estar da Zona Alta de Torres Novas e Academia Sénior de Torres Novas. Na primeira instituição foram aplicados cerca de 24 questionários, a idosos institucionalizados e a idosos que apenas usufruem de algum apoio, o qual, neste caso, é o centro de dia. O segundo local é apenas centro de dia, no qual apliquei cerca de 7 questionários, visto que só lá estão idosos em centro de dia. Por último, na academia sénior, responderam cerca de 12 idosos, estes responderam por eles próprios aos questionários, estando eu presente enquanto respondiam. Em todos os locais aceitaram muito bem a aplicação destes questionários, receberam-me muito bem, tanto o pessoal como os idosos. Em alguns sítios os idosos até se recusam a responder, neste caso aconteceu o contrário, queriam todos fazer e participar. Foi uma experiência muito rica e compensadora, pois entrevistar população desta faixa etária não é fácil, exige muito tempo e muito de nós, no entanto, no fim, recompensa, pelo simples fato, de que, com cada um deles aprendemos muito, falamos sobre as suas vidas e crescemos com o que vamos sabendo, ajuda-nos a compreender melhor esta população. Foi muito interessante ver e perceber que basta ao idoso ter ali alguém em frente dele, interessado sobre a sua vida, interessado sobre o que lhe causa bem-estar e sofrimento, pois sente-se valorizado, chora, ri, mesmo sendo com uma pessoa que nem conhece, mas que está ali interessada nele.

Depois de terem sido aplicados todos os questionários e recolhidas todas as informações, procede-se à passagem dos dados para o SPSS, para que, posteriormente, se faça o tratamento e interpretação dos dados. Para além de passar as informações recolhidas por mim, passa-se também para a base de dados os dados recolhidos pelas colegas a idosos institucionalizados e não, de forma a termos todas, uma amostra mais extensa.

Enquanto é feita a aplicação dos questionários, a passagem destes para o SPSS e a interpretação dos mesmos, faz-se o estado da arte e a parte inicial da dissertação (apresentação do estudo, método, instrumentos, etc.)

Numa segunda fase, procedi ao tratamento dos dados e à sua discussão. Para a análise dos dados deste estudo, utilizei o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 22). Após a recolha dos questionários e tendo uma amostra significativa (180) procedeu-se então à construção da base de dados no SPSS introduzindo a informação contida nos questionários. Encontrei algumas dificuldades, pois um dos passos para introduzir toda a informação era cotar a escala de funcionalidade já apresentada anteriormente. Esta escala tem muitas adaptações e consequentemente muitas cotações diferentes, tendo por essa razão, alguma dificuldade em escolher por qual adaptação me guiar. Mesmo assim, com empenho meu e ajuda do professor, conseguimos chegar a uma conclusão e pude assim continuar a inserção dos dados. Seguidamente, procurei caracterizar a amostra recorrendo à análise descritiva dos dados, como por exemplo, cálculo das frequências absolutas e percentagens, cálculo de medidas de tendência central e medidas de dispersão (diferenças de percentagens entre mulheres, homens, local de residência, estado civil, nível de escolaridade, entre outras).

Posteriormente foi realizada uma análise de confiabilidade dos instrumentos utilizados e fatores correspondentes, calculando os valores de *alpha de Cronbach*, valores estes que já foram apresentados anteriormente. Analisando assim, a consistência interna do estudo, pode-se dizer que é bom, sendo que a consistência obtida nas ABVD's é a menos boa, as restantes são muito boas. Relativamente a este resultado pode-se inferir que se deva ao fato de que alguns inquiridos possam ter tido alguma dificuldade na interpretação.

Seguidamente, foi testada a normalidade da amostra através do cálculo do Kolmogorov-Smirnov (Ks), constatando-se que a amostra não segue uma distribuição normal ($p < 0,05$) relativamente a todas as escalas selecionadas para o estudo: ABVD's (Kolmogorov-Smirnov, $p = 0.000$, exceto no item 6, $p = 0.007$); AIVD's (Kolmogorov-Smirnov, $p = 0.000$); Controlo sobre a Vida (scores globais) (Kolmogorov-Smirnov, $p = 0.000$); Resiliência (scores globais) (Kolmogorov-Smirnov, $p = 0.008$); GDS (Kolmogorov-Smirnov, $p = 0.000$). Como tal, será utilizada estatística não paramétrica. Obtendo o cálculo do coeficiente de correlação, permite-nos analisar se existe alguma associação entre as variáveis, e caso exista, dá-nos a conhecer a direção e magnitude dessa mesma associação. Para tal,

calculou-se o grau de associação entre as variáveis dependentes, ordinais e intervalares, utilizando-se então o coeficiente de correlação de Spearman para calcular a existência ou não de associação e o grau da mesma para variáveis ordinais e, ordinal e intervalar; para calcular a existência ou não de associação e o grau da mesma para variáveis intervalares (scores globais), utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (resiliência scores globais e controle scores globais).

Para a realização de testes de diferenças, tendo como base a estatística não paramétrica, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, o qual averigua se as ordens médias de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal diferem. Trata-se, portanto, do teste equivalente ao Teste T para Amostras Independentes, na medida em que permite comparar dois grupos mas agora ao nível de uma variável ordinal (e não intervalar como no caso do Teste T). Seleção do Teste de Diferenças Adequado: Teste de Mann-Whitney por *três* motivos: (i) a questão de investigação aponta no sentido de diferenças no contexto de um *design* inter-sujeitos, (ii) onde serão comparados dois grupos de indivíduos (idosos do sexo feminino e idosos do sexo masculino) e (iii) a variável dependente- autonomia funcional é ordinal (Martins, 2011).

Também foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, o qual constitui o equivalente não-paramétrico da Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial. Trata-se, por isso, de um teste que averigua se há diferenças entre três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal. Seleção do Teste de Diferenças Adequado: Teste de Kruskal-Wallis por *três* motivos: (i) a questão de investigação aponta no sentido de um *design* inter-sujeitos, (ii) onde serão comparados quatro grupos de indivíduos (idosos casados, solteiros, viúvos, divorciados) e (iii) a variável dependente - resiliência é ordinal (Martins, 2011).

Capítulo III- Resultados

3.1 Análise descritiva dos dados

De forma a anunciar os dados descritivos, respetivos à amostra, estes serão apresentados de seguida, em formato de texto, fazendo-se acompanhar de uma tabela que contém todos os dados fundamentais de cada variável. Estes dados descritivos tornam-se essenciais para perceber como se caracteriza a amostra, relativamente a variáveis mais específicas (controlo sobre a vida, resiliência, autonomia funcional - ABVD's e AIVD's, GDS - Escala de Deterioração Global). Serão também apresentados os resultados respetivos às hipóteses construídas segundo os objetivos.

3.1.1 Controlo sobre a vida

A pontuação obtida pelos participantes na Escala de Controlo sobre a Vida varia entre 2 e 10 pontos, tendo uma média de 8.25 e um desvio padrão de 1.98. Sendo que, nesta escala, quanto mais perto do 10 (pontuação máxima), tiver, mais perceção de controlo sobre a vida, a pessoa tem. Desta forma, os resultados obtidos são muito bons ou mesmo excelentes, pois nos 180 participantes, a média é de 8 e a moda é 10, ou seja, a pontuação média por cada sujeito é de 8 pontos e a pontuação mais frequente é de 10, o que significa que a maior parte dos participantes mostra ter a perceção de controlo sobre a sua vida (tabela 7).

Tabela 7

Dados descritivos da variável Controlo Sobre a Vida (n=180)

Variável	Média	Desvio-padrão	Moda	Mínimo	Máximo	N
Controlo sobre a vida	8.25	1.99	10	2	10	180

3.1.2 Resiliência

Relativamente a esta variável, obteve-se 13.48 de média, 3.70 de desvio-padrão e 12 de moda (tabela 8). Sendo que a pontuação desta escala vai de 4 (pontuação mínima) a 20 (pontuação máxima), os valores obtidos não foram muito bons. Quanto mais alta for a pontuação, maior é a perceção de resiliência que o sujeito tem da sua vida. Neste caso, interpreta-se os dados da seguinte forma: pontuação menor a 13, significa baixa resiliência, entre 13 a 17, significa resiliência moderada e, pontuação superior a 17, traduz-se em resiliência forte. Assim sendo, a tabela 9 apresenta os resultados da forma explicada anteriormente. Desta foram, 75 (41.7%) dos participantes obtiveram pontuação inferior a 13, 76 (42.1%) pontuaram entre 13 e 17 e, finalmente, 29 (16.2%) obtiveram pontuação superior a 17. Apesar de serem, significativamente, menos

participantes a pontuarem acima dos 17, quando comparados aos que pontuaram abaixo do mesmo valor, deve-se dar importância a estes valores, pois significam grandes níveis de resiliência e, mesmo sendo poucos, tendo uma amostra de 180, é considerado relevante. Deve-se também dar real importância ao número de sujeitos, apesar de reduzido (10) cujos pontuaram 20, sendo a pontuação máxima, estes sujeitos têm a percepção de serem bastante resilientes, o que é muito bom (tabela 9).

Tabela 8

Dados descritivos da variável Resiliência (n=180)

Variável	Média	Desvio-padrão	Moda	Mínimo	Máximo	N
Resiliência	13.48	3.70	12	4	20	180

Tabela 9

Dados descritivos da variável Resiliência (continuação) (n=180)

Valor	Frequência	Porcentagem (%)
<13	75	41.7
Baixa resiliência		
13 - 17	76	42.1
Resiliência moderada		
>17		
Resiliência forte	29	16.2

3.1.3 GDS - Escala de Deterioração Global

Segundo um dos critérios de inclusão, os sujeitos desta amostra não deveriam ter déficit cognitivo elevado, ou seja, poderiam ter déficit cognitivo leve, sendo normal para a idade. Assim, e consoante a tabela 14, pode-se perceber que 77.8% dos participantes têm um nível cognitivo normal, sem evidência objetiva ou subjetiva de déficit cognitivo, 18.3% apresenta um declínio muito leve, sendo considerado normal para a idade e apenas 3.3% apresentam declínio cognitivo leve. Estes valores são muito bons, tendo em conta a idade dos participantes (tabela 10).

Tabela 10

Dados descritivos da variável da Escala de Deterioração Global (n=179).

GDS	Item	Frequência	Porcentagem
	Normal, sem evidência objetiva ou subjetiva de déficit cognitivo	140	77.8
	Declínio cognitivo muito leve, considerado normal para idade	33	18.3
	Declínio cognitivo leve, com evidência objetiva de déficit cognitivo	6	3.3
<i>Missing</i>		1	0.6
Total		179	99.4

3.1.4 Autonomia Funcional (ABVD's e AIVD's)

Relativamente às atividades básicas de vida diária mais dependentes temos “capaz de vestir-se e despir-se” (com alguma ajuda: 19 - 10.6%; dependente: 3 - 1.7%), “consegue andar” (com alguma ajuda: 30 - 16.7%; dependente: 5 - 2.8%), “capaz de levantar-se e deitar-se na cama” (com alguma ajuda: 17 - 9.4%; dependente: 3 - 1.7%), “capaz de tomar banho ou duche” (com alguma ajuda: 27 - 15%; dependente: 18 - 10%). Sendo que andar e tomar banho são as que maior grau de dependência apresentam. Estas são as tarefas onde se encontra maior índice de dependência, no entanto, não nos podemos esquecer que, nas mesmas, há muitos sujeitos independentes.

Quanto às atividades básicas de vida diária mais independentes foram “capaz de comer” (sem ajuda: 172 - 95.6%) e “capaz de cuidar da sua aparência” (sem ajuda: 164 - 91.1%) (Tabelas 11 e 12).

Item 1 - Capaz de comer

Dos 180 participantes, 172 (95.6%) não precisam de qualquer ajuda para comerem e, 4 (2.2%) necessita de alguma ajuda. Estes resultados são muito bons, uma vez que, a amostra é constituída por idosos que residem em lar e necessitam de apoio, apenas 4 idosos precisarem de alguma ajuda, é muito bom.

Item 2 - Despir-se e vestir-se sozinho

153 (85%) idosos é capaz de se vestir e despir sozinho, sem ajuda 19 (10.6%) necessita de alguma ajuda e, 3 (1.7%) são dependentes de alguém ou de alguma coisa para se conseguir vestir e despir.

Item 3 - Cuidar da sua aparência

Dos 180 participantes, 164 (91.1%) não precisa de qualquer ajuda para cuidar da sua aparência, 9 (5%) conseguem cuidar da sua aparência mas com alguma ajuda e, 3 (1.7%) é dependente nesta tarefa, ou seja, depende da ajuda de alguém para conseguir cuidar da sua aparência.

Item 4 - Pode andar

140 (77.8%) Idosos anda sem qualquer ajuda, 30 (16.7%) precisa de ajuda para andar (canadianas ou andarilho) e, 5 (2.8%) é dependente nesta tarefa, ou seja, faz uso da cadeira de rodas ou é acamado.

Item 5 - Levantar-se e deitar-se na cama

157 (87.2%) idosos conseguem levantar-se e deitar-se na cama sem ajuda, 17 (9.4%) precisam de alguma ajuda, 3 (1.7%) é dependente nesta tarefa, precisando de ajuda total para se levantar e deitar.

Item 6 - Tomar banho ou duche

Dos 180 idosos, 129 (71.7%) conseguem tomar banho ou duche sem qualquer ajuda, 27 (15%) precisam de alguma ajuda e 18 (10%) são dependentes nesta tarefa, ou seja, precisam de ajuda na totalidade para tomarem banho ou duche.

Item 7 - Problemas a chegar à casa de banho a tempo

163 (90.6%) idosos não têm problemas em chegar à casa de banho a tempo, no entanto, 14 (7.8%) mostraram ter dificuldades nesta mesma atividade.

Item 8 - Frequência que se suja

Apenas 14 (7.8%) idosos se sujam de dia e de noite devido a necessidades fisiológicas: 11 (6.1%) afirmou sujar-se entre uma a duas vezes por semana, 3 (1.7%) suja-se três vezes por semana ou mais.

Item 9 - Ajuda nas ABVD's

94 (52.2%) idosos responderam não precisar de ninguém para o ajudar nas suas atividades básicas de vida diária e 83 (46.1%) respondeu precisar de alguém para o ajudar nas atividades básicas de vida diária.

Item		N	%	Tabela 11.
1) Capaz de comer	Sem ajuda	172	95.6	<i>Dados descritivos da variável Autonomia Funcional relativamente às ABVD's</i>
	Com alguma ajuda	4	2.2	
	Dependente	0	0	
	Total	176	97.8	
2) Despir-se e vestir-se sozinho	Sem ajuda	153	85	<i>Dados descritivos da variável Autonomia Funcional relativamente às ABVD's</i>
	Com alguma ajuda	19	10.6	
	Dependente	3	1.7	
	Total	175	97.2	
3) Cuidar da sua aparência	Sem ajuda	104	91.1	<i>Dados descritivos da variável Autonomia Funcional relativamente às ABVD's</i>
	Com alguma ajuda	9	5	
	Dependente	3	1.7	
	Total	176	97.8	
4) Pode andar	Sem ajuda	140	77.8	<i>Dados descritivos da variável Autonomia Funcional relativamente às ABVD's</i>
	Com alguma ajuda	30	16.7	
	Dependente	5	2.8	
	Total	175	97.2	
5) Levantar-se e deitar-se na cama	Sem ajuda	157	87.2	<i>Dados descritivos da variável Autonomia Funcional relativamente às ABVD's</i>
	Com alguma ajuda	17	9.4	
	Dependente	3	1.7	
	Total	177	98.3	
6) Tomar banho ou duche	Sem ajuda	129	71.7	<i>Dados descritivos da variável Autonomia Funcional relativamente às ABVD's</i>
	Com alguma ajuda	27	15	
	Dependente	18	10	
	Total	174	96.7	
7) Ajuda nas ABVD's	Não	94	52.2	<i>Dados descritivos da variável Autonomia Funcional relativamente às ABVD's</i>
	Sim	83	46.1	
	Total	177	98.3	

Tabela 12

Desempenho das atividades básicas da vida diária - controlo dos esfíncteres (n=14).

Item		N	%
Problemas a chegar à casa de banho a tempo	Não	163	90.6
	Sim	14	7.8
	Total	177	98.3
Frequência que se suja	Uma a duas vezes	11	6.1
	Três vezes ou mais	3	1.7
	Total	14	7.8

3.1.5 AIVD's

Já nas atividades instrumentais de vida diária mais dependentes temos “pode ir até locais que não se possa ir a pé” (com alguma ajuda: 46 - 25.6%; dependente: 26 - 14.4%), “consegue fazer compras de alimentos” (com alguma ajuda: 24 - 13.3%; dependente: 8 - 4.4%), “consegue preparar refeições” (com alguma ajuda: 19 - 10.6%; dependente: 17 - 9.4%), “realizar tarefas de casa” (com alguma ajuda: 35 - 19.4%; dependente: 13 - 7.2%).

Quanto às atividades instrumentais de vida diária mais independentes “capaz de usar o telefone” (sem ajuda: 157 - 87.2%), “capaz de tomar a medicação” (sem ajuda: 138 - 76.7%) e “capaz de lidar com o dinheiro” (sem ajuda: 143 - 79.4%) (tabela 12).

Item 10 - Capaz de usar o telefone

Relativamente às atividades instrumentais de vida diária, dos 180 participantes, 157 (87.2%) são capazes de utilizar o telefone sem ajuda, 11 (6.1%) precisa de alguma ajuda para utilizar o telefone (marcar os números), 4 (2.2%) é dependente nesta tarefa, não consegue de todo utilizar o telefone, 5 (2.8%), esta tarefa não se aplica, pois pode residir no fato de não possuírem telefone ou nunca terem usado.

Item 11 - Ir a locais onde não é possível ir a pé

Dos 180 participantes, 103 (57.2%) não precisam de ajuda para ir a locais onde não é possível ir a pé, 46 (25.6%) precisam de alguma ajuda, 26 (14.4%) são dependentes e, por isso não conseguem de todo ir a locais onde não é possível ir a pé, 2 (1.1%), esta tarefa não se aplica.

Item 12 - Compras de alimentos

Dos 180 participantes, 112 (62.2%) podem fazer compras de alimentos sem qualquer ajuda, 24 (13.3%) precisam de alguma ajuda para ir às compras, 8 (4.4%) não consegue de nenhuma forma ir às compras, é dependente, a 33 (18.3%) idosos, esta tarefa não se aplica (se residirem num lar não fazem compras de alimentos).

Item 13 - Preparar refeições

Dos 180 participantes, 103 (57.2%) conseguem preparar as suas refeições sem qualquer ajuda, 19 (10.6%) precisa de alguma ajuda para prepara refeições, 17 (9.4%) é dependente, não conseguindo preparar qualquer refeição nem com ajuda, e 36 (20%) não se aplica.

Item 14 - Realizar tarefas de casa

Dos 180 participantes, 94 (52.2%) é capaz de realizar as tarefas de casa sem qualquer ajuda, 35 (19.4%) consegue realizar as tarefas de casa mas com alguma ajuda, 13 (7.2%) é dependente nesta tarefa, 35 (19.4%) dos casos, não se aplica.

Item 15 - Tomar a medicação

Dos 180 participantes, 138 (76.7%) toma a medicação sem qualquer ajuda, 29 (16.1%) toma a medicação mas para isso precisa de alguma ajuda, 10 (5.6%) dos casos não se aplica, nenhum é dependente.

Item 16 - Capaz de lidar com o dinheiro

Dos 180 participantes, 143 (79.4%) consegue lidar com o dinheiro sem qualquer ajuda, 14 (7.8%) consegue lidar com o dinheiro, mas precisa de alguma ajuda, 2 (1.1%) é dependente, ou seja, é uma

tarefa que não é capaz de realizar com ou sem ajuda, tem de ser feita por outra pessoa e, 18 (10%) dos casos não se aplica.

Tabela 13. Dados descritivos da variável Autonomia Funcional relativamente às AIVD's (n=180).

Item		N	%
10) Capaz de usar o telefone	Sem ajuda	157	87.2
	Com alguma ajuda	11	6.1
	Dependente	4	2.2
	Não se aplica	5	2.8
	Total	180	100
11) Ir a locais onde não é possível ir a pé	Sem ajuda	103	57.2
	Com alguma ajuda	46	25.6
	Dependente	26	14.4
	Não se aplica	2	1.1
	Total	177	98.3
12) Compras de alimentos	Sem ajuda	112	62.2
	Com alguma ajuda	24	13.3
	Dependente	8	4.4
	Não se aplica	33	18.3
	Total	177	98.3
13) Preparar refeições	Sem ajuda	103	57.2
	Com alguma ajuda	19	10.6
	Dependente	17	9.4
	Não se aplica	36	20
	Total	175	97.2
14) Realizar tarefas de casa	Sem ajuda	94	52.2
	Com alguma ajuda	35	19.4
	Dependente	13	7.2
	Não se aplica	35	19.4
	Total	177	98.3
15) Tomar a medicação	Sem ajuda	138	76.7
	Com alguma ajuda	29	16.1
	Não se aplica	10	5.6
	Total	177	98.3
	16) Capaz de lidar com o dinheiro	Sem ajuda	143
Com alguma ajuda		14	7.8
Dependente		2	1.1
Não se aplica		18	10
Total		177	98.3

O fato de haver, nalgumas AIVD's, "não se aplica" várias vezes, pode dever-se ao fato, de que alguns dos participantes residirem em instituições permanentes e não se aplicam algumas questões como é o caso da compra de alimentos, preparar refeições, realizar tarefas da casa, lidar com dinheiro. Pois quando os idosos vivem em contexto lar, por mais que ainda saibam realizar as tarefas mencionadas anteriormente, são feitas pelos funcionários em vez deles, fazendo com que eles próprios deixem de fazer, perdendo um pouco da sua autonomia. Explicar também que nalgumas variáveis o total não chega a 180, isto porque houve indivíduos, que nessas variáveis optaram por não responder, no entanto, o *n* foi sempre o mesmo para todas as variáveis (*n* = 180).

3.2. Associações entre Variáveis

Tabela 14

Coeficiente de Correlação de Spearman (rs) entre a Autonomia Funcional e a Resiliência

ABVD's	Resiliência (scores totais) <i>rs</i>	<i>p</i>
Capaz de comer	-0.077	0.309
Pode vestir-se e despir-se sozinho	0.025	0.743
Pode cuidar da sua aparência	0.039	0.607
Pode andar	0.118	0.118
Pode levantar-se e deitar-se na cama	0.094	0.213
Pode tomar banho ou duche	0.093	0.222
Tem tido problemas a chegar à casa de banho	0.076	0.314
Frequência que se suja tanto de dia como de noite	-0.195	0.503
Há alguém que o ajude em algumas das atividades básicas diárias	-0.141	0.062

O grau de autonomia funcional, mais especificamente, o desempenho das atividades básicas de vida diária, não está associado à resiliência: Capaz de comer ($rs = -.077$, $p = .309$); Pode vestir-se e despir-se sozinho ($rs = .025$, $p = .743$); Pode cuidar da sua aparência ($rs = .039$, $p = .607$); Pode andar ($rs = .118$, $p = .118$); Pode levantar-se e deitar-se na cama ($rs = .094$, $p = .213$); Pode tomar banho ou duche ($rs = .093$, $p = .222$); Tem tido problemas a chegar à casa de banho ($rs = .076$, $p = .314$); Frequência que se suja tanto de dia como de noite ($rs = -.195$, $p = .503$); Há alguém que o ajude em algumas das atividades básicas diárias ($rs = -.141$, $p = .062$).

Tabela 15

Coeficiente de Correlação de Spearman (rs) entre as AIVD's e Resiliência

AIVD's	Resiliência (scores totais) <i>Rs</i>	<i>p</i>
Capaz de usar o telefone	0.038	0.617
Pode ir a locais onde não é possível ir a pé	0.079	0.295
Pode ir fazer compras de alimentos etc	0.009	0.904
E capaz de preparar as refeições	0.061	0.421
É capaz de realizar as tarefas de casa	0.096	0.204

É capaz de tomar a medicação	0.064	0.396
É capaz de lidar com o dinheiro	0.001	0.988

O grau de autonomia funcional, mais especificamente, o desempenho das atividades instrumentais de vida diária, não está associado à resiliência: Capaz de usar o telefone ($rs = .038$, $p = .617$); Pode ir a locais onde não é possível ir a pé ($rs = .079$, $p = .295$); Pode ir fazer compras de alimentos ($rs = .009$, $p = .904$); capaz de preparar as refeições ($rs = .061$, $p = .421$); É capaz de realizar as tarefas de casa ($rs = .096$, $p = .204$); É capaz de tomar a medicação ($rs = .064$, $p = .396$); É capaz de lidar com o dinheiro ($rs = .001$, $p = .988$).

Tabela 16

Coefficiente de correlação de Spearman (rs) entre as ABVD's e Controlo

ABVD's	Controlo (scores totais) Rs	p
Capaz de comer	-0.082	0.278
Pode vestir-se e despir-se sozinho	-0.242**	0.001
Pode cuidar da sua aparência	-0.206**	0.006
Pode andar	-0.160*	0.034
Pode levantar-se e deitar-se na cama	-0.094	0.213
Pode tomar banho ou duche	-0.248**	0.001
Tem tido problemas a chegar à casa de banho a tempo	-0.071	0.345
Frequência que se suja de dia como de noite	-0.399	0.158
Há alguém que o ajude em algumas atividades básicas diárias	0.018	0.809

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

Existe associação estatisticamente significativa e negativa, entre o controlo sobre a vida e quatro atividades das ABVD's (Pode vestir-se e despir-se sozinho, $rs = -.242$, $p = .001$; Pode cuidar da sua aparência, $rs = -.206$, $p = .006$; pode andar, $rs = -.160$, $p = .034$; Pode tomar banho ou duche, $rs = -.236$, $p = .002$). Estes dados permitem saber, que apesar da associação existente ser baixa, existe, e, portanto, à medida que o controlo sobre a vida diminui, a capacidade de andar e tomar banho ou duche, também diminuem. Não existe qualquer associação entre o controlo sobre a vida e as três últimas atividades das ABVD's (Tem tido problemas a chegar à casa de banho a tempo, $rs = -.071$, $p = .345$; Frequência que se suja de dia como de noite. $rs = -0.399$. $p = 0.158$; Há alguém que o ajude em algumas atividades básicas diárias, $rs = .018$, $p = .809$).

Tabela 17

Coeficiente de correlação de Spearman (rs) entre as AIVD's e Controlo

AIVD's	Controlo (scores totais) Rs	P
Capaz de usar o telefone	-0.091	0.224
Pode ir a locais onde não é possível ir a pé	-0.314***	0.000
Pode ir fazer compras de alimentos etc	-0.367***	0.000
E capaz de preparar as refeições	-0.280***	0.000
É capaz de realizar as tarefas de casa	-0.345***	0.000
É capaz de tomar a medicação	-0.183*	0.015
É capaz de lidar com o dinheiro	-0.243**	0.001

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

Existe associação estatisticamente significativa e negativa entre as atividades das AIVD's e o controlo sobre a vida (Pode ir a locais onde não é possível ir a pé, $rs = -.314$, $p = .000$; Pode ir fazer compras de alimentos, $rs = -.367$, $p = .000$; é capaz de preparar as refeições, $rs = -.280$, $p = .000$; É capaz de realizar as tarefas de casa, $rs = -.345$, $p = .000$; É capaz de tomar a medicação. $rs = -.183$, $p = 0.015$; É capaz de lidar com o dinheiro. $rs = -0.243$, $p = 0.001$).

Assim, pode-se perceber que à medida que o controlo sobre a vida diminui, a capacidade de realizar atividades instrumentais de vida diária diminui também.

Tabela 18

Coeficiente de correlação de Pearson (r) entre a Percepção de Controlo e a Resiliência.

	Controlo sobre a vida (r)	P
Resiliência	-0.126	0.091

O grau de controlo sobre a vida não está associado ao nível de resiliência, $rs = -.126$, $p = .091$.

3.3 Cálculo das Diferenças entre Grupos

Tabela 19

Cálculo das diferenças entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à resiliência.

	Género	Ordens Médias	U (Mann-Whitney)	P
Resiliência	Homem	93.41	3693	0.534
	Mulher	88.51		

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à resiliência ($U = 3693$, $p = .534$). No entanto, são os idosos do sexo masculino que apresentam tendencialmente maior grau de resiliência.

Tabela 20

Cálculo das diferenças entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à perceção de controlo.

	Género	Ordens Médias	U (Mann-Whitney)	P
Controlo	Homem	99.51	3248	0.048*
	Mulher	84.36		

Nota: * $p < 0,05$

Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à perceção de controlo ($U = 3248$, $p = .048$). Como se pode ver pela tabela 20, são os idosos do sexo masculino que percecionam maior controlo sobre a vida.

Tabela 21

Cálculo das diferenças entre o Género dos idosos face às ABVD's.

ABVD's	Estado civil	Ordens Médias	U (Mann-Whitney)	P
Capaz de comer	Homem	87.72	3688	0.514
	Mulher	89.04		
Pode vestir-se e	Homem	86.86	3626	0.665

despir-se	Mulher	88.80		
Pode cuidar da sua aparência	Homem	89.88	3645	0.495
	Mulher	87.55		
Pode andar	Homem	85.36	3504.50	0.412
	Mulher	89.80		
Pode levantar-se e deitar-se na cama	Homem	88.81	3766	0.939
	Mulher	89.13		
Pode tomar banho ou duche	Homem	82.60	3308.50	0.165
	Mulher	90.88		
Tem tido problemas a chegar à casa de banho a tempo	Homem	88.15	3718.50	0.694
	Mulher	89.59		
Frequência que se suja de dia como de noite	Homem	6	15	0.160
	Mulher	8.33		
Há alguém que o ajude em algumas atividades básicas diárias	Homem	91.75	3582	0.494
	Mulher	87.11		

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face às ABVD's: Capaz de comer (U =3688, p =.514); Pode vestir-se e despir-se (U =3626, p =.665); Pode cuidar da sua aparência (U =3645, p =.495); Pode andar (U =3504.50, p =.412); Pode levantar-se e deitar-se na cama (U =3766, p =.939); Pode tomar banho ou duche (U =3308.50, p =.165); Tem tido problemas a chegar à casa de banho a tempo (U =3718.50, p =.694); Frequência que se suja de dia como de noite (U =15, p =.160); Há alguém que o ajude em algumas atividades básicas diárias (U =3582, p =.494). Apesar de não existirem diferenças significativas, são os idosos do sexo masculino que apresentam maior grau de autonomia em todas as atividades básicas de vida diária exceto ("Pode cuidar da sua aparência" e "Há alguém que o ajude em algumas atividades básicas diárias").

Tabela 22

Cálculo das diferenças entre o Género dos idosos face às AIVD's.

AIVD's	Género	Ordens Médias	U (Mann-Whitney)	P
Capaz de usar o telefone	Homem	88.96	3793	0.572
	Mulher	91.55		
Ir a locais onde não é possível ir a pé	Homem	82.22	3292	0.099
	Mulher	93.65		
Compras de alimentos	Homem	84.03	3422	0.213
	Mulher	92.41		
Preparar refeições	Homem	89.44	3590	0.727
	Mulher	87.02		
Realizar tarefas de casa	Homem	87.83	3696	0.784
	Mulher	89.80		
Tomar medicação	Homem	86.01	3564.50	0.373
	Mulher	91.05		
Capaz de lidar com o dinheiro	Homem	81.72	3256	0.023*
	Mulher	93.99		

Nota: * $p < 0,05$

Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face a uma AIVD: capaz de lidar com o dinheiro (U =3256, p =.023). Relativamente às outras AIVD's, não existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao género: Capaz de usar o telefone (U =3793, p =.572); Ir a locais onde não é possível ir a pé (U =3592, p =.099); Compras de alimentos (U =3422, p =.213); Preparar refeições (U =3590, p =.727); Realizar tarefas de casa (U =3696, p =.784); Tomar medicação (U =3564.50, p =.373).

Pode-se ainda perceber que são de novo os idosos do sexo masculino que apresentam maior autonomia nas atividades instrumentais de vida diária, excetuando quando se trata de preparar refeições.

Tabela 23

Cálculo das diferenças entre o estado civil dos idosos face à resiliência.

	Estado civil	Ordens médias	X^2	P
Resiliência	Solteiro	103.96	4.880	0.431
	Casado	81.55		
	Unido de facto	80.83		
	Viúvo	94.79		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	104.75		
	Divorciado/Separado	103.94		

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil face à resiliência ($X^2 = 4.880$, $p = 0.431$). No entanto, pode-se perceber que são os idosos solteiros, os que mantêm um Compromisso afetivo com alguém significativo e os que são Divorciados/Separados, que tendencialmente apresentam maior grau de resiliência.

Tabela 24

Cálculo das diferenças entre o estado civil dos idosos face à perceção de controlo.

	Estado civil	Ordens médias	X^2	P
Controlo	Solteiro	96.71	15.837	0.007**
	Casado	95.28		
	Unido de facto	112.50		
	Viúvo	75.23		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	148.50		
	Divorciado/Separado	119.50		

Nota: ** $p < 0,01$

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil face à percepção de controlo ($X^2 = 15.837$, $p = 0.007$). Pode-se perceber assim que são os idosos que mantêm um compromisso afetivo com alguém significativo, que apresentam maior percepção de controlo.

Tabela 25

Cálculo das diferenças entre o Estado Civil dos idosos face às ABVD's.

ABVD's	Estado civil	Ordens Médias	X^2	P
Capaz de comer	Solteiro	86.50	0.913	0.969
	Casado	88.85		
	Unido de facto	86.50		
	Viúvo	89.05		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	86.50		
	Divorciado/separado	86.50		
Pode vestir-se e despir-se	Solteiro	91.33	7.777	0.169
	Casado	84.27		
	Unido de facto	77		
	Viúvo	94.61		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	77		
	Divorciado/separado	77		
Pode cuidar da sua aparência	Solteiro	82.50	4.838	0.436
	Casado	87.19		
	Unido de facto	82.50		
	Viúvo	92.56		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	82.50		
	Divorciado/separado	82.50		
Pode andar	Solteiro	98.83	21.975	0.001**
	Casado	77.19		
	Unido de facto	70.50		
	Viúvo	97.86		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	155.50		
	Divorciado/separado	79		

Pode levantar-se e deitar-se na cama	Solteiro	93.50	7.438	0.190
	Casado	77.19		
	Unido de facto	70.50		
	Viúvo	97.86		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	155.50		
	Divorciado/separado	81.13		
Pode tomar banho ou duche	Solteiro	104.55	27.066	0.000***
	Casado	74.04		
	Unido de facto	65		
	Viúvo	100.57		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	154.25		
	Divorciado/separado	76.16		
Tem tido problemas a chegar à casa de banho a tempo	Solteiro	89.38	7.819	0.166
	Casado	85.54		
	Unido de facto	82		
	Viúvo	92.11		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	126.25		
	Divorciado/separado	87.53		
Frequência que se suja de dia como de noite	Solteiro	6	2.659	0.616
	Casado	6		
	Unido de facto	-		
	Viúvo	8.63		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	6		
	Divorciado/separado	6		
Há alguém que o ajude em algumas atividades básicas diárias	Solteiro	77	5.567	0.351
	Casado	92.34		
	Unido de facto	136		
	Viúvo	86.69		
	Compromisso afetivo com	47.50		

alguém significativo	
Divorciado/separado	91.75

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

Existem diferenças estatisticamente significativas entre duas ABVD's e o estado civil: pode andar ($X^2 = 21.975$, $p = .001$) e pode tomar banho ou duche ($X^2 = 27.066$, $p = .000$). No que concerne às restantes ABVD's não se verificou diferenças estatisticamente significativas face ao estado civil: Capaz de comer ($X^2 = 0.913$, $p = .969$); Pode vestir-se e despir-se ($X^2 = 7.777$, $p = .169$); pode cuidar da sua aparência ($X^2 = 4.838$, $p = .436$); Pode levantar-se e deitar-se na cama ($X^2 = 7.438$, $p = .190$); Tem tido problemas a chegar à casa de banho a tempo ($X^2 = 7.819$, $p = .166$); Frequência que se suja de dia como de noite ($X^2 = 2.659$, $p = .0.616$); Há alguém que o ajude em algumas atividades básicas diárias ($X^2 = 5.567$, $p = .351$). São os idosos que mantêm um Compromisso afetivo com alguém significativo que apresentam maior dependência em conseguir andar, levantar-se e deitar-se na cama e em tomar banho ou duche, no entanto, nas restantes atividades básicas, os idosos viúvos mostram também maior dependência quando comparados com os restantes.

Tabela 26

Cálculo das diferenças entre o Estado Civil dos idosos face às AIVD's.

AIVD's	Estado Civil	Ordens Médias	X^2	P
Capaz de usar o telefone	Solteiro	86	9.582	0.088
	Casado	85.03		
	Unido de facto	112.33		
	Viúvo	97.92		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	79		
	Divorciado/separado	84.25		
Ir a locais onde não é possível ir a pé	Solteiro	113.46	23.740	0.000***
	Casado	77.11		
	Unido de facto	52		
	Viúvo	101.26		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	162.50		
	Divorciado/separado	68.22		
Compras de alimentos	Solteiro	114.42	21.213	0.001**
	Casado	75.26		

	Unido de facto	56.50		
	Viúvo	103.27		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	90.50		
	Divorciado/separado	75.78		
Preparar refeições	Solteiro	113.54	27.505	0.000***
	Casado	70.35		
	Unido de facto	52		
	Viúvo	104.42		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	122		
	Divorciado/separado	79.91		
Realizar tarefas de casa	Solteiro	118.50	18.483	0.002**
	Casado	75.08		
	Unido de facto	47.50		
	Viúvo	101.05		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	112		
	Divorciado/separado	81.72		
Tomar medicação	Solteiro	100.58	23.484	0.000***
	Casado	76.18		
	Unido de facto	69.50		
	Viúvo	100.36		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	153		
	Divorciado/separado	85.16		
Capaz de lidar com o dinheiro	Solteiro	96.13	18.943	0.002**
	Casado	77.47		
	Unido de facto	72		
	Viúvo	101.36		
	Compromisso afetivo com alguém significativo	111.25		
	Divorciado/separado	82.94		

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

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e as atividades instrumentais de vida diária: Ir a locais onde não é possível ir a pé ($X^2 = 23.740$, $p = .000$); Compras de alimentos ($X^2 = 21.213$, $p = .001$); preparar refeições ($X^2 = 27.505$, $p = .000$); Realizar tarefas de casa ($X^2 = 18.483$, $p = .002$); tomar a medicação ($X^2 = 23.484$, $p = .000$); capaz de lidar com o dinheiro ($X^2 = 18.943$, $p = .002$). Apenas não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e uma atividade instrumental: capaz de usar o telefone ($X^2 = 9.582$, $p = .088$). São, maioritariamente, os idosos viúvos ou que têm Compromisso afetivo com alguém significativo que apresentam maior dependência nas atividades instrumentais de vida diária.

Tabela 27

Cálculo das diferenças entre o apoio recebido ou não pelos idosos face à resiliência.

	Recebe algum tipo de apoio	Ordens médias	X^2	P
Resiliência	Não	82.40	10	0.002**
	Centro de dia	109.60		

Nota: ** $p < 0,01$

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o apoio recebido ou não pelos idosos face à resiliência ($X^2 = 10$, $p = .002$). Sendo que, são os idosos que usufruem do apoio do centro de dia, que apresentam maior grau de resiliência.

Tabela 28

Cálculo das diferenças entre idosos institucionalizados e aqueles que residem nas suas casas, face à resiliência.

	Tipo de residência	Ordens Médias	U (Mann-Whitney)	P
Resiliência	Casa/apartamento	90.19	3041	0.891
	Institucionalização	91.40		

Não existem diferenças significativas entre idosos que vivam nas suas casas e idosos institucionalizados, face ao nível de resiliência, $U = 3041$, $p = .891$. No entanto, são os idosos institucionalizados que tendencialmente apresentam maior grau de resiliência.

Tabela 29

Cálculo das diferenças entre idosos institucionalizados e aqueles que residem nas suas casas, face ao controlo sobre a vida.

	Tipo de residência	Ordens Médias	U (Mann-Whitney)	P
Controlo sobre a vida	Casa/apartamento	97.66	2123	0.001**
	Institucionalização	69.64		

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

Há diferenças significativas entre idosos que vivam nas suas casas e idosos institucionalizados, face ao nível de controlo sobre a vida, $U = 2123$, $p = .001$.

Os idosos que vivem nas suas casas apresentam maior nível de controlo relativamente aos idosos institucionalizados.

Tabela 30

Cálculo das diferenças entre idosos que vivam nas suas casas e idosos institucionalizados face às ABVD's.

ABVD's	Tipo de residência	Ordens Médias	U (Mann-Whitney)	P
Capaz de comer	Casa/apartamento	89.21	2898	0.230
	Instituição	86.50		
Pode vestir-se e despir-se	Casa/apartamento	82.33	2236	0.000***
	Instituição	103.89		
Pode cuidar da sua aparência	Casa/apartamento	86.46	2681	0.038*
	Instituição	94.43		
Pode andar	Casa/apartamento	80.13	1952	0.000***
	Instituição	110.07		
Pode levantar-se e deitar-se na cama	Casa/apartamento	84.31	2399	0.000***
	Instituição	102.35		
Pode tomar banho ou duche	Casa/apartamento	79.22	1732	0.000***
	Instituição	112.72		
Tem tido problemas a	Casa/apartamento	85.38	2538	0.001**
	Instituição	99.32		

chegar à casa de				
banho a tempo				
Frequência que	Casa/apartamento	6	15	0.160
se suja de dia	Instituição	8.33		
como de noite				
Há alguém que o	Casa/apartamento	93.44	2432	0.024*
ajude em algumas	Instituição	76.36		
atividades básicas				
diárias				

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

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de residência e algumas ABVD's: Pode vestir-se e despir-se sozinho (U =2236, $p =.000$); pode cuidar da sua aparência (U =2681, $p =.038$); pode andar (U =1952, $p =.000$); Pode levantar-se e deitar-se na cama (U =2399, $p =.000$); pode tomar banho ou duche (U =1732, $p =.000$); tem tido problemas a chegar à casa de banho a tempo (U =2539, $p =.001$); Há alguém que o ajude em algumas das atividades básicas diárias (U =2432, $p =.024$). Como, nesta escala, maior pontuação significa maior grau de dependência, pode-se perceber que são os idosos que se encontram institucionalizados que apresentam maior grau de dependência em todas as atividades básicas de vida diária.

Tabela 31

Cálculo das diferenças entre idosos que vivam nas suas casas e idosos institucionalizados face às AIVD's.

AIVD's	Tipo de residência	Ordens Médias	U (Mann-Whitney)	P
Capaz de usar o telefone	Casa/apartamento	87.80	2720	0.041*
	Instituição	98.37		
Ir a locais onde não é possível ir a pé	Casa/apartamento	73.55	990	0.000***
	Instituição	132.99		
Compras de alimentos	Casa/apartamento	73.24	949	0.000***
	Instituição	133.87		
Preparar refeições	Casa/apartamento	67.75	293	0.000***
	Instituição	146.49		
Realizar tarefas de casa	Casa/apartamento	69.94	517	0.000***
	Instituição	143.27		
Tomar medicação	Casa/apartamento	79.21	1731	0.000***
	Instituição	116.88		
Capaz de lidar com o dinheiro	Casa/apartamento	78.71	1665	0.000***
	Instituição	118.29		

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

Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos que vivem nas suas casas e idosos institucionalizados face às AIVD's: Capaz de usar o telefone ($U = 2720$, $p = .041$); Pode ir a locais onde não é possível ir a pé ($U = 990$, $p = .000$); Pode ir fazer compras de alimentos ($U = 949$, $p = .000$); É capaz de preparar as refeições ($U = 293$, $p = .000$); É capaz de realizar as tarefas de casa ($U = 517$, $p = .000$); É capaz de tomar a medicação ($U = 1731$, $p = .000$); É capaz de lidar com o dinheiro ($U = 1665$, $p = .000$). Desta forma pode-se perceber, que são os idosos que residem numa instituição que têm maior grau de dependência no que concerne às atividades instrumentais de vida diária, quando comparados aos idosos que vivem nas suas casas.

Tabela 32
Cálculo das diferenças entre a deterioração global e as ABVD's

ABVD's	GDS	Ordens Médias	χ^2	P
Capaz de comer	Normal	87.93	0.225	0.894
	Declínio cognitivo muito leve	88.65		
	Declínio cognitivo leve	86		
Pode vestir-se e despir-se	Normal	83.55	11.286	0.004**
	Declínio cognitivo muito leve	100.48		
	Declínio cognitivo leve	105		
Pode cuidar da sua aparência	Normal	85.21	9.707	0.008**
	Declínio cognitivo muito leve	98		
	Declínio cognitivo leve	96.33		
Pode andar	Normal	84.16	5.466	0.065
	Declínio cognitivo muito leve	99.23		
	Declínio cognitivo leve	98.17		
Pode levantar-se e deitar-se na cama	Normal	86.15	5.355	0.069
	Declínio cognitivo muito leve	94.83		
	Declínio cognitivo	107.33		

	leve			
Pode tomar	Normal	83.89		
banho ou duche	Declínio cognitivo	97.08		
	muito leve		4.149	0.126
	Declínio cognitivo	103.25		
	leve			
Tem tido	Normal	84.07		
problemas a	Declínio cognitivo	102.83		
chegar à casa de	muito leve		21.854	0.000***
banho a tempo	Declínio cognitivo	110.83		
	leve			
Frequência que	Normal	6		
se suja de dia	Declínio cognitivo	7.75		
como de noite	muito leve		1.970	0.373
	Declínio cognitivo	9.50		
	leve			
Há alguém que o	Normal	89.25		
ajude em	Declínio cognitivo	84.83		
algumas	muito leve		0.297	0.862
atividades	Declínio cognitivo	91.50		
básicas diárias	leve			

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

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de deterioração global e três das ABVD's: Pode vestir-se e despir-se sozinho ($X^2 = 11.29$, $p = .004$); Pode cuidar da sua aparência ($X^2 = 9.71$, $p = .008$); Tem tido problemas a chegar à casa de banho a tempo ($X^2 = 21.854$, $p = 0.000$). Também se pode perceber que são os idosos que apresentam declínio cognitivo leve ou declínio cognitivo muito leve, que são mais dependentes.

Tabela 33

Cálculo das diferenças entre a deterioração global e as AIVD's.

AIVD's	GDS	Ordens Médias	X^2	P
Capaz de usar o	Normal	85.68		
telefone	Declínio cognitivo	105.35		
	muito leve		13.21	0.001**
	Declínio cognitivo	106.33		
	leve			
Ir a locais onde	Normal	80.93		
não é possível ir	Declínio cognitivo	114.41		

a pé	muito leve		17.45	0.000***
	Declínio cognitivo	118.83		
	leve			
Compras de alimentos	Normal	79.72		
	Declínio cognitivo	119.36		
	muito leve		24.82	0.000***
	Declínio cognitivo	119.25		
	leve			
Preparar refeições	Normal	78.05		
	Declínio cognitivo	120.77		
	muito leve		26.94	0.000***
	Declínio cognitivo	117.08		
	leve			
Realizar tarefas de casa	Normal	78.65		
	Declínio cognitivo	121.42		
	muito leve		27.91	0.000***
	Declínio cognitivo	132.33		
	leve			
Tomar medicação	Normal	81.40		
	Declínio cognitivo	113.38		
	muito leve		22.92	0.000***
	Declínio cognitivo	113.75		
	leve			
Capaz de lidar com o dinheiro	Normal	80.38		
	Declínio cognitivo	114.23		
	muito leve		34.60	0.000***
	Declínio cognitivo	132.50		
	leve			

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

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de deterioração global e as atividades instrumentais de vida diária: Capaz de usar o telefone ($X^2=13.21$, $p=0.001$); Ir a locais onde não é possível ir a pé ($X^2=17.45$, $p=0.000$); Compras de alimentos ($X^2=24.82$, $p=0.000$); preparar refeições ($X^2=26.94$, $p=0.000$); Realizar tarefas de casa ($X^2=27.91$, $p=0.000$); Tomar medicação ($X^2=22.92$, $p=0.000$); Capaz de lidar com o dinheiro ($X^2=34.60$, $p=0.000$). Mais uma vez são os idosos com declínio cognitivo leve ou muito leve quem apresenta maior grau de dependência, neste caso, nas atividades instrumentais de vida diária.

Capítulo IV - Discussão e Conclusão

Esta investigação teve como principal objetivo perceber se a autonomia funcional e o controlo influenciam a resiliência. Assim, no início deste trabalho foram estabelecidos objetivos gerais e específicos, bem como hipóteses. Desta forma, para o cumprimento dos objetivos anteriormente estabelecidos, neste capítulo, serão analisados e discutidos os mesmos, tendo em conta os resultados obtidos nesta investigação, fazendo, posteriormente uma comparação com resultados obtidos por outros estudos. Assim, os resultados obtidos serão apresentados e organizados da seguinte forma: discussão das variáveis sociodemográficas, discussão das análises descritivas, discussão das associações obtidas e, por fim, discussão dos resultados das hipóteses.

4.1 Variáveis Sociodemográficas

No que concerne ao género, 73 (41%) dos participantes são do sexo masculino e 107 (59%) do sexo feminino. O fato de existirem mais participantes do sexo feminino comparativamente ao do sexo masculino, pode-se explicar pelo fato de haver um maior envelhecimento nas mulheres, ou seja, as mulheres têm uma vida mais longa, mesmo que, por vezes, com menor qualidade de vida. Estes dados são corroborados por Veras e colaboradores (2002) os quais referem que o aumento na população feminina em relação à masculina está associado à redução da mortalidade feminina em todo o mundo (Veras, Lourenço, Martins, Sanchez & Chaves, 2002).

Araújo e Alves (2000) defendem que a hipótese dos homens morrerem mais cedo pode ser associado a um estilo de vida referente a fatores de risco, as mulheres beneficiam-se de efeitos protetores hormonais, vivenciando ainda menor exposição a mortes violentas e uma atitude de mais cuidado para com a sua saúde (Araújo & Alves, 2000).

No que diz respeito ao tipo de residência, 134 (74%) idosos residem nas suas próprias casas e 47 (25%) residem numa instituição. Este dado é importante, visto que, tal como referem Roncon e Menezes (referidos por Henriqueto, 2013) a institucionalização dos idosos é uma situação cada vez mais comum, quer quando a decisão é tomada pelo próprio, quer quando é imposta por terceiros. Apesar destes fatos, na amostra apresentada apenas um quarto dos participantes é institucionalizado, o que se traduz num dado bastante significativo (Henriqueto, 2013).

No que se refere ao estado civil, a maioria dos idosos são casados (42%) e viúvos (39%). Este fato é corroborado por Calha (2014), pois defendem que, no que respeita ao estado civil constata-se que a maioria dos idosos, contemplados na amostra, são casados, sendo esta uma tendência com particular relevância em Portugal. A viuvez surge como o segundo estado civil mais frequente, afetando, sobretudo, as mulheres mais idosas. Esta situação coloca as mulheres idosas em situações de particular vulnerabilidade relativamente ao isolamento social (Calha, 2014).

No que concerne à escolaridade, 8.3% não tem escolaridade, 45.6% dos idosos têm até o quarto ano como habilitações literárias, 7.8% têm até 6 anos, 14.4% até 9 anos, 10% até 12 anos 8.3% tem Licenciatura, 1.7% tem Mestrado e, 0.6% (1) tem Doutoramento. Estes dados são essenciais, uma vez que, pode-se perceber que mais de metade dos participantes têm um bom grau

de escolaridade e, muitos dos participantes, tem escolaridade acima dos 9 anos. Um bom grau de escolaridade é essencial para o idoso, tal como referem Queiroz e Neri (2005), os quais consideram a escolaridade como um fator de proteção associado ao bem-estar psicológico, pois quantos mais anos de estudo o indivíduo tiver, maiores são as competências desse indivíduo para o alcance da satisfação com a vida e de equilíbrio de afetos (Queiroz e Neri, 2005).

Por último, e não menos importante, na variável apoio recebido, 129 (71.7%) não recebem apoio e 50 (27.8%) recebem apoio do Centro de Dia. Estes dados podem ser bons mas também podem ser menos bons. Isto porque, é bom que mais de metade dos participantes não recebam apoio e apenas cerca de 28% recebam, no entanto, é de salientar que, apesar de terem dito que não recebem apoio, não significa que não precisem, podem não ter possibilidade de ter apoio. O mesmo acontece com as pessoas que responderam receber apoio, parte-se do princípio que quem recebe apoio, significa que está dependente ou precisa de cuidados especiais que, em casa, não os teria, no entanto, pode usufruir de apoio, nomeadamente de centro de dia, para ter atividades durante o dia, estabelecer relações com os outros e não cair numa das mais frequentes consequências do envelhecimento: solidão. Receber apoio de centros de dia pode significar ausência de solidão e desenvolvimento de relações que são essenciais para uma satisfação de vida, promovendo um envelhecimento bem-sucedido. Paúl (referido por Correia, 2014) afirma que a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e satisfação de vida, reforçando assim o papel categórico das relações sociais para a qualidade de vida individual (Correia, 2014). Os centros de dia, para além de satisfazerem as necessidades básicas dos idosos, cultivam o desenvolvimento de relações interpessoais, promovendo simultaneamente redes de apoio informal (Correia, 2014).

4.2 Análises Descritivas

Na escala de resiliência os resultados obtidos mostram que 75 (41.7%) dos participantes obtiveram pontuação inferior a 13 (baixa resiliência), 76 (42.1%) pontuaram entre 13 e 17 (resiliência moderada) e, finalmente, 29 (16.2%) (resiliência forte) obtiveram pontuação superior a 17.

Apesar de 75 participantes ter apresentado baixa resiliência, é de realçar que 76 apresentaram resiliência moderada e, 29 resiliência forte. Isto quer dizer então que, por mais que existam idosos com baixo nível de resiliência, existem também muitos com bom e muito bom nível de resiliência, tornando esse fato fundamental. Assim, percebe-se que os idosos estão a lidar com a velhice de forma resiliente, estando de acordo com a conceção apontada por Rabelo e Neri (2005) quando apontam que os idosos têm grande capacidade de resiliência e, frente a perdas tendem a organizar o seu ambiente de maneira a maximizar afetos positivos e minimizar os negativos. Considerando as possibilidades de crescimento na velhice, a resiliência pode fazer com que os idosos sejam positivos em circunstâncias difíceis, desafios e exigências inerentes ao processo de envelhecimento (Rabelo e Neri, 2005).

Com a aplicação da escala de deterioração global, percebeu-se que 77.8% dos participantes têm um nível cognitivo normal, sem evidência objetiva ou subjetiva de défice cognitivo, 18.3% apresenta um declínio muito leve, sendo considerado normal para a idade e apenas 3.3% apresentam declínio cognitivo leve. Este fato pode estar relacionado com os níveis de escolaridade apresentados anteriormente, sendo que quantos mais anos de estudo o indivíduo tiver, maiores são as competências desse indivíduo para o alcance da satisfação com a vida (Queiroz & Neri, 2005).

Estes resultados são muito bons, uma vez que, existem estudos como é o caso de Antonucci (2013) o qual defende que o declínio cognitivo pode ser um fator de risco condicionante à dependência funcional (Antonucci, 2013). Assim, quanto melhor for o nível cognitivo do idoso, prevê-se melhor desempenho funcional.

Relativamente às atividades básicas de vida diária mais dependentes são: capaz de vestir-se e despir-se, conseguir andar, ser capaz de levantar-se e deitar-se na cama e capaz de tomar banho ou duche. Sendo que andar e tomar banho são as que maior grau de dependência apresentam. Estas são as tarefas onde se encontra maior índice de dependência, no entanto, não nos podemos esquecer que, nas mesmas, há muitos sujeitos independentes.

Quanto às atividades básicas de vida diária mais independentes foram: capaz de comer e capaz de cuidar da sua aparência.

Já nas atividades instrumentais de vida diária mais dependentes foram: poder ir até locais que não se possa ir a pé, conseguir fazer compras de alimentos, conseguir preparar refeições e realizar tarefas de casa.

Quanto às atividades instrumentais de vida diária mais independentes: capaz de usar o telefone, capaz de tomar a medicação e capaz de lidar com o dinheiro.

Pode-se perceber que existem maior número de atividades em que os idosos são dependentes do que aquelas em que não são. Estes resultados são corroborados por estudos feitos anteriormente, os quais mostram que, hierarquicamente, as perdas ocorrem de atividades instrumentais de vida diária para atividades básicas de vida diária, devido às AIVD exigirem maior integridade física e cognitiva comparada às ABVD (Barbosa, Almeida, Barbosa & Barbosa, 2014). Apesar destes fatos, não nos devemos esquecer das atividades que os idosos realizam de forma mais autónoma, pois se é mais dependente numa atividade, será mais autónomo noutra.

Já os resultados obtidos na escala de controlo sobre a vida foram muito bons ou mesmo excelentes, pois nos 180 participantes, a média é de 8 e a moda é 10, ou seja, a pontuação média por cada sujeito é de 8 pontos e a pontuação mais frequente é de 10, o que significa que a maior parte dos participantes mostra ter a perceção de controlo sobre a sua vida.

Os resultados obtidos são corroborados por Queros e Neri (2005), os quais referem que pessoas de meia-idade e idosas, são capazes de manter visões positivas de si mesmas, gerindo as suas vidas de forma eficaz, apesar das adversidades que fazem parte do processo de envelhecimento. São capazes de fazer ajustes dos seus objetivos e metas para se adaptarem à realidade social em que estão inseridas, bem como à sua realidade interna. Tais ajustes são realizados com base nas experiências anteriores de sucesso e fracasso ao longo da vida (Queros & Neri, 2005).

Estes resultados são então fundamentais, uma vez que, consoante Rabelo e Neri (2005), recursos psicológicos como o otimismo, o controlo pessoal e o senso de significado são indispensáveis e funcionam como reservas que permitem às pessoas enfrentar de forma mais efetiva os eventos críticos da vida Rabelo e Neri (2005).

4.3 Associações entre as Variáveis

H1): Há uma correlação positiva entre a Autonomia Funcional e a Resiliência

O grau de autonomia funcional não está associado à resiliência.

Estes resultados estão em discordância com alguns estudos como é o caso de Martins, (referido por Correia, 2014) o qual refere que o fato dos idosos poderem realizar sozinhos as suas atividades de vida diária irá contribuir para uma melhor qualidade de vida percebida. A vida independente permite manter o sentimento de que ainda são úteis, elevando assim a sua qualidade de vida percebida, sentimento de controlo pessoal e resiliência.

Estes resultados foram surpreendentes, pois espera-se que quanto maior for o grau de autonomia melhor será o nível de resiliência, contudo, esta relação não se encontra neste estudo.

H2): Há uma correlação positiva entre Autonomia Funcional e a Perceção de Controlo.

Existe associação estatisticamente significativa e negativa, entre o controlo sobre a vida e a autonomia funcional. Assim, estes dados permitem saber, que à medida que o controlo sobre a vida diminui, a capacidade de realizar tanto atividades básicas como atividades instrumentais de vida diária, diminui também. Estes resultados são corroborados por Fonseca e Paúl (referidos por Correia, 2014), os quais referem que, quando o idoso está perante uma doença, sujeito à recuperação e às suas dificuldades, estas situações podem interferir severamente na independência do idoso. Referem ainda o exemplo de que uma fratura do fémur, num idoso, poderá vir a determinar uma definitiva incapacidade, pelo facto de exigir uma imobilização e, por isso, comprometer a sua independência. O idoso poderá ter uma vida independente satisfatória e a perceção de um envelhecimento bem-sucedido, enquanto tiver garantia de uma certa autonomia, havendo assim uma constante relação entre a autonomia e a perceção de controlo (Correia, 2014).

H3): Há uma correlação positiva entre a Perceção de Controlo e a Resiliência.

Consoante o resultado do presente estudo, o grau de controlo sobre a vida não está associado ao nível de resiliência, $r_s = -.126$, $p = .091$. Este resultado é refutado por Bond e Corner (referidos por Correia, 2014) os quais relatam que o controlo sobre os acontecimentos e as decisões do dia-a-dia revelam-se como um fator importante na vida dos idosos (Correia, 2014). Também Couto (2007) refere que uma avaliação positiva e convicção nas próprias capacidades para lidar com os desafios impostos pela vida, constituem fatores de proteção do individuo, face à resiliência. Desta forma, esperava-se que houvesse uma relação entre a perceção de controlo e a resiliência, uma vez que, o controlo constitui um fator de proteção da resiliência, ou seja, maior sentimento de controlo, maior nível de resiliência.

4.4 Discussão dos resultados das Diferenças entre Grupos

H4): Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à resiliência.

Foi possível observar que, neste estudo, não houve diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à resiliência ($U = 3693$, $p = .534$). No entanto, são os idosos do sexo masculino que, tendencialmente apresentam maior grau de resiliência. Estes resultados são apoiados por Correia (2014), pois conforme estudos efetuados anteriormente, as mulheres continuam a não contemplar o perfil de um envelhecimento com mais qualidade de vida, pois ficam viúvas mais cedo, normalmente vivem mais tempo e por isso, sujeitas a doenças próprias de idades mais avançadas. A existência da longevidade, viuvez, má qualidade de vida e doença, condiciona a mulher a um envelhecimento com menos qualidade e, conseqüentemente, a acontecimentos que colocam em causa o seu grau de resiliência. É certo que as condicionantes acima ditas, não têm decidir o grau de resiliência numa pessoa, no entanto, são condicionantes com grande peso na vida da mesma, traduzindo-se em fatores de risco para a resiliência.

H5): Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à perceção de controlo.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à perceção de controlo ($U = 3248$, $p = .048$). Sendo os idosos do sexo masculino que percecionam maior controlo sobre a vida. Estes dados são validados por Resende e Neri (2009) os quais referem que, em comparação com os homens, as mulheres apresentam senso positivo de desenvolvimento pessoal mais baixo, um score mais baixo de senso de crescimento pessoal e controlo pessoal (Resende & Neri, 2009).

H6): Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à Autonomia Funcional.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre idosos do sexo feminino e do sexo masculino face à Autonomia funcional. No entanto são os idosos do sexo masculino que, tendencialmente apresentam maior grau de autonomia em todas as atividades básicas de vida diária exceto (“Pode cuidar da sua aparência” e “Há alguém que o ajude em algumas atividades básicas diárias”) e maior autonomia nas atividades instrumentais de vida diária, excetuando quando se trata de preparar refeições.

Estes dados são confirmados por Barbosa (2005), o qual constatou que o sexo feminino é mais propenso a limitações funcionais, por serem frequentemente portadoras de maior número de condições crónicas, tais como depressão, artrose, artrite, entre outras, comparadas aos homens. Também Von Strauss et al. (2003) e Hardy et al. (2008) afirmam que as mulheres são mais afetadas

na sua autonomia relativamente nas atividades quotidianas, quando comparadas aos homens, como consequência de uma maior fragilidade óssea, a qual pode ser progressivamente incapacitante em grande parte de suas vidas (Silva, Barbosa, Coêlho, Castro & Noronha, 2013). Resultados em relação ao sexo indicam que as mulheres são normalmente mais dependentes nas AVD's que os homens. Embora as mulheres sejam mais longevas apresentam pior qualidade de vida (Barbosa, Almeida, Barbosa & Barbosa, 2014).

H7): Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil dos idosos face à resiliência.

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil face à resiliência ($X^2 = 4.880$, $p = 0.431$). No entanto, foi possível perceber que são os idosos solteiros e Divorciados/Separados, que tendencialmente apresentam maior grau de resiliência.

Estes resultados entram em discordância com alguns estudos, os quais defendem que idosos casados têm maior nível de resiliência, uma vez que têm o suporte do conjugue. Como exemplo deste caso e de acordo com os resultados obtidos por Freitas (2011 referido por Henriqueto, 2013), o estado civil contribui para uma diferença significativa ao nível da rede social, uma vez que o casamento se apresenta como tendo um efeito protetor face à resiliência. Ainda Stoller (referido por Henriqueto, 2013) indica que, para os idosos casados, a relação com o cônjuge é a principal fonte de suporte. De facto, e de acordo com Paúl (referido por Henriqueto, 2013), o casamento é das relações afetivas próximas que mais favorece o envelhecimento bem-sucedido, uma vez que os cônjuges são das primeiras e principais pessoas que prestam cuidados (Henriqueto, 2013).

De igual modo, são os idosos casados ou em união de facto que apresentam menos afetos negativos do que os viúvos, expressando assim um maior bem-estar. Assinale-se ainda que de acordo com Argyle e Galinha (referidos por Henriqueto, 2013), os indivíduos casados ou em união de facto, apresentam maiores níveis de bem-estar do que aqueles que vivem sozinhos, são solteiros, divorciados ou viúvos (Henriqueto, 2013).

H8): Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil dos idosos face à perceção de controlo.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil face à perceção de controlo ($X^2 = 15.837$, $p = 0.007$). Pode-se perceber assim que são os idosos que mantém um compromisso afetivo com alguém significativo, que apresentam maior perceção de controlo. Estes dados são confirmados por Resende e Neri (2009), os quais defendem que existe uma dialética contínua entre a dependência e a autonomia e para o reconhecimento de que, mesmo na idade adulta e na velhice, as pessoas não se libertam nem descartam as relações interpessoais, direcionando para a necessidade de assistência dos outros. Desta forma, o foco baseia-se na construção de um *self* envolvido, fazendo-se adaptações para ultrapassar as dificuldades. Quer isto dizer então, que uma pessoa tendo outra ao lado dela, sente-se mais capaz e segura de ultrapassar as dificuldades e mudanças impostas pelo processo de envelhecimento (Resende e Neri, 2009).

H9): Existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil dos idosos face à Autonomia Funcional.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre duas ABVD's e o estado civil, já nas AIVD's existem diferenças estatisticamente significativas face ao estado civil.

São, maioritariamente, os idosos viúvos ou que têm Compromisso afetivo com alguém significativo que apresentam maior dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária quando comparados com os restantes.

Estes resultados são reforçados por resultados obtidos em estudos anteriores como é o caso do estudo de Barbosa, Almeida, Barbosa & Barbosa (2014) em que a incapacidade funcional é menor entre os casados, comparados aos sem companheiro. Neste estudo, a categoria "sem companheiro" engloba os idosos solteiros, viúvos e divorciados, e apresentou maior possibilidade de dependência para ABVD e não para AIVD isoladamente. A dependência tanto nas AIVD, como nas ABVD, foi positivamente associada ao estado civil de "sem companheiro" (Barbosa et al., 2014).

H10): Existem diferenças estatisticamente significativas entre o apoio recebido ou não pelos idosos face à resiliência.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o apoio recebido ou não pelos idosos face à resiliência ($X^2 = 10$, $p = .002$). Sendo que, são os idosos que usufruem do apoio do centro de dia, que apresentam maior grau de resiliência.

Estes resultados podem ser interpretados de duas formas, ou seja, não se sabe se os idosos recebem apoio, nomeadamente do centro de dia, porque precisam para auxílio em atividades de vida diária ou, se é para ocupar o seu dia, uma vez que, muitos idosos decidem usufruir de apoio de centros de dia para estarem ocupados, sentirem-se úteis e estabelecerem relações interpessoais, tendo assim um suporte social. De forma a dar mais sentido a estes resultados, Ferreira (2010) afirma que mesmo na presença de ameaças e dos riscos inerentes à velhice, alguns idosos podem desenvolver-se normalmente e evitar a ocorrência de diversas patologias, sem complicações que dificultem o seu grau de autonomia. Após superar uma situação adversa, o idoso vai fazer parte do processo para ultrapassar as dificuldades impostas e é neste sentido que a resiliência, a auto estima e o apoio dado pelas instituições e centros de dia, intervêm. Assim sendo, os centros de dia prestam um apoio ao idoso que favorece a sua capacidade de resiliência, justificando-se pelo suporte social (Ferreira, 2010).

H11): Existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes institucionalizados e não institucionalizados em função da resiliência.

Não existem diferenças significativas entre idosos que vivam nas suas casas e idosos institucionalizados, face ao nível de resiliência, $U = 3041$, $p = .891$. No entanto, são os idosos institucionalizados que, tendencialmente, apresentam maior grau de resiliência.

Perante os resultados obtidos, foi possível ver alguns que surpreendem pela positiva, como é o caso de Idosos que residem numa instituição, terem maior classificação em três dos quatro itens de resiliência. Este achado é muito bom, pois em muitos estudos o resultado é diferente. Segundo

Leite (2011), com o aumento da idade, o tempo de institucionalização, tende a aumentar, assim, como consequência deste acontecimento, o grau de dependência, a perda progressiva de autonomia e a redução das capacidades físicas e cognitivas também diminuem (Leite, 2011). Ora, se a autonomia e a percepção de controle são condicionantes essenciais para um bom nível de resiliência, segundo este autor, a institucionalização é considerada como um fator de risco para uma boa resiliência. No entanto, os resultados do presente estudo, mostram o contrário, mesmo não existindo diferenças estatisticamente significativas, são os idosos que estão institucionalizados quem apresenta maior nível de resiliência. Este resultado pode dever-se ao fato de que, muitas instituições estão adaptadas a cada idoso, fazendo o acompanhamento das suas dificuldades bem como as suas potencialidades, promovem assim as suas potencialidades, desenvolvendo, conseqüentemente a sua autonomia, percepção de controle e sentimento de autoeficácia. Além disso, em muitas instituições, os idosos encontram nas funcionárias um suporte muito grande a nível de relações interpessoais, não as vêm apenas como aquela pessoa que satisfaz as suas necessidades básicas, mas também como uma pessoa que está ali para apoiá-lo.

H12): Há uma diferença significativa entre os grupos de participantes institucionalizados e não institucionalizados em função da percepção de controle.

Há diferenças significativas entre idosos que vivem nas suas casas e idosos institucionalizados, face ao nível de controle sobre a vida, $U = 2123$, $p = .001$.

Os idosos que vivem nas suas casas apresentam maior nível de controle relativamente aos idosos institucionalizados. Estes resultados são corroborados por Silva et al. (2013), segundo os quais, a institucionalização é um importante fator quando se fala da autonomia e controle mesmo que o idoso institucionalizado não esteja fragilizado por algum distúrbio orgânico, muitas vezes o isolamento, o abandono e o grau de inatividade física contribuem para a propensão de quedas, acelerando o curso do envelhecimento (Silva et al., 2013).

H13): Existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos que vivem nas suas casas e idosos institucionalizados face à Autonomia Funcional.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de residência e a autonomia funcional. Pode-se perceber que são os idosos que se encontram institucionalizados que apresentam maior grau de dependência em todas as atividades básicas e instrumentais de vida diária, quando comparados aos idosos que vivem nas suas casas.

Estes resultados são confirmados por alguns estudos, como é o caso de Perracini & Ramos (referidos por Silva et al., 2013), os quais consideram que os idosos institucionalizados apresentam menor mobilidade funcional que os idosos não institucionalizados, podendo, por decorrência, estar expostos a maior risco de quedas (Silva, Barbosa, Coelho, Castro & Noronha, 2013).

Também noutro estudo, verificou-se que, dentre de 187 idosos institucionalizados, 70 eram considerados independentes para o desempenho das atividades de vida diária, correspondendo a 37% dos idosos avaliados. Estes dados corroboram os achados de um estudo realizado em 1990, no qual foram encontrados 38% de idosos institucionalizados independentes para as AVDs. Estes

resultados contribuem para manter a afirmativa de que a institucionalização ainda está, na maioria das vezes, associada à dependência física e cognitiva. Portanto, ao considerar que mais de um terço dos idosos institucionalizados eram independentes para as AVDs, os mesmos precisam ser estimulados para manter-se nesta condição (Araújo & Ceolim, 2007).

Também Leite (2011), refere que o ambiente institucional interfere, frequentemente, na independência dos idosos, sendo necessário medidas que o torne adequado para atender às principais limitações funcionais do idoso, garantindo-lhe conforto, segurança e independência para a realização de suas atividades diárias (Leite, 2011).

H14): Existem diferenças estatisticamente significativas entre a deterioração global face à Autonomia Funcional.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de deterioração global e a autonomia funcional. Sendo os idosos que apresentam declínio cognitivo leve ou declínio cognitivo muito leve, mais dependentes tanto nas atividades básicas de vida diária como nas instrumentais. Este resultado é corroborado por estudos anteriores os quais mostram que através da análise da relação da independência funcional com aspectos sociodemográficos essenciais, entre eles a satisfação com a vida, declínio cognitivo e dependência etílica, permitiu afirmar que déficit cognitivo pode ser um fator condicionante à dependência funcional (Antoniucci, 2013).

Também Marra et al. (2007) defende que é comum, na população idosa, ocorrerem queixas sobre o declínio da cognição e da dependência nas atividades funcionais, tornando forte a relação entre o nível cognitivo e a habilidade funcional. Os mesmos autores referem ainda que, as alterações funcionais são, frequentemente, consequências de doenças ou problemas comuns nos idosos, sendo os quadros demenciais apontados como principais contribuintes para o desenvolvimento da dependência funcional (Marra et al., 2007).

Conclusões

Uma avaliação positiva, autonomia e convicção nas próprias capacidades para lidar com os desafios impostos pelo processo de envelhecimento, constituem fatores de proteção para o indivíduo (Couto, 2007). Recursos psicológicos como o otimismo, percepção de controlo e auto estima estão ligados a esforços ativos de *coping*. Sendo estes, por sua vez, esforços individuais, cognitivos e comportamentais para lidar com causas específicas de situações indutoras de *stress* e avaliadas como sobrecarregando os recursos pessoais do indivíduo (Juliano & Yunes, 2014). Ora, quanto maior for a percepção de controlo, maiores serão os esforços de coping para lidar com uma determinada situação. Como já se sabe, um importante construto para a compreensão da resiliência, é o *coping*.

Para além da percepção de controlo, a autonomia torna-se essencial para que o indivíduo tenha uma boa qualidade de vida, uma vez que tendo autonomia o idoso sente-se mais capaz e útil, promovendo assim a sua auto estima e sentimento de auto-eficácia. Assim, para que os idosos tenham a sua autonomia preservada e garantida, é fundamental reconhecer que o ser velho não impede o indivíduo de tomar decisões e de exercer plenamente consoante seja a sua vontade, tendo em conta os seus valores (Bredemeier et al., 2011). Na velhice, a autonomia é frequentemente desafiada pelas limitações física, sociais e psicológicas impostas a um corpo mais vulnerável (Bredemeier et al., 2011).

No entanto, e para fazer frente às alterações impostas pelo processo de envelhecimento, os idosos são bastante resilientes, tal como afirma Rabelo e Neri (2005) quando apontam que os idosos têm grande capacidade de resiliência e, frente a perdas tendem a organizar o seu ambiente de maneira a maximizar afetos positivos e minimizar os negativos. Considerando as possibilidades de crescimento na velhice, a resiliência pode fazer com que os idosos sejam positivos em circunstâncias difíceis, desafios e exigências inerentes ao processo de envelhecimento. Ao longo da vida, as pessoas criam ativamente e reagem aos contextos biológicos, psicológicos e sociais, os quais, por sua vez, melhoram ou restringem o seu desenvolvimento numa interação dinâmica com os seus recursos disponíveis. Procuram maximizar os ganhos e minimizar as perdas, os quais constituem processos essenciais para um envelhecimento normal e bem-sucedido (Freire, Resende & Rabelo, 2012).

De acordo Fonseca e Paúl (referidos por Correia, 2014) a percepção de uma boa qualidade de vida depende sobretudo do balanço entre o corpo e a mente, focalizando a atenção naquilo que “eu posso” e da manutenção de relações interpessoais dentro dos contextos pessoais e sociais. Esta relação, história de vida e percepção de qualidade de vida, foi abordada por Albrecht e Devlieger (referidos por Correia, 2014). Estes autores falam do *paradoxo da incapacidade* o qual explica que os idosos com limitações físicas, nem sempre são os que revelam menos qualidade de vida. Conforme referido, o processo de envelhecimento é individual, depende de cada pessoa e por isso, a percepção de qualidade de vida, na velhice, está relacionada com a história de vida de cada pessoa. São as experiências vividas ao longo do ciclo de vida que são o principal determinante da qualidade de vida percebida. O processo de envelhecimento acontece, de forma singular em cada

pessoa. Está dependente das condições físicas, biológicas e psicológicas de cada idoso. Mas também da história de vida de cada um, da forma como define os seus objetivos de vida e das representações que vai desenvolvendo sobre o seu envelhecimento. A história de cada idoso condiciona o seu envelhecimento. Fonseca (referido por Correia, 2014) considera que o sucesso no envelhecimento depende de dois processos essenciais, interrelacionados. Por um lado, da capacidade global de adaptação, procurando resultados e objetivos significativos, a cada momento e circunstância de vida. Por outro lado, da escolha de estilos de vida apropriados à manutenção da integridade física e mental do indivíduo. Numa mesma linha de pensamento os autores Ribeiro & Paúl (referidos por Correia, 2014), defendem que os conceitos-chave do paradigma do envelhecimento ativo são: autonomia, independência, expectativa de vida saudável e qualidade de vida. De igual modo a resiliência perante as vicissitudes da vida será outra dimensão para uma vida com melhor qualidade de vida, ou seja, a capacidade de enfrentar e adaptar-se às adversidades. Desta forma, um envelhecimento ativo, promotor de qualidade de vida individual deverá ter todos estes fatores em conta (Correia, 2014).

Por outro lado, existe a variável institucionalização, que para muitos autores, significa perda de autonomia, controlo, qualidade de vida, menor grau de resiliência. No entanto, apesar da institucionalização constituir um grande fator de risco para a autonomia e, conseqüentemente para a resiliência, não pode, por si só decidir incapacidade. É certo que muitos dos idosos institucionalizados encontram-se dependentes de muitos cuidados, há outros idosos que apesar de chegarem à instituição fazendo ainda algumas atividades de vida diária, vão perdendo essa capacidade, uma vez que tem quem faça por eles, deixando de praticar. Contudo, nas instituições, ainda existem idosos que tomam decisões, inclusive de irem para um lar, pois têm consciência que, estando em casa sozinhos, não seja adequado e preferam ir para um lugar onde possam ter apoio quando precisam, têm pessoas com quem estar e conversar e, possam continuar a ser autónomos, fazendo as suas atividades de vida diária, atividades propostas pela instituição e ainda, ajudar os mais dependentes na realização de algumas atividades.

No presente estudo percebeu-se que são os idosos institucionalizados que são mais dependentes nas atividades de vida diária, no entanto, também são eles que apresentam maior grau de resiliência. Isto vai de encontro, com Albrecht e Devlieger (referidos por Correia, 2014), em que dizem que apesar de algumas pessoas terem menor qualidade de vida, por vezes apresentam melhor resiliência, pois, não basta a pessoa ser autónoma nas suas atividades, necessita de ter perceção do mesmo. Tal como um estudo de Bowling et al. (2007), que investigaram idosos com défice no seu funcionamento físico, os quais avaliaram a sua qualidade de vida como boa e, compararam-nos com indivíduos saudáveis que avaliaram o seu funcionamento físico como sendo mau.

Relativamente às potencialidades deste estudo, foi essencial a recolha de dados pelos elementos do grande grupo, assim foi possível ter uma amostra maior e mais consistentes, dando maior credibilidade ao mesmo. Já como limitações, considero o fato de não ter uma homogeneidade entre o género (ter tantos indivíduos do sexo feminino como do masculino) e o tipo de residência (ter tantos indivíduos que residissem nas suas casa como em contexto lar). Mesmo assim, foi possível obter grandes e surpreendentes resultados.

Referências bibliográficas

- Alencar, N. A., Ferreira, M. A., Graup, S. & Dantas, E. H. M. (2011). Perfil do nível de atividade física e autonomia funcional de idosos. *Passo fundo*, 8 (1), 21-28.
- Antoniucci, J. M. (2013). *Capacidade Funcional como fator preditivo de sobrevivência em idosos* (Dissertação de Mestrado não publicada) Universidade Estadual Paulista, Botucatu.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Araújo T. C. N. & Alves M. I. C. (2000). Perfil da população idosa no Brasil: perfil da pessoa idosa no Brasil, 100-114.
- Araújo, M. O. P. H. & Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista de Enfermagem*, 41 (3), 378-385.
- Araújo, C. L. O., Lopes, C. M., Santos, G. R. & Junqueira, L. P. (2014). Perfil dos colaboradores de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). *Revista Kairós Gerontologia*, 17 (1), 219-230.
- Balbé, G. P., Cuenca, R. N., Cardoso, A. U. & Panta, R. (s.d.). Contribuições da atividade física frente a resiliência e o idoso. Faculdade de Colíder, Brasil.
- Barbosa, B. R., Almeida, J. M., Barbosa, M. R. & Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19 (8), 3317-3325.
- Beckert, M., Irigaray, T. Q. & Trentini, C. M. (2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de psicologia*, 29 (2), 155-162.
- Bez, J. P. O. & Neri, A. L. (2014). Velocidade da marcha, força de preensão e saúde percebida em idosos: dados da rede FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (8), 3343-3353.
- Bredemeier, S. M. L., Wolff, S. H., Santos, M. R. M., Accurso, A., Soares, A. P., Riegel, C., Noguez, S. C. (2011). Autonomia na velhice: concepções de idosos participantes de um programa de ação social. *Estudo interdisciplinar, envelhecimento*, 16, 371-384.

- Calha, A. (2014). Saúde, bem-estar e convivialidade dos idosos - Portugal e Espanha, diferenças e semelhanças, no contexto europeu. In A. Anica, A. Frago, C. Ribeiro & C. Sousa, (2014). *Envelhecimento Activo e Educação*. Faro: Universidade do Algarve.
- Carvalho, E., Aikawa, P., Leite, C. & Sartori-Cintra, A. R. (2013). Relação entre as quedas, o equilíbrio funcional e a qualidade de vida em idosos. *Ensaio e Ciência: ciências biológicas, agrárias e de saúde*, 17 (1), 43-52.
- Correia, T. M. M. (2014). *Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Couto, M. C. P. P. (2007). *Fatores de risco e proteção na promoção de resiliência no envelhecimento* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Brasil.
- Dias, E. G., Duarte, Y. A. O., Almeida, M. H. M. & Lebrão, M. L. (2014). As atividades avançadas de vida diária como componente de avaliação funcional do idoso. *Revista de Terapia Ocupacional*, 25 (3), 225-232.
- Ferreira, C. L. (2010). *Resiliência e velhice: um estudo sobre fatores de risco e proteção na saúde do idoso* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.
- Ferreira, C. L., Santos, L. M. O. & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46 (2), 328-334.
- Fiedler, M. M. & Peres, K. G. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (2), 409-415.
- Fontes, A. P. (2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). *Revista Kairós*, Caderno Temático 7, 8-20.
- Franchi, K. M. B. & Junior, R. M. M. (2005). Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Perspetivas e controvérsias*, 18 (3), 152-156.
- França, C. L. & Murta, S. G. (2014). Fatores de risco e de proteção na adaptação à aposentadoria. *Psicologia Argumento*, 32 (76), 33-43.

- Freire, S. A., Resende, M. C. & Rabelo, D. F. (2012). Enfrentando mudanças no envelhecimento: o modelo de seleção, otimização e compensação. *Perspetivas em Psicologia*, 16 (1), 190-211.
- Henriqueto, S. M. C. (2013). *A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-Estar na Adaptação ao Envelhecimento* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Algarve.
- Jerónimo, D. P., Souza, F. P., Silva, L. R. & Teodoro, P. H. S. (2011). Avaliação da autonomia funcional de idosos fisicamente ativos e sedentários. *Passo Fundo*, 8 (2), 173- 178.
- Juliano, M. C. C. & Yunes, M. A. M. (2014). Reflexões sobre a rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*, 17 (3), 135-154.
- Khoury, H. T. T. & Gunther, I. A. (2013). Desenvolvimento de uma medida de Controlo primário e secundário para idosos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29 (3), 277-285.
- Khoury, H. T. T. & Neves, A. C. S. (2014). Perceção de controlo e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (3), 553-565.
- Leite, M. A. G. (2011). *Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados nas organizações do terceiro setor* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Marra, T. A., Pereira, L. S. M., Faria, C. D. C. M., Pereira, D. S. Martins, M. A. A. & Tirado, M. G. A. (2007). Avaliação das atividades de vida diária de idosos em diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (4), 267-273.
- Marques, R. M. (2013). *Influência no perfil funcional e da autoavaliação do idoso na saúde mental e emocional* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de Dados quantitativos com recurso à IBM e SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Editora: Psiquilíbrios Edições.
- Moreira, R. M., Teixeira, R. M. & Novaes, K. O. (2014). Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 17 (1), 201-217.
- Nadaf, V. C. (2013). *A resiliência: um processo potencial de proteção e adaptação do bem-estar psicológico na velhice* (Dissertação de Doutorado não publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

- Nobre, S., Reis, S., Castro, F. V. & Esteves, M. L. (2013). Felicidade: amor e arte. *INFAD Revista de Psicología, 1* (2), 421-430.
- Paula, A. K. C., Fernandes, F. B. & Souza, I. F. (2014). Fatores associados às alterações do equilíbrio no idoso e a intervenção da terapia ocupacional. *Revista Científica da Escola de Saúde, 3*, (2), 107-116.
- Queiroz, N. C. & Neri, A. L. (2005). Bem-estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na Meia-idade e na Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18* (2), 292-299.
- Rabelo, D. F. & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo, 10* (3), 403-412.
- Resende, M. C. & Neri, A. L. (2009). Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em Estudo, 14* (4), 767-776.
- Ribeiro, L. F. (2010). Qualidade de vida na terceira idade. *Ágora: revista de divulgação científica, 17* (2), 75-80.
- Ribeiro, J.L.P. & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, saúde & doenças, 11* (1), 5-13.
- Rodrigues, B. G. S., Cader, S. A., Torres, N. V. O. B., Oliveira, E. M. & Dantas, E. H. M. (2010). Autonomia Funcional de Idosos Praticantes de Pilates. *Fisioterapia e Pesquisa, 17* (4), 300-5.
- Santos, G. S. & Cunha, I. C. K. O. (2014). Capacidade funcional e a sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. *Revista Família, Ciclos de vida e Saúde no contexto social, 2* (3), 219-229.
- Silva, J. M. N., Barbosa, M. F. S., Castro, P. O. C. N. & Noronha, M. M. (2013). Correlação entre o risco da queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia, 16* (2), 337-346.
- Souza, C. C., Valmorbidia, L. A., Oliveira, J. P., Borsatto, A. C., Lorenzini, M., Knorst, M. R., Resende, T. L. (2013). Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 16* (2), 285-293.
- Timn, L. A. (2006). *A qualidade de vida no idoso e a sua relação com o locus de controle* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Veras R.P., Lourenço R., Martins C. S. F., Sanches M. A. S. & Chaves P. H. (2002). Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*, 11-79.

Vitta, A. (2001). *Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos* (Dissertação de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas.