



UNIVERSIDADE DOS AÇORES

Carla Patrícia Silveira Rosa Melo

**Bem-estar Psicológico e Qualidade de Vida
em Pessoas Idosas**

**Mestrado em Psicologia da Educação
Especialidade em Contextos Comunitários**

Ponta Delgada, 2014

CARLA PATRICIA SILVEIRA ROSA MELO

**Bem-estar Psicológico e Qualidade de Vida
em Pessoas Idosas**

**Dissertação apresentada na Universidade dos Açores
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação,
Contextos Comunitários**

Sob orientação de:

Maria Teresa Pires de Medeiros (Professora Catedrática)

RESUMO

O estudo sobre *Bem-estar psicológico e qualidade de vida em pessoas idosas* foi desenvolvido junto de uma amostra de pessoas idosas, de ambos os sexos, e com idades compreendidas entre 65 e 93 anos, residentes na Ilha de S. Miguel (Região Autónoma dos Açores).

Atendendo às variáveis em estudo – o bem-estar psicológico e a qualidade de vida, partiu-se das seguintes perguntas investigação: (i) *Será que as variáveis bem-estar psicológico e qualidade de vida das pessoas idosas dependem de variáveis sociodemográficas?* (ii) *Será que o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dependem da variável institucionalização?* (iii) *Será que as pessoas idosas não institucionalizadas apresentam maior bem-estar psicológico e qualidade de vida comparativamente às institucionalizadas em lares de longa permanência?* Para responder às questões de investigação delineou-se os seguintes objetivos: (i) Compreender o bem-estar psicológico de pessoas idosas em função de variáveis sociodemográficas; (ii) Avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas em função de variáveis sociodemográficas; (iii) Existe uma relação entre o bem-estar psicológico e a qualidade de vida nas pessoas idosas; (iv) Comparar o bem-estar psicológico de pessoas idosas em função da variável institucionalização; (v) Cotejar a qualidade de vida nas pessoas idosas em função da variável institucionalização.

Estruturámos um *design* investigativo de natureza quantitativa que contempla uma amostra subdividida em dois grupos: Grupo 1 (G1), constituído por 35 pessoas idosas institucionalizadas; Grupo 2 (G2) composto por 35 pessoas idosas não institucionalizadas da ilha de S. Miguel, num total de 70 participantes.

Para a recolha de dados, aplicámos os seguintes instrumentos: um Questionário Sociodemográfico, construído para o efeito, o Mini Mental (MMSE), as Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff e a Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD). Procedeu-se ao tratamento dos dados utilizando o programa *Statistic Package for the Social Science* – SPSS (versão 20.0).

Os resultados observados apontam que o bem-estar psicológico não varia segundo o sexo e o estado civil dos participantes e que é mais baixo nas pessoas idosas mais novas (65-74 anos); e que a qualidade de vida não varia segundo o sexo, a idade e o estado civil dos participantes. Verificou-se, igualmente, uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o bem-estar psicológico e a qualidade de vida, e que

os participantes residentes nos lares de longa permanência (G1) expressam maior bem-estar psicológico do que os participantes não institucionalizados (G2) e que, em relação à qualidade de vida, não existem diferenças significativas entre o Grupo 1 e o Grupo 2 de participantes.

Palavras-chave: Envelhecimento; Bem-estar psicológico; Qualidade de vida

ABSTRACT

A psychological well-being and quality of life in older people study was developed in a sample of elderly people, of both sexes, aged between 65 and 93 years, living in S. Miguel Island (Azores).

Given the variables under study - the psychological well-being and quality of life in elderly people in advanced age -, we defined the following research questions: (i) Does the variable psychological well-being and quality of life of older people depend of sociodemographic variables? (ii) Does the psychological well-being and quality of life depend on the institutionalization variable? (iii) Does the non-institutionalized older people have greater psychological well-being and quality of life compared to institutionalized people? To answer these questions we outlined the following objectives: (i) Understanding the psychological well-being of older people in terms of sociodemographic variables; (ii) evaluate the elderly people quality of life based on sociodemographic variables; (iii) compare the psychological well-being of older persons based on institutionalization variable; (iv) compare the quality of life in the elderly due to the institutionalization variable.

We have structured an investigative design of a quantitative nature that includes a sample divided into two groups: Group 1 (G1), consisting of 35 elderly institutionalized; Group 2 (G2) consists of 35 non-institutionalized elderly, a total of 70 participants.

For data collection, we applied the following instruments: Sociodemographic Questionnaire, the Mini-Mental State (MMSE), the Scales of Psychological Well-Being of Ryff and Quality of Life Scale (WHOQOL-OLD). We proceeded to the processing of data using the Statistic Package for the Social Sciences - SPSS (version 20.0).

The observed results indicate that the Psychological Well-being did not vary by sex and marital status of the participants and that is lower in the elderly in the intermediate range (65-69 years); and the Quality of Life did not vary by sex, age and marital status of the participants. There is also a positive and statistically significant relationship between the two variables under study, participants living in long-term care homes (G1) express greater psychological well-being than participants that are not institutionalized (G2), and regarding to quality of life, there were no significant differences between Group 1 and Group 2 participants.

Keywords: Ageing; Psychological Well-being; Quality of Life.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Teresa Medeiros, por ter acreditado em mim e acompanhar cada passo deste meu percurso. Por ter estado sempre presente, permitindo uma reflexão constante, desafiando as minhas capacidades e a mim própria.

Às minhas amigas, nomeadamente a Dra. Ana Catarina Branco pelo incentivo, fonte de motivação para que eu desse mais um passo em frente.

Aos lares de acolhimento de pessoas adultas em idade avançada que me receberam e apoiaram na recolha dos meus dados, o meu agradecimento pela disponibilidade, amizade, carinho e apoio.

A todos os meus amigos, que no momento certo... estavam por perto!

Aos meus pais e aos meus filhos, pelo apoio incondicional.

Ao Nelson, simplesmente por existires!

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	6
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 – O Envelhecimento	
1.1. Envelhecimento na atualidade	11
1.1.1. Tipos de envelhecimento	12
1.2. Teorias do envelhecimento	14
1.2.1. Teorias biológicas do envelhecimento	14
1.2.2. Teorias psicossociais do envelhecimento	15
1.2.3. Teorias psicológicas do envelhecimento	16
1.3. Do envelhecimento bem-sucedido ao envelhecimento ativo	18
1.4. Implicações do envelhecimento	21
1.5. A institucionalização de pessoas idosas	24
CAPÍTULO 2 – O bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas	
2.1. O conceito de bem-estar psicológico	29
2.1.1. Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada	30
2.2. O conceito de qualidade de vida	32
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
CAPÍTULO 3 - Metodologia da investigação	
3.1. Contexto e problematização do estudo	39
3.2. Questões de investigação	41
3.3. Objetivos	42
3.4. Hipóteses	42
3.5. População e amostra	43
3.6. Instrumentos	44
a) Questionário Sociodemográfico	45
b) Mini-Mental State	45
c) Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff	45
d) Escala de Qualidade de Vida	46
3.7. Procedimentos gerais	46

3.8. Procedimentos éticos _____	47
---------------------------------	----

CAPITULO 4 – Apresentação e discussão dos resultados

4.1. Bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas _____	50
4.2. Qualidade de vida e variáveis sociodemográficas _____	59
4.3. Bem-estar psicológico e qualidade de vida _____	68
4.4. Bem-estar psicológico e a institucionalização _____	70
4.5. Qualidade de vida e a institucionalização _____	73

CAPITULO 5 – Limitações e implicações

5.1. Limitações _____	78
5.2. Implicações _____	78

CONCLUSÕES _____	80
-------------------------	----

BIBLIOGRAFIA _____	84
---------------------------	----

ANEXOS _____	89
---------------------	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Consentimentos informados dos lares de longa permanência

Anexo 2 – Consentimentos informados dos participantes não institucionalizados

Anexo 3 – Exemplar do Questionário Sociodemográfico

Anexo 4 – Exemplar do Teste Mini Mental

Anexo 5 – Exemplar das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff

Anexo 6 – Exemplar da Escala de Qualidade de Vida

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização da amostra (G1 indivíduos institucionalizados e G2 indivíduos não institucionalizados)

Quadro 2 – Teste t-student (bem-estar psicológico e sexo)

Quadro 3 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e idade)

Quadro 4 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e estado civil)

Quadro 5 - Qualidade de Vida segundo o sexo dos participantes.

Quadro 6 – Teste t-student (qualidade de vida e sexo)

Quadro 7 - Qualidade de Vida baixa e elevada segundo idade dos participantes.

Quadro 8 – Teste de Normalidade da amostra (qualidade de vida e idade)

Quadro 9 – Teste ANOVA (qualidade de vida e idade)

Quadro 10 – Teste de Normalidade da amostra (qualidade de vida e estado civil)

Quadro 11 – Bem-Estar Psicológico de indivíduos institucionalizados e não institucionalizados.

Quadro 12 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e situação de institucionalização)

Quadro 13 – Teste t-student (bem-estar psicológico e situação de institucionalização)

Quadro 14 – Teste de Normalidade da amostra (qualidade de vida e situação de institucionalização)

Quadro 15 – Teste t-student (qualidade de vida e situação de institucionalização)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Média, moda, mediana e desvio padrão da variável bem-estar psicológico.

Tabela 2 – Distribuição dos resultados de bem-estar psicológico.

Tabela 3 – Bem-estar psicológico segundo o sexo dos participantes.

Tabela 4 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e sexo.)

Tabela 5 - Bem-estar psicológico segundo a idade dos participantes.

Tabela 6 – Teste ANOVA (bem-estar psicológico e idade)

Tabela 7 – Teste de Comparações Múltiplas (bem-estar psicológico e idade)

Tabela 8 – Bem-estar psicológico baixo e elevado segundo o estado civil dos participantes.

Tabela 9 – Teste de Kruskal-Wallis (bem-estar psicológico e estado civil)

Tabela 10 – Média, moda, mediana e desvio padrão da variável qualidade de vida.

Tabela 11 – Distribuição dos resultados de qualidade de vida.

Tabela 12 – Teste de Normalidade da amostra (qualidade de vida e sexo)

Tabela 13 - Qualidade de Vida segundo o estado civil dos participantes.

Tabela 14 – Teste Kruskal-Wallis (qualidade de vida e estado civil)

Tabela 15 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e qualidade de vida)

Tabela 16 – Coeficiente de correlação de Pearson (bem-estar psicológico e qualidade de vida)

Tabela 17 – Qualidade de Vida de indivíduos institucionalizados e não institucionalizados.

INTRODUÇÃO

O século XXI será certamente o século dos adultos de idade avançada, uma vez que o envelhecimento é cada vez mais frequente e observado principalmente no mundo Ocidental (Oliveira, 2008). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), uma pessoa idosa é aquela que tem 65 anos ou mais, mas a idade não deve ser o único critério de definição de pessoa idosa, principalmente, a nível da dimensão psicológica (Pereira, 2012). Há investigadores como Paschoal (2000) e Sequeira (2010) que referem que não se pode definir o envelhecimento apenas pela idade cronológica, mas sim tendo em conta aspetos funcionais, físicos, mentais e de saúde.

O aumento da esperança média de vida fez com se viva mais tempo, sensivelmente à volta de três décadas, acima dos 65 anos, o que implica que exista um leque variado de idades, e de fases diferentes, para além dos 65 anos. Labouvie (1990, in Pereira, 2012) considerou a existência de várias velhices: idosos jovens, dos 65 aos 74 anos; os idosos, dos 75 aos 84 anos; e os muito idosos, os mais de 85 anos. Por outro lado, e em complementaridade, pode-se falar de idade biológica (envelhecimento orgânico), idade social (papel, estatuto e hábitos da pessoa em relação à sociedade) e idade psicológica (competências comportamentais que pode mobilizar como resposta de mudanças do ambiente, como inteligência e memória) (Silva, 2009).

A nível demográfico, o envelhecimento consiste no aumento do número de indivíduos de idade avançada e na diminuição da população jovem e/ou ativa. Podem ser apontados alguns fatores responsáveis pelo aumento do envelhecimento, como a redução drástica da natalidade, devido ao uso generalizado de métodos anticoncetivos, a redução da taxa de mortalidade, devido aos avanços da medicina em diversos campos e à maior aposta numa intervenção preventiva (Oliveira, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), espera-se que em 2050 exista 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos de idade, principalmente nas regiões mais desenvolvidas. Na União Europeia, estima-se que, nas próximas décadas, passaremos de uma situação de uma pessoa com 65 anos ou mais em cada 4 pessoas ativas para um rácio de uma pessoa com 65 ou mais anos em cada 2 pessoas ativas, ou seja, uma redução de duas pessoas ativas (Instituto Nacional de Estatística, 2011; Lemos, 2013), o que acarreta muitas implicações sociais.

Em Portugal, em 1960, o índice de envelhecimento da população era de 27,3. Segundo os *Censos* de 2011, este país apresentava cerca de 19,2% da população com 65

ou mais anos de idade comparativamente aos 15% da população mais jovem, o que corresponde a um índice de envelhecimento de 128, isto é, em cada 100 jovens existiam 128 idosos e a tendência é de continuar a crescer.

Na Região Autónoma dos Açores a população idosa atinge os 13,3% da população total; “embora também tenha sofrido um aumento, a Região não é muito envelhecida comparativamente ao todo nacional. No entanto, existem ilhas muito pequenas (eg. Corvo, Flores) onde a desertificação se faz sentir muito significativamente e onde a população idosa já significa mais do dobro da população jovem. Por exemplo, na ilha do Corvo, para cada 100 jovens existiam, em 2008, 170 homens e 253 mulheres com mais de 65 anos.” (Medeiros, 2013, p. 33-34).

No futuro, estima-se que, em 2060, o total da população idosa aumentará em Portugal de 19,2% (2011) para 32,3% (Instituto Nacional de Estatística, 2011; Lemos, 2013).

O envelhecimento da população tem consequências a nível da saúde, com o aumento da ocupação das camas do hospital, dos gastos em medicação e tratamentos; a nível económico, passam a existir mais pensionistas, reformados e maior institucionalização das pessoas idosas, mais cuidadores formais, maior exigência de cuidados continuados e mais despesa do estado com a saúde; e a nível social, a convivência de várias gerações, a existência de maior número de mulheres e, novamente, o aumento da institucionalização (Pereira, 2012).

O envelhecimento, resultado da diminuição da população jovem, como consequência da diminuição da taxa de natalidade, e dos progressos médicos, económicos e sociais, ainda associado a outros fatores, como as mudanças na estrutura familiar, a degradação da habitação ou a perda de funcionalidade, faz com que a família se encontre sem alternativas de resposta e a institucionalização surja como uma opção. Então, as responsabilidades que eram da família são, agora, atribuídas ao Estado, do qual se exige medidas que contribuam para a qualidade no atendimento às necessidades e problemáticas das pessoas de idade avançada (Gouveia, 2011).

É certo que os lares/residências de longa permanência respondem às necessidades médicas e tentam estar atentos às necessidades sociais dos indivíduos, todavia, poderão contribuir para o isolamento social, podendo pôr em risco a qualidade de vida e o bem-estar psicológico, se os lares não tiverem o cuidado de promover o bem-estar global e a dimensão psicológica dos seus clientes. Não importa viver mais, se não se vive bem e melhor. Daí que a idade não deve ser o único critério de definição de

pessoa idosa (Pereira, 2012). A combinação de uma boa qualidade de vida e bem-estar potência o aumento dos ganhos e diminui as perdas das pessoas idosas, fazendo com que elas tenham um envelhecimento bem-sucedido e ativo (Pereira, 2012).

Neste estudo teve-se como principal âmbito verificar o bem-estar psicológico e a qualidade de vida de pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com o intuito de verificar se a institucionalização afeta o bem-estar psicológico e a qualidade de vida das pessoas adultas em idade avançada. Para esse efeito, utilizou-se uma amostra constituída por 70 pessoas de idade avançada, sendo 35 institucionalizadas em três lares de longa permanência de Ponta Delgada, Ribeira Grande e Nordeste (S. Miguel) e 35 não institucionalizadas. Queremos saber até que ponto a institucionalização afeta quer o bem-estar psicológico quer a qualidade de vida das pessoas adultas em idade avançada.

Este trabalho de investigação encontra-se dividido em duas partes. Na primeira procede-se a um breve enquadramento teórico, com o objetivo de contextualizar as variáveis em estudo, englobando os capítulos 1 e 2. No capítulo 1 explicita-se o conceito de envelhecimento, as suas teorias explicativas, o conceito de envelhecimento ativo e as implicações sociais que o crescente envelhecimento acarreta. No capítulo 2 são abordadas questões em torno dos conceitos de bem-estar psicológico e de qualidade de vida em pessoas de idade avançada. Neste capítulo reflete-se, ainda, sobre a institucionalização de pessoas idosas.

A segunda parte consiste no estudo empírico propriamente dito e integra os capítulos 3 e 4. No capítulo 3 é descrita a metodologia utilizada nesta investigação, nomeadamente a nível das questões de investigação, dos objetivos, do delineamento das cinco hipóteses. Explicita-se, igualmente, o método de investigação, a amostra, os instrumentos e os procedimentos. No capítulo 4 são apresentados, descritos e discutidos os resultados e as limitações do estudo.

O trabalho termina com a apresentação das principais conclusões verificadas e algumas sugestões para futuros estudos.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I

O Envelhecimento

1.1. O Envelhecimento na atualidade

O envelhecimento é um processo cada vez mais observado nos dias de hoje (Oliveira, 2008). O conceito de envelhecimento tem sofrido uma evolução ao longo das últimas décadas, de acordo com a cultura, as atitudes, as crenças, os conhecimentos e as relações sociais de cada época e de cada grupo social. É frequente o envelhecimento, ainda ser visto por uma lente negativa de sofrimento, debilidade e morte (Silva, 2009). Este preconceito é, muitas vezes, o resultado de uma informação insuficiente acerca do processo de envelhecimento, que acaba por gerar significados e imagens negativas. Felizmente esta visão está a mudar e a adquirir um cariz mais positivo (Guerra & Caldas, 2010); para tal muito têm contribuído os avanços na Ciência, mormente nas Neurociências, na Medicina, na Psicogerontologia nas últimas décadas e na Psicologia Positiva, nos últimos anos.

O envelhecimento é considerado como um dos grandes desafios da atualidade, uma vez que é necessário substituir o “modelo de ciclo de vida tradicional, dividido em três fases bastantes distintas: educação, trabalho e reforma”¹, por um modelo mais extensivo que vá para além da reforma, ou seja, adaptar, sadiamente, a idade da reforma ao aumento da esperança média de vida, adaptar postos de trabalho, criar modalidades flexíveis de trabalho, entre outros. Contudo, o envelhecimento também, simultaneamente, é um dos grandes triunfos da humanidade, uma vez que se pode maximizar as potencialidades dos sujeitos de idade avançada e reduzir e eliminar atitudes e comportamentos de discriminação contra pessoas de idade avançada (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, 2002; Fernandes, 1997, cit. *in* Rodrigues, 2008).

Segundo Oliveira (2008), o envelhecimento pode ser entendido como um “processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo” (Oliveira, 2008, p.28).

Robert (1994), por seu turno, defendia que o envelhecimento consistia num processo complexo, diferencial, contínuo e irreversível, comum a todos os seres vivos, sendo mais rápido e notório nas últimas fases da vida do Homem, em que “o envelhecimento depende do bom e mau uso que se tenha feito do corpo, da alimentação

¹ Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População (2002, p. 187).

e dos hábitos mais ou menos saudáveis” (Oliveira, 2008, p. 40; Silva, 2009), o que nós corroboramos.

O envelhecimento não é um acontecimento, daí ser impossível fixar um ponto de início (Silva, 2009), mas sim um processo de vida; nós envelhecemos porque vivemos (Souza, Matias & Brêtas, 2010); não se trata de uma fase final da vida, mas um processo que se inicia no momento da concepção e continua pela vida fora (Silva, 2009). Neste sentido Medeiros (2013) afirma que o envelhecimento é um processo idiossincrático de mudanças. “É um processo multidimensional – de perdas e ganhos – que sofre a influência de fatores educativos, culturais e sociais, para além de fatores genéticos, de personalidade e de fatores individuais e subjetivos” (Medeiros, 2013, p. 36).

Assim, em suma, define-se envelhecimento como o processo que atinge todos os seres humanos (Fechine & Trompieri, 2012). Este processo parte da evolução humana e reúne em si modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas (Silva, 2009). É, ainda, um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligado a fatores biológicos, psíquicos e sociais (Fechine & Trompieri, 2012)

1.1.1. Tipos de envelhecimento

Segundo Birren & Schroots (1996, cit *in* Fechine & Trompieri, 2012), o envelhecimento pode ser primário, secundário e terciário.

O envelhecimento primário corresponde ao envelhecimento natural ou senescência, uma vez que se trata de uma característica genética típica da espécie, como por exemplo os cabelos brancos ou rugas. É considerado como um envelhecimento normal. O envelhecimento secundário são alterações associadas ao envelhecimento relacionadas com a idade, mas que poderão ser reversíveis ou prevenidas. Por último, o envelhecimento terciário diz respeito às profundas perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pelo acumular dos efeitos do envelhecimento de um modo precipitado e acelerado.

O envelhecimento também é um processo individualizado, isto é, apresenta diferenças interindividuais, uma vez que varia de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros (Silva, 2009; Fechine & Trompieri, 2012).

Nesta sequência, Sequeira (2010) refere-se a alguns tipos de envelhecimento: o biológico, o psicológico, o sociológico e o cronológico.

O envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, efeito da redução das trocas energéticas do organismo. A diminuição da capacidade de regeneração da célula e o conseqüente envelhecimento dos tecidos também são apontados como características do envelhecimento biológico (Sequeira, 2010). Na mesma linha de investigação, Spar & La Rue (2005) estudaram as principais transformações biológicas associadas ao envelhecimento biológico, concluindo que existe: i) menor rendimento cardíaco devido ao endurecimento e estreitamento das artérias; ii) menor elasticidade e diminuição da capacidade ventilatória; c) menor eficácia na eliminação das toxinas pelo sistema renal, fazendo com que haja perda da capacidade de esvaziamento da bexiga e de massa renal; iv) menor absorção dos nutrientes pelo sistema gastrointestinal; v) diminuição da massa muscular e óssea, da elasticidade das articulações e da força muscular; vi) aumento de placas senis e diminuição do número de neurónios e da plasticidade cerebral (devido ao menor irrigação sanguínea); vii) aumento da dificuldade em adormecer e ter um sono de qualidade (maior fragmentação e menor profundidade) (Sequeira, 2010).

A nível psicológico, o envelhecimento traduz-se na mudança de atitudes e comportamentos, associada às alterações biológicas de que o indivíduo é alvo. Segundo Sequeira (2010), o envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais e do contexto sociocultural. Zimmerman (2000, in Fehine & Trompieri, 2012) defende que, com o envelhecimento, o indivíduo exibe determinadas mudanças psicológicas que podem levar a pessoa idosa a sentir dificuldades na adaptação a novos papéis sociais, em lidar com mudanças repentinas e com as perdas afetivas, baixos níveis de motivação e autoestima, podendo, até mesmo, desenvolver quadros de somatizações e/ou de depressão. Assim, o envelhecimento poderá ser um processo que poderá tornar a pessoa idosa mais vulnerável à doença e à regressão (Fontaine, 2000, in Silva, 2009).

O envelhecimento social da população conduz à mudança de estatuto da pessoa idosa no seio da comunidade, assim como à alteração na forma como o indivíduo se relaciona com os outros que estão inseridos neste contexto. Zimmerman (2000, cit in. Fehine & Trompieri, 2012) defende que estas modificações de ordem social ocorrem devido a vários fatores, nomeadamente devido à crise de identidade caracterizada pela perda da autoestima, originada pela ausência de papel social, às mudanças de papéis que podem ocorrer em contexto laboral, familiar e comunitário, à reforma que pode levar ao isolamento, à depressão e à sensação de “falta de rumo”, à diminuição dos contatos

estabelecidos em sociedade e a perdas diversas, como perda de autonomia, perda de poder de decisão, entre outras já referidas.

1.2. Teorias do envelhecimento

Existem diferentes teorias explicativas associadas à intensificação do estudo do envelhecimento. Segundo Fernandes (2007), estas encontram-se divididas em teorias biológicas e psicossociais.

1.2.1. Teorias biológicas do envelhecimento

Nas teorias biológicas enquadram-se a teoria imunitária, a teoria genética, a teoria do erro da síntese proteica, a teoria do desgaste, a teoria dos radicais livres e a teoria neuro-endócrina, que iremos pontuar de seguida (Fernandes, 2007).

A imunidade e homeostasia do organismo consiste no reconhecimento e destruição de substâncias estranhas ao mesmo. Relativamente à *teoria imunitária* baseia-se no seguinte princípio: num organismo em processo de envelhecimento, haveria uma confusão entre o “eu” e o “não eu”, acabando, o sistema imunitário, por atacar o próprio corpo, como se ele fosse um invasor. Esta situação provoca a diminuição da imunidade e a perda de homeostasia.

A *teoria genética* defende que o envelhecimento é visto como geneticamente definido e orientado e é o resultado da deterioração gradual da informação genética que é indispensável na formação de proteínas (Fernandes, 2007).

O envelhecimento pela ótica da *teoria do erro da síntese proteica* seria o resultado da morte celular, ou seja, o organismo possui informação importante para o fabrico de proteínas. Este fabrico é feito por etapas e se houver um erro numa delas, o resultado seria a existência de proteínas incompetentes nas suas funções celulares (Fernandes, 2007).

Segundo a *teoria do desgaste*, o organismo é comparado a uma máquina que, devido ao uso prolongado, acarretaria maior desgaste. Este, por sua vez, provocaria anomalias e conseqüentemente a paragem do mecanismo. Esta teoria, no entanto, é criticada pois, diariamente o nosso organismo produz novas células de substituição, diminuindo os efeitos do envelhecimento por desgaste (Fernandes, 2007).

Os radicais livres são moléculas libertadas pelo metabolismo do corpo com elétrons altamente instáveis e reativos, que podem causar doenças degenerativas de envelhecimento e morte celular. A *teoria dos radicais livres* defende que o envelhecimento e a morte celular seriam o resultado dos efeitos negativos pela formação de radicais livres. Estes provocam mutações que contribuem para o envelhecimento. Segundo esta teoria, os fenômenos surgem ao acaso e têm um impacto negativo no organismo de forma imprevisível, que se forem acumulando diminuem a vitalidade das células e dos tecidos, tendo como consequência a sua decadência – o envelhecimento.

A *teoria neuroendócrina* defende que: (i) existe uma relação harmoniosa e estreita entre os sistemas endócrino e nervoso, mantendo a homeostasia do organismo, (ii) a maioria das funções neuroendócrinas diminui com a idade e (iii) a longevidade seria regulada por um *relógio biológico* que atua nas glândulas endócrinas, provocando uma falha no sistema imunitário e circulatório. Este *relógio biológico* desencadeia grandes processos humanos como o crescimento, puberdade e envelhecimento. Contudo, este é um campo de estudo ainda em investigação e é difícil de precisar se as modificações endócrinas são a causa ou efeito do envelhecimento (Fernandes, 2007).

1.2.2. Teorias psicossociais do envelhecimento

Segundo Fernandes (2007), no grupo das teorias psicossociais do envelhecimento, encontram-se a teoria da atividade, a teoria da desinserção e a teoria da continuidade.

Na *teoria da atividade* a pessoa de idade avançada deveria manter-se ativo caso quisesse obter maior satisfação com a vida, aumentando a sua autoestima e conservando a saúde. Um envelhecimento bem-sucedido consistiria na descoberta de novos papéis ou numa nova organização dos que já foram desempenhados. Por consequência, a sociedade teria de valorizar a idade e facilitar este processo.

A *teoria da desinserção* defende que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade. Segundo esta teoria gradualmente vai sendo posto um fim no empenho social e o indivíduo retira-se da sociedade. Simultaneamente esta também oferece-lhe menos possibilidades que anteriormente (mais novo). Quando a desinserção é total é atingido um novo equilíbrio, em que há uma modificação do sistema de valores. A perda de relações acaba por se tornar normal. A desinserção acaba por satisfazer o indivíduo e a sociedade. Esta teoria

justifica a desinserção, presumindo que o afastamento do meio físico e social é uma etapa normal do desenvolvimento.

Na teoria da continuidade, ao contrário da teoria da desinserção o envelhecimento faz parte integrante do ciclo de vida e não um período final, separado das outras fases. A pessoa idosa manteria os hábitos de vida, as preferências, as experiências e os compromissos adquiridos e elaborados, dando continuidade a uma vivência idêntica ao seu comportamento anterior, apesar de existir uma descontinuidade que determina a sua adaptação.

1.2.3. Teorias psicológicas do envelhecimento

É de todo impensável falar de envelhecimento como um processo de desenvolvimento ao longo do ciclo vital e não fazer referência às teorias psicológicas do envelhecimento. Destacam-se a teoria psicossocial de Erikson (1982) e a teoria do *life span* de Baltes dos anos setenta (Baltes, 1987; Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999).

Para Erikson (1982), o desenvolvimento humano é um processo em construção ao longo da vida que se desenvolve em oito idades ou estádios psicossociais ou idades com início no nascimento, a saber: Confiança *versus* Desconfiança; Autonomia *versus* Vergonha; Iniciativa *versus* Culpa; Diligência *versus* Inferioridade; Identidade *versus* Confusão; Intimidade *versus* Isolamento; Generatividade *versus* Estagnação; Integridade *versus* Desespero. Estes estádios são caracterizados por crises pelas quais o ego passa, ao longo do ciclo vital. Estas crises são estruturadas de forma que, quando passadas, o ego ficaria mais fortalecido ou mais frágil conforme a vivência do conflito. Ou seja, um desfecho negativo enfraqueceria o ego e conduziria a estádios anteriores de desenvolvimento, prejudicando a superação das crises seguintes; caso seja positivo ajuda a superar a próxima crise (Erikson, 1982).

A última idade corresponde a uma fase final do ciclo psicossocial e a um tempo de reflexão e revisão da vida sobre aquilo que se fez ou não. Na vertente negativa da crise, as pessoas podem ficar desesperadas, pois a morte está se aproximando e o tempo acabou e já não podem fazer nada pela sociedade ou pela família. Estas pessoas vivem em nostalgia e tristeza pela velhice. Contudo, esta idade também pode ser vivida positivamente, quando há o sentimento de dever cumprido, de dignidade e integridade e os indivíduos são capazes de partilhar a sua experiência e sabedoria. Assim, nesta idade

ou estágio da Integridade *versus* Desespero há duas possibilidades: ou há uma estruturação do tempo e uso da experiência de vida para viver bem ou então há uma estagnação diante do terrível fim de vida (Erikson, 1982). Assim, quando a vivência dos oito estágios é bem-sucedida, o sujeito sente-se satisfeito e aceita sem medo que a morte ocorrerá num futuro não muito distante. Se a pessoa sente que a sua vida foi um falhanço e que é muito tarde para começar uma nova direção, ele será invadido pelo desespero (Brown & Lowis, 2003).

A teoria do *life span* de Baltes (1987) defende que o desenvolvimento ocorre ao longo de toda a vida e que em nenhuma altura é atingida a maturidade, sendo sempre desenvolvidas habilidades úteis na capacidade de adaptação. Segundo o autor, o envelhecimento é um processo heterogêneo, contínuo, multidimensional e multidirecional, marcado por ganhos e perdas, e é imprescindível estudar o envelhecimento sem abordar outras disciplinas, como a Biologia ou a Sociologia, pois o estudo sobre o ser humano numa única dimensão é incompleto, dando origem a um entendimento parcial do desenvolvimento. Segundo este paradigma, existem mudanças graduais genéticas e biológicas, como a maturação neurológica nos primeiros cinco anos e a puberdade, mudanças psicossociais, que são influenciadas pela socialização de cada indivíduo, como a entrada na escola e a reforma, e mudanças não normativas, influenciadas pela biologia e a sociedade, como o desemprego e a viuvez (Baltes, 1987; Neri, 2007).

O envelhecimento à luz desta teoria divide-se em três tipos: o normal, o patológico e o saudável. Apesar de diferentes, não são rígidos, uma vez que em determinados momentos da vida, poderão haver tipos de envelhecimento que se sobrepõem, pois é impossível uma ausência total de sofrimento ou problemas de saúde (Baltes, 1987; Neri, 2007). O envelhecimento normal caracteriza-se pelas mudanças inevitáveis e comuns no envelhecimento. O envelhecimento patológico refere-se aos casos em que os indivíduos são afetados por doenças, disfuncionalidades e a descontinuidade do desenvolvimento. O envelhecimento saudável ocorre quando há uma boa qualidade de vida, funcionalidade física e cognitiva e envolvimento na vida ativa. Neste último tipo de envelhecimento, as pessoas de idade avançada conseguem manter um equilíbrio entre potencialidades e limitações. Encontra-se igualmente muito relacionado com o conceito de envelhecimento ativo (Baltes, 1987).

1.3. Do envelhecimento bem-sucedido ao envelhecimento ativo

Na década de 60 surge uma multiplicidade de termos para classificar o envelhecimento, entre os quais o de “envelhecimento bem-sucedido”, “envelhecimento positivo” ou ainda “envelhecimento com sucesso”, que emergem com o intuito de definir uma espécie de estabilidade entre as capacidades do ser humano e as exigências do meio em que se encontra (Fonseca, 2005).

Nos últimos 20 anos, os estudos da fundação MacArthur² tornaram-se um dos contributos centrais para a confirmação do envelhecimento bem-sucedido, enquanto conceito. Um dos estudos dessa fundação conclui que é preciso existir um conjunto de condições para se envelhecer com qualidade: ter um estilo de vida saudável, ter um bom funcionamento físico e mental e manter um compromisso ativo com a vida (Ribeiro, 2012). Assim, ao envelhecer, cada sujeito faz um balanço entre as perdas e os ganhos da sua vida. As comunidades deverão encarar o envelhecimento como uma vivência de carácter mais positivo. Este aspeto acaba por ser interessante, porque foram estas sociedades que criaram o preconceito contra as pessoas de idade avançada, fazendo com que fossem vistas como pessoas aborrecidas, sem autonomia e um peso para a sociedade (Fonseca, 2005).

Segundo Rowe & Kahn (1999), o envelhecimento bem-sucedido envolve três componentes essenciais: a baixa probabilidade de doenças e incapacidades relacionadas com doenças, a elevada capacidade funcional cognitiva e física e o envolvimento ativo na vida. Cada uma destas componentes é constituída por dimensões. A baixa probabilidade de doenças inclui a ausência, presença ou severidade dos fatores de risco para a doença. A componente elevada capacidade funcional envolve dimensões cognitivas e físicas, algo potencial para a atividade e ditam o que um indivíduo pode ou não fazer; mais que o potencial, importa a atividade. A última componente, o envolvimento com a vida, adota várias formas, mas são importante dois pontos: o relacionamento interpessoal, que envolve contatos, transações com os outros, troca de informação, suporte emocional e assistência direta, e a atividade produtiva, que cria valor social, com retribuição monetária ou não. Por exemplo, um indivíduo que faz voluntariado no hospital está a ser ativo e não recebe valores monetários (Rowe & Kahn, 1999). A figura abaixo mostra a relação entre a baixa probabilidade de doenças e incapacidades relacionadas com doenças, a elevada capacidade funcional cognitiva e

² Esta fundação tem os seguintes objetivos: verificar modificações no meio em que os sujeitos de idade avançada se inserem, que atitudes têm de ter e se entendem o significado de envelhecer com sucesso.

física e o envolvimento ativo na vida, componentes que estão na base do envelhecimento bem-sucedido.

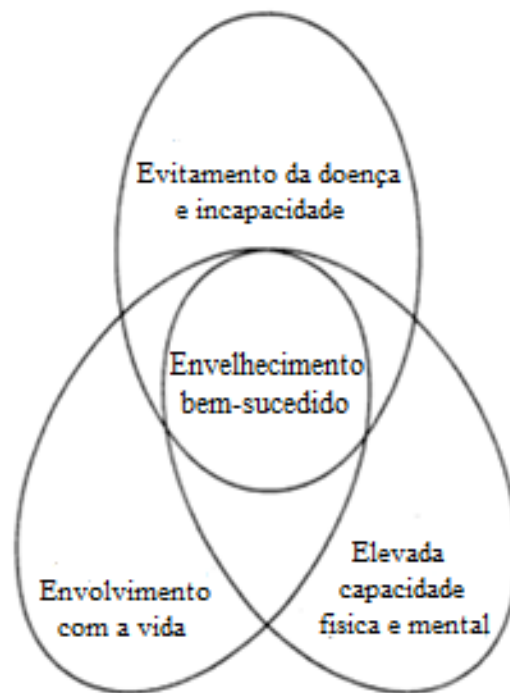


Figura 1 – Modelo do envelhecimento bem-sucedido.³

Contudo, para Rowe & Kahn (1999), o envelhecimento bem-sucedido é mais que a ausência de doenças e a manutenção das capacidades funcionais, não retirando a sua importância. É no seu envolvimento ativo com a vida que se encontra representado o conceito de envelhecimento bem-sucedido.

Atualmente assiste-se a uma nova abordagem e visão de envelhecimento, onde se procura cada vez mais a qualidade de vida à medida que se envelhece. Surge o conceito de envelhecimento ativo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002) o envelhecimento ativo é “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento” (p. 12), isto é, consiste em os indivíduos continuarem a participar, não só fisicamente, mas também social, cultural, espiritual e civicamente. Existem três componentes essenciais para um envelhecimento ativo: (i) baixo risco de doenças ou incapacidade provocada por doenças, onde é desejável e possível uma velhice saudável

³ Fonte: Rowe & Kahn (1997).

se houver uma atenção especial a sintomas que poderão ser sinais de desenvolvimento de alguma doença, havendo, portanto, uma detecção precoce; (ii) funcionamento físico e mental elevado, que consiste na manutenção de uma vida independente e na prevenção de aspetos de natureza física que poderão conduzir à redução de capacidades cognitivas; e (iii) empenhamento ativo na vida, que consiste em o indivíduo manter uma rede de relações sociais para ter apoio, nomeadamente, socio emocional, e em deixar de se impor mudanças radicais ao sujeito quando fica reformado (Simões, 2006).

No envelhecimento ativo existem várias características que o influenciam. Estas são designadas de determinantes e podem ser: transversais, sociais e de saúde, comportamentais, do próprio, do ambiente físico, sociais e económicas.

Os determinantes transversais do envelhecimento ativo dizem respeito ao género e à cultura. A cultura influencia a forma de envelhecer, isto é, se há a crença de que as doenças só ocorrem em idade avançada, dificilmente um jovem adulto ou adulto se preocupará em detetar alguma doença. O género depende das políticas instauradas, ou seja, se à mulher é imposto ficar em casa a cuidar da família, ela não terá recursos; os homens encontram-se mais expostos a lesões, à violência e a comportamentos de risco. Estas duas situações são exemplos de como o bem-estar estará fortemente afetado em função da cultura.

Os determinantes de saúde consistem na criação de políticas que promovam a saúde, para prevenir doenças e possibilitar o acesso igualitário aos serviços de saúde e aos cuidados ao longo do ciclo de vida.

Os determinantes comportamentais consistem na adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente uma boa alimentação, exercício físico e a não adoção de comportamentos de risco e dependências com substâncias psicoativas como tabagismo ou alcoolismo.

Os determinantes do próprio indivíduo dividem-se em duas componentes: a genética, que corresponde ao surgimento de doenças, e os fatores psicológicos, nomeadamente a capacidade intelectual e de adaptação às mudanças. Estas determinantes são fundamentais na adaptação às eventualidades próprias da idade, principalmente a reforma, as perdas e a doença.

Os determinantes do ambiente físico consistem nos meios de transporte, urbanização, acesso aos serviços e facilidade de uso dos mesmos. Isto é, o fato de as condições do meio em que as pessoas idosas vivem serem adequados e adaptados ou

inadequados podem fazer a diferença entre ser independente ou dependente, respetivamente, o que influencia o seu envelhecimento ativo.

O suporte social, a educação, a violência e o abuso são exemplos de determinantes sociais. Estas consistem em haver mais estruturas criadas por serviços sociais e organizações (como os centros de dia, por exemplo) para que o indivíduo mantenha o suporte social necessário para apoio socioemocional; no maior conhecimento e deteção de casos de abuso para uma intervenção multidisciplinar correta e rápida; e no aumento da educação ao longo da vida, uma vez que associado à fraca literacia encontram-se situações de desemprego e maior risco de vivência e morte em condições deficitárias.

Os determinantes económicos consistem nos ganhos, na proteção social e no trabalho. Relativamente aos ganhos, as mulheres, por ganharem menos e raramente terem poupanças, e os indivíduos sem filhos ou relações familiares são os grupos mais vulneráveis, uma vez que ficam com um futuro incerto e, por vezes, ficam desamparados. A proteção social defende que é a família quem deve proteger os sujeitos de idade avançada. Contudo, verifica-se estes que são deixados sós ou sustentam uma família inteira com a sua reforma. Por fim, o trabalho, não consiste na ideia de trabalho formal, mas sim em as pessoas idosas ajudarem no cuidado da casa, de crianças ou de pessoas doentes para a família poder trabalhar (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Em síntese, entende-se que o envelhecimento ativo consiste num processo que permite a otimização das oportunidades não só de saúde física, como de participação e segurança das pessoas idosas, através do envolvimento em atividades físicas, de lazer, de trabalho e da motivação para transmitir conhecimentos aos mais jovens (Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009).

O conceito de envelhecimento ativo permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. No fundo, o objetivo essencial deste tipo de envelhecimento consiste no aumento da expectativa de uma vida saudável, bem como de qualidade de vida (Jacob, 2007).

1.4. Implicações do envelhecimento

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI, sendo marcado por reflexos de âmbito político, socioeconómico, familiar e individual.

A nível político, verifica-se que, a acompanhar a realidade demográfica do envelhecimento, surge o aumento do número de lares em Portugal e das políticas de saúde pública. Com o avançar da idade aumentam as condições incapacitantes, o que contribui para a institucionalização desses idosos (Rosa, 2012).

A nível social e económico são colocadas questões relacionadas com a baixa produtividade e a possível progressiva insustentabilidade da segurança social. Em Portugal, os princípios da segurança social baseiam-se na satisfação de necessidades básicas de todos os cidadãos (princípio da universalidade) a todos os níveis, desde o laboral até à garantia de rendimentos. O que permite aos idosos terem as suas pensões são os descontos da população ativa, de modo que, com o agravamento do envelhecimento (aumento da esperança média de vida e diminuição da taxa de natalidade), os encargos com pensões, reformas e subsídios de desemprego são cada vez maiores, pois há um maior número de cidadãos inativos (aposentados e desempregados) (Rosa, 1993); fatores que contribuem para que as dificuldades financeiras da segurança social e faça emergir um sentimento de receio das gerações de meia-idade e das mais novas perante o futuro.

O assunto é muito complexo na contemporaneidade e as soluções não são fáceis. Uma solução poderia ser o regresso a níveis de fecundidade mais elevados, com políticas natalistas, mas que no fundo também não seriam muito viáveis no cenário de crise que enfrentamos devido ao investimento por parte do Estado. Num cenário de progressivo envelhecimento é importante que as entidades políticas e sociais estejam preparadas para as transformações. Na verdade, a maioria dos países implementaram medidas de apoio social, contudo futuramente aquelas poderão deixar de ser a resposta para as futuras gerações de pessoas idosas. Para além disso, as políticas sociais cada vez mais têm de lidar com a situação de não trabalho, isto é, o desemprego prolongado e a saída precoce da vida laboral acabam por criar uma população de carenciados, para os quais deverá ser mobilizado recursos sociais que seriam ideais para as pessoas idosas. Assim, origina-se uma sociedade de indivíduos qualificados, contudo frágil, excluída e degradada (Fernandes, 2001). Assiste-se assim a um desmoronamento de um modelo de proteção social (Ramiro, 2012).

No que diz respeito à saúde, e de acordo com Oliveira (2008), apontam-se como consequências do envelhecimento demográfico a “exigência de mais serviços de saúde, maiores gastos com a medicação e tratamento, maior ocupação de camas hospitalares,

aumento de transtornos mentais na população, aumento de suicídios e problemas da eutanásia” (Oliveira, 2008, p.19).

A longevidade é uma conquista muito positiva do nosso século. Uma vida com saúde significa que há a uma manutenção da independência proporcionando maior facilidade e disposição de preencher o tempo e realizar diversas atividades. Contudo para algumas pessoas idosas, o envelhecimento acarreta transformações negativas, como a perda da capacidade de memória, dificuldades físicas, entre outras, que acabam na perda de autonomia, nos processos demenciais e na dependência. Muitas das pessoas idosas, perderem o seu papel e a sua autonomia na sociedade, e têm de recorrer à família para receber ajuda (Ramiro, 2012).

Paralelamente a estas situações sociais negativas surge o cruzamento das gerações. Com o aumento da esperança média de vida, as famílias atualmente deixam de ser compostas por duas gerações para passarem a ser, no mínimo, por três, sendo duas delas compostas por adultos – a família multigeracional. Surge, assim, a geração sanduiche ou *middle generation*, e a geração dos avós. Nos primeiros, predomina o duplo papel dos indivíduos de meia-idade, que são simultaneamente pais e filhos e cuidadores dos mais novos e dos mais velhos. Devido à rápida velocidade com que se processou e continua a processar o aumento da esperança média de vida este é um fenómeno universal, porque os seus efeitos demográficos espalham-se por todas as classes e países, apesar de terem formas e ritmos diferentes e tem implicações familiares e comunitárias que devem ser tidas em conta. A família, por seu turno, tem os seus encargos e próprias preocupações, que são ampliadas pela situação de crise que passamos e a possibilidade de perda de emprego (ou até mesmo a situação de desemprego) e fazem com que sejam criadas situações de *stress* e falta de tempo ou disponibilidade por parte dos cuidadores informais. No âmbito da família, existem várias implicações, nomeadamente as mudanças estruturais da família, a alteração de papéis familiares, o cansaço, *stress* e *burnout* dos prestadores de cuidados informais, e por vezes, verificam-se situações graves de abandono e negligência, e até mesmo o abuso e a violência contra idosos, situações que têm de ser denunciadas e deve haver um sistema regulador da sociedade para intervir precocemente nelas. Assim, e principalmente se não existirem fortes laços familiares, o abandono e/ou maus tratos ocorrem facilmente, deixando as pessoas idosas sem apoio, a passar necessidades. Veja-se que em 2011, cerca de 39% dos idosos eram vítimas de violência em Portugal (Ramiro, 2012).

1.5. A institucionalização de pessoas idosas

Ao longo das últimas décadas, tem-se assistido uma evolução a nível das redes sociais de apoio e dos contextos familiar, do trabalho e da participação comunitária. À medida que a velhice se aproxima e a ausência de pessoas queridas se acentua, torna-se imprescindível proceder à reorganização das redes de apoio informal, de modo a que seja assegurada a participação social e a independência da pessoa idosa (Paúl, 2005). Assim, surgem, como uma resposta cada vez mais em crescimento, as redes sociais de apoio às pessoas idosas, fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido, para a saúde mental e para a satisfação com a vida, que podem ser informais ou formais (Pavão, 2013).

As redes informais de apoio às pessoas adultas em idade avançada são constituídas pelos familiares, amigos e vizinhos (Xavier, 2004) que estão naturalmente mais próximos da pessoa idosa e prestam auxílio, quando necessário. Este tipo de suportes trazem benefícios, nomeadamente o facto de a pessoa idosa continuar a residir na sua habitação, onde realizam atividades domésticas, contribuindo para o aumento do seu sentido de competência (Xavier, 2004) Para além disso, permanecer na sua residência, traz outras vantagens, como um maior ganho na prevenção e tratamento da doença crónica, a conservação da sua autonomia, dignidade e bem-estar e a vivência num ambiente natural perto da sua família e dos amigos (Xavier, 2004).

Já as redes formais de apoio são constituídas por serviços governamentais ou instituições privadas que foram concebidas para oferecer ajuda específica à pessoa idosa. Estas surgem como resposta ao impedimento da pessoa idosa ficar na sua casa devido à multiplicidade de problemas com que a pessoa idosa se depara, como a deterioração das suas capacidades mentais e físicas, associada à falta de recursos provenientes do seu meio natural (Pavão, 2013).

Por instituição entende-se por “local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva a uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1996, p. 11).

Os serviços de apoio formais podem ser de vários tipos, designadamente os lares /residências de longa permanência, as residências de idosos, os centros de dia, o acolhimento temporário de pessoas idosas e os centros de convívio. Estes são exemplos de estruturas de apoio formal, com um quadro de pessoal, de modo a que seja prestado um serviço de qualidade, quando o sujeito deixa de ter condições de manutenção na sua

residência (Quintela, 2001). Paulos (2010, p. 11), baseado, na Legislação Portuguesa (Despacho Normativo 12/98, de 25 de fevereiro), considera que “um lar de idosos é um estabelecimento onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas, através de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, como o fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”.

Segundo Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004), a institucionalização caracteriza-se pela saída da pessoa idosa do seu contexto habitacional, podendo este ser um processo de curta ou longa duração. Tudo isto implica uma planificação sequencial, tal como a decisão da própria institucionalização, a eleição de um lar, a adaptação e a integração à nova residência/morada.

Os motivos mais frequentes que levam ao abandono da habitação e a entrada para um lar de longa permanência são o surgimento de uma patologia, o sofrimento pelo falecimento do cônjuge, a deterioração das condições habitacionais ou a falta delas, a mobilidade geográfica e/ou a carência de serviços de proximidade alternativos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Paulos, 2010; Gouveia, 2011).

A institucionalização, portanto “surge como uma resposta em ascensão, na impossibilidade do idoso permanecer no contexto domiciliário, pretendendo colmatar o isolamento das pessoas idosas e também assegurar a assistência nos cuidados de saúde ou apoio económico, fazendo face às mudanças das sociedades ocidentais no que concerne à redução do apoio familiar” (Araújo, 2009, cit in Gouveia, 2011, p. 52-53).

Para muitas pessoas, nomeadamente as que usufruem de algumas vantagens económicas, a institucionalização pode ser sinónimo de manutenção da própria autonomia pessoal, de promoção da interação social e de execução de atividades, proporcionando também a continuidade da existência de relações familiares sem atritos. Por outro lado, verificam-se alguns aspetos negativos da entrada do indivíduo numa instituição, nomeadamente o risco de despersonalização, a partilha de espaço íntimo com desconhecidos, a falta de privacidade, o luto pela sua casa e objetos de uma vida, o fato de ter de partilhar o seu tempo e as atividades junto de pessoas com as quais não estabelece relações de amizade, nem se pretende fazê-lo, e o dever de obedecer às regras ditadas pela instituição. Para além disso, com a institucionalização, observa-se uma perda cada vez maior e significativa da influência do sujeito na família, havendo muitos indivíduos institucionalizados que recebem poucas, ou quase nenhuma, visitas dos

familiares, acabando alguns deles por ficarem abandonados nos lares (Bosi, 1994 cit in. Sequeira, 2010).

A institucionalização pode separar as pessoas idosas da sociedade por um período de tempo considerável, apesar de serem mantidos os cuidados de sobrevivência (Pereira, 2002). Também é importante referir que muitos lares não realizam atividades que se focam nas potencialidades das pessoas idosas. Segundo Pereira (2012), para contornar estes problemas, seria importante “uma política de prevenção [que consistiria na] educação para a saúde da própria pessoa idosa (...) [na] colaboração por parte da sociedade para melhorar a qualidade de vida dos adultos em idade avançada institucionalizados (...) [e no] acompanhamento das pessoas idosas e das instituições, promovendo programas de promoção de qualidade de vida e de mudança de atitudes” (Pereira, 2012, p. 29).

No estudo de Coimbra & Brito (1999) sobre a qualidade de vida em pessoas idosas não institucionalizadas e institucionalizadas, verificaram que não existiam diferenças significativas entre os dois grupos da amostra, no entanto o grupo dos não institucionalizados apresentava valores ligeiramente mais elevados.

Noutro estudo (Gutiérrez, Rubio & Sotos, 2010), acerca dos fatores sociodemográficos e de saúde responsáveis pela institucionalização, conclui-se que o sexo, a viuvez e os problemas de saúde eram fatores responsáveis pela decisão de institucionalização.

* * *

Em síntese, o envelhecimento é um processo cada vez mais presente na atualidade e o seu conceito tem evoluído ao longo dos tempos; não se trata de um estado mas sim de um processo de mudanças que ocorrem em diferentes dimensões do desenvolvimento.

Existem alguns tipos de envelhecimento, nomeadamente o biológico, o psicológico, o sociológico e o cronológico. Também foram desenvolvidas teorias que explicativas do envelhecimento, nomeadamente as biológicas, que se referem a todo o tipo de alterações fisiológicas do Homem enquanto ser biológico, as psicossociais, que se baseiam em alterações da vida e papéis sociais do ser humano, principalmente no processo de envelhecimento, e as psicológicas, onde se defende o envelhecimento como um processo de mudanças, diferente de pessoa para pessoa, e que pode culminar,

nalguns casos, num processo cerebral degenerativo das funções cognitivas associado a doenças e demências. Noutros casos o envelhecimento pode ser ótimo e ativo sem perdas significativas. A visão do envelhecimento associada exclusivamente à de sofrimento e de debilidade começa a ser substituída por uma que encara o envelhecimento como um processo biopsicossocial e ativo. O envelhecimento ativo implica a saúde, a segurança e a participação ativa na sociedade.

O envelhecimento tem implicações na sociedade, nomeadamente políticas, socioeconómicas, familiares e individuais. Uma das implicações políticas prende-se com o aumento da quantidade de lares de pessoas idosas, pois o aumento da esperança média de vida é, muitas vezes, acompanhado de condições incapacitantes numa idade avançada. É certo que a longevidade é uma conquista sobretudo do último século, contudo existem indivíduos que, ao envelhecer, sofrem doenças a nível mental e físico, ficando dependentes e, conseqüentemente levando as famílias à tomada de decisão de internamento prolongado e institucionalização em lares de longa permanência.

Essas redes de apoio social são constituídas por um quadro de pessoal especializado, cujas funções prendem-se com a alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, o convívio e a ocupação de tempos livres. Apesar alguns aspetos negativos, como a falta de privacidade, a partilha do seu espaço com desconhecidos, o luto pela sua casa, os lares também possibilitam aspetos positivos, como um atendimento individualizado consoante as necessidades de cada pessoa idosa, a criação de novos laços de amizade, a presença de pessoas especializadas na ocupação dos seus tempos livres ou até mesmo a manutenção de relações familiares com reduzida conflitualidade. Nesses lares é importante o desenvolvimento de programas de promoção da qualidade de vida, para que se possa otimizar e desenvolver as potencialidades das pessoas idosas.

Capítulo II

Bem-estar psicológico e qualidade de vida das pessoas idosas

2.1. Conceito de bem-estar psicológico

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o bem-estar psicológico é a “medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abrange os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo” (1948, Constitution of the World Health Organization).

A felicidade e o bem-estar começaram a ser estudados ainda na antiguidade clássica por Aristóteles. Segundo a visão aristotélica, a felicidade assentava em duas abordagens: a hedónica e a eudaimónica. Cada uma destas abordagens estuda diferentes aspetos: a abordagem hedónica estuda o prazer e consiste em obter o máximo de prazer, evitando a dor; a segunda abordagem – a eudaimónica –, estuda o significado e a realização pessoal e tem por base o funcionamento psicológico positivo. O hedonismo define bem-estar como a presença de afeto positivo e a ausência de afeto negativo e o eudaimonismo tem por base a vivência humana completa (Cabral, 2010; Remédios, 2010; Pereira, 2012). Já nessa altura, para Aristóteles, o bem-estar seria multidimensional, constituído pelo bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico (*Ibidem*).

No período iluminista, em que o Homem torna-se o centro da humanidade, o conceito de bem-estar foi novamente retomado, passando a ter como valores supremos a felicidade e o desenvolvimento pessoal. Verificou-se, portanto, uma mudança no conceito de bem-estar, que passou de uma dimensão material para uma que englobasse questões relacionadas com a saúde, as relações sociais, o trabalho e a liberdade (Flambó, 2006; Cabral, 2010; Remédios, 2010).

Atualmente, na Psicologia o bem-estar tem sido estudado nas últimas décadas e é visto como um constructo que retoma em si as duas perspetivas teóricas, tal como o defendido por Aristóteles: o bem-estar subjetivo, baseado no conceito de hedonomia, e o bem-estar psicológico, baseado na noção de eudaimonia, concedendo ao bem-estar dimensões afetivo-emocionais e cognitivas (Pereira, 2012).

Foi desenvolvida uma distinção conceptual entre as duas dimensões de bem-estar: o subjetivo reúne em si dimensões de afeto (positivo e negativo) e satisfação com a vida; o bem-estar psicológico envolve o funcionamento psicológico mais complexo, como veremos à frente

O bem-estar subjetivo surge nos finais dos anos 50 associado à Psicologia Social. Começou-se a estudar este conceito porque o bem-estar não poderia estar reduzido a certos fatores como a condição socioeconómica, da habitação ou nível de educação, ou seja, era pertinente também ter em consideração a experiência subjetiva que o indivíduo tinha em relação ao seu próprio bem-estar (Flambó, 2006; Remédios, 2010). Basicamente o bem-estar subjetivo é o resultado das avaliações subjetivas que as pessoas fazem da sua vida. Estas avaliações podem ser positivas ou negativas e podem envolver julgamentos e sentimentos que decorrem da satisfação com a vida em vários domínios (trabalho, relações, saúde). Como o próprio nome indica, é medido a partir da perspectiva do sujeito (Flambó, 2006; Remédios, 2010).

Alguns investigadores, nomeadamente Diener & Suh (1997), também estudaram o bem-estar subjetivo. Nos seus estudos concluíram que a diminuição da saúde, a situação conjugal e a pensão não implicam um menor bem-estar subjetivo e que situações subjetivas têm um impacto maior no bem-estar subjetivo. Para além disso, também verificaram que as pessoas idosas apresentavam expectativas, em relação ao prazer e realização, mais baixas que os jovens, o que deriva do fato daqueles avaliarem a sua qualidade de vida como mais positiva, o que tende a diminuir perante a doença e incapacidade, situações que influenciam a sensação de prazer e envolvimento social. Por fim, Diener & Suh (1997) ainda registaram que as mulheres apresentavam níveis de satisfação mais baixos relativamente que os homens, mas não existe unanimidade em relação ao bem-estar subjetivo e as variáveis sociodemográficas.

O conceito de bem-estar psicológico surge na década de 50/60, nos EUA, quando existia uma falta de consenso face ao conceito de bem-estar. Alguns autores, nomeadamente Carol Ryff (1989), defendiam que o modelo de bem-estar subjetivo era um modelo muito redutor e que o bem-estar seria mais que a satisfação com a vida e afetos positivos e negativos. Assim, houve uma distinção deste constructo em duas vertentes: o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico.

2.1.1. Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada

O envelhecimento, como foi referido anteriormente, traz consigo grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, que, de certo modo, são exigentes ao nível da adaptação às novas condições de vida. Para além disso, o envelhecimento enfraquece a capacidade que o sujeito tem em adaptar-se, passando o meio a ser um

agente relevante na promoção do bem-estar psicológico. Assim, pode-se considerar o envelhecimento como um processo de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico de uma pessoa em idade avançada (Silva, 2010).

O estudo do bem-estar psicológico é importante, uma vez que permite compreender o impacto do envelhecimento no bem-estar e preservar um nível minimamente satisfatório de bem-estar psicológico enquanto fonte de adaptação ao longo do envelhecimento.

Silva (2010), baseando-se em Paúl (1992) refere que o bem-estar nas pessoas de idade avançada é influenciado pelas atitudes, pela personalidade, pelo humor e pelo meio onde se desenvolveram e vivem e que, combinados, transformam-se na história de vida desses sujeitos. Silva (2010) ainda acrescenta que o bem-estar psicológico é um indicador de adaptação à condição de idoso. Sequeira & Silva (2002) concluíram que o estado civil, o contato com filhos, família e/ou amigos, o viver acompanhado/sozinho, a percepção das situações económica e de saúde como boas e ser ativo são alguns dos fatores responsáveis pelo bem-estar psicológico nas pessoas de idade avançada.

Carol Ryff (1989) realizou estudos acerca do bem-estar psicológico numa população de meia-idade e de pessoas de idade avançada, com o objetivo de verificar que na realidade envelhecimento não tinha um significado obrigatório de doença e depressão, mas que também se poderia envelhecer positivamente.

Ryff (1989) desenvolveu um modelo de bem-estar psicológico, baseando-se em três premissas: incluir características mais comuns e relevantes aos modelos teóricos da Psicologia Clínica e do Desenvolvimento, abranger dimensões caracterizadoras das diferenças inter-individuais face aos valores, crenças e ideais a que se aplicam e relacionar o bem-estar não só ao nível da saúde mental como da saúde em geral (Cabral, 2010; Remédios, 2010; Silva, 2010). No seu modelo de bem-estar psicológico, Ryff (1989) procurou definir o bem-estar psicológico a partir de diferentes perspetivas do desenvolvimento do *self*, da personalidade e da saúde mental e é multidimensional, ou seja, constituído por seis dimensões: a autoaceitação, o estabelecimento de relações positivas com outras pessoas, a autonomia, o domínio do ambiente, o sentido da vida e o crescimento pessoal.

A autoaceitação é o nível de autoconhecimento, funcionamento ótimo e maturidade. As relações positivas são a capacidade de estabelecer relação de empatia e afeição com os outros, capacidade de amar e manter amizades. A autonomia tem um locus interno de avaliação e a independência das aprovações externas como indicador.

O controlo sobre o meio é a capacidade para escolher/criar ambientes adequados às suas características e a capacidade de controlar meios complexos. O propósito na vida consiste na capacidade de estabelecer objetivos, atribuindo significado à própria vida. Por fim, o crescimento pessoal é a necessidade de desenvolvimento pessoal, vivência de novas experiências e desafios (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Flambó, 2006; Remédios, 2010; Silva, 2010; Pereira, 2002).

Os estudos de Ryff permitiram uma maior compreensão do bem-estar psicológico ao longo do processo de envelhecimento e concluir que i) para as pessoas de idade avançada (sejam homens ou mulheres) as experiências vividas tinham um peso relativamente grande e decisivo na avaliação que fazem da vida atual; ii) o conseguir cuidar de outros e ter uma boa relação com a família e amigos está associado ao ajustamento, maturidade e ao eu ideal; iii) a adaptação e o bem-estar psicológico são percebidos com algumas manifestações, como a aceitação do eu e das suas mudanças, a alegria de viver e a estabilidade (Silva, 2010; Pereira, 2012).

2.2. Conceito de qualidade de vida

Os conceitos de envelhecimento ativo e bem-estar são temas centrais na gerontologia. Envelhecer com sucesso é sinónimo de ser competente e empenhado na vida. Como fator de adaptação ao envelhecimento surge a qualidade de vida (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005; Silva, 2009).

Como vimos, o envelhecimento demográfico é um fenómeno que provoca grandes mudanças nas diversas áreas de uma sociedade. Envelhecimento e qualidade de vida são dois conceitos cuja associação se torna cada vez mais importante por diversos motivos bem evidenciados por Silva (2009):

- a) Qualidade de Vida pode ser um indicador das condições de vida das pessoas de idade avançada;
- b) A área da saúde preocupar, cada vez mais, com a qualidade de vida uma vez que, devido a avanços tecnológicos, a esperança média de vida tem aumentado;
- c) A passagem de um modelo biomédico para um mais holístico, biopsicossocial, a saúde tornou-se um importante indicador de qualidade de vida nos adultos em idade avançada.

A origem do constructo de qualidade de vida remonta para o Pós-Segunda Guerra Mundial, quando o conceito de boa vida referia-se à conquista de bens materiais

(casa própria, carro, aparelhos eletrônicos, entre outros). Mais tarde, a Qualidade de vida passou a consistir no quanto uma sociedade crescia a nível económico, independentemente de como a riqueza estava distribuída. Posteriormente, a Qualidade de vida passou a significar não só crescimento económico, mas também desenvolvimento social (saúde, educação, trabalho, lazer, crescimento individual) (Paschoal, 2000).

A expressão qualidade de vida foi usada pela primeira vez por Lyndon Johnson, Presidente dos Estados Unidos da América, em 1964, quando se referia que os resultados das políticas traçadas não poderiam ser medidos pelo saldo da conta bancária, mas sim pela Qualidade de vida da população (Silva, 2009). Assim, a partir da década de 60, chegou-se à conclusão que todos estes indicadores não eram suficientes para avaliar a Qualidade de vida, ou seja, concluíram que um investigador não poderia criar um modelo, *à priori*, introduzir os indivíduos nesse modelo e concluir a sua Qualidade de vida com base na forma como se inseriam nesse modelo (boa adaptação seria sinónimo de boa Qualidade de vida; má integração significa má Qualidade de vida). Esta conceção implicaria a aceitação da possibilidade de haver pessoas da mesma população que se inseriam de modo diferente do que a média da população. Valoriza-se, então, a opinião das pessoas relativamente à sua (in)satisfação com a sua vida, porque quem vive é que deve avaliar a sua vida (Paschoal, 2000), passando o crescimento económico a ser um meio para atingir o bem-estar e qualidade de vida (Crocker, 1993, in Paschoal, 2000). Foi graças a esta nova visão que levou muitos países a aderirem a políticas de bem-estar social, o *welfare state*, que seria uma forma de verificar o progresso social que acompanha o desenvolvimento (Paschoal, 2000).

Uma vez que o interesse em estudar a Qualidade de vida tem vindo a aumentar, é normal que haja várias definições do conceito, porque devido à ausência de uma definição concisa, cada investigador descreve o que entende e como avaliará a Qualidade de vida e estes múltiplos pontos de vista acabam por mudar de época, de região, de cultura e de indivíduo (Paschoal, 2000; Silva, 2009). De um modo geral, poderemos conceptualizar o conceito de Qualidade de vida, decompondo-o em duas palavras: qualidade e vida.

A noção de qualidade tem diversos sentidos, indo desde uma disposição moral, um dom e virtude, até um atributo ou escala de valores que permite avaliar qualquer coisa (Paschoal, 2000). Podemos empregar o conceito de qualidade para qualificar ou avaliar coisas e pessoas (honesto/desonesto, bonito/feio), para qualificar coisas e

pessoas, mas diferenciando-as (sólido/liquido/gasoso, casado/solteiro/viúvo/separado) e/ou qualificar pessoas e coisas quanto ao seu estado (sem estudos/nível superior, pobre/rico).

O conceito de vida significa, a existência, ou seja, o espaço de tempo entre o nascimento e a morte ou o tempo de funcionamento de uma coisa. É um dos maiores bens a ser preservado.

A qualidade de vida, por alguns investigadores, seria entendida com a percepção de bem-estar, que seria o resultado de (in)satisfação com as dimensões da vida importantes para o sujeito (Ferrans & Powers, 1985, cit in Silva, 2009). Para Bowling (1995, cit in Paschoal, 2000, p. 25) “é um conceito amorfo, utilizado por muitas disciplinas (...) é um conceito vago; é multidimensional e incorpora, teoricamente, todos os aspetos da vida humana”. Qualidade de vida também poderá ser compreendida e conceptualizada numa visão mais relacionada com a área da saúde, significando, segundo a Organização Mundial de Saúde, a ausência de doenças, capacidade de superar dificuldades dos estados ou condições de morbilidade.

Segundo Levy & Anderson (1980, in Silva, 2009), o constructo de Qualidade de vida seria composto pelo bem-estar (físico, mental e social), pela satisfação e pela recompensa. É um construto multifatorial (possui mais que uma dimensão/domínio), autoadministrável (só o sujeito poderá dar uma leitura e interpretação da sua vida), temporalmente variável e subjetivo (percepção pessoal do individuo avaliado). No que diz respeito à dimensão multidimensional, a Qualidade de vida é composta por 12 dimensões: comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinha, *self*, padrão de vida e trabalho (Ribeiro, 2005, cit in Silva, 2009). Qualidade de vida é, assim, um conceito complexo que engloba em si aspetos relacionados com a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com o meio. De uma forma geral, consiste na medida que os sujeitos percecionam, com base nas dimensões física, psicológica, social e ambiental, as suas necessidades como satisfeitas ou a negação de felicidade e autorrealização.

A definição de qualidade de vida também se encontra relacionada com os critérios de medida, nomeadamente normativos, de satisfação e avaliação subjetiva. O normativo corresponde a crenças, princípios e filosofias acerca do que se entende por vida boa; a satisfação diz respeito à disponibilidade de bens e na capacidade de os

adquirir; e a avaliação subjetiva é a experiência de cada indivíduo (Natuveli & Blane, 2008).

Castellón (2003), referindo-se a um estudo realizado em Espanha, em 1998, 2/3 da amostra destacou a saúde e a autonomia como fatores importantes para a qualidade de vida. No geral, a amostra deste estudo destacou a integração social, atividades, qualidade ambiental, satisfação com a vida, educação, recursos económicos e acesso a serviços de saúde e sociais.

Em outro estudo (Fernández-Ballesténs, 1998, cit in Silva, 2009), a qualidade de vida estaria dependente do contexto e circunstâncias que as pessoas vivem, do estilo de vida e de condições pessoais particulares, como a idade ou o sexo.

Nos estudos de Bowling, Banister & Sutton (2003, cit in Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005) concluíram que as pessoas que percecionavam uma maior qualidade de vida eram aquelas que mais valorizavam as relações com a família e amigos, desempenhavam papéis sociais, tinham boa saúde e funcionalidade, viviam numa boa casa, com uma simpática vizinhança, tinham uma visão mais positiva e mantinham o controlo e independência.

Jackobson, Hallberg & Wetergran (2004, cit in Silva, 2009) verificaram que a qualidade de vida e a situação socioeconómica possuem uma correlação positiva. Igualmente observaram que as mulheres estariam mais expostas que os homens a problemas físicos e mentais. Esta conclusão foi igualmente encontrada por Barreto, Giatti & Kalache (2004, cit in Silva, 2009).

Kirchengast & Haslinge (2008, cit in Silva, 2009) verificaram que as mulheres relatam menor qualidade de vida por estarem dependentes da medicação, se sentirem menos seguras e estarem menos satisfeitas consigo.

Assim, poder-se-á dizer que à medida que o indivíduo envelhece, acaba por perder autonomia, participa menos a nível social, o que implica a diminuição da qualidade de vida (Garcia, Banegas, Perez-Regadera, Cabrera & Rodriguez-Artelgo, 2005, cit in Silva, 2009; Figueira, Figueira, Mello & Dantes, 2008, cit in Silva, 2009).

Em síntese, não basta viver mais, mas também é importante viver bem. O conceito de felicidade/ bem-estar surge na antiguidade clássica. Este era a obtenção máxima de prazer e o evitamento da dor (visão hedónica) ou a realização pessoal e o

funcionamento psicológico positivo (visão eudaimónica). O conceito de bem-estar foi retomado na psicologia nas últimas décadas. O bem-estar subjetivo surge associado à psicologia social nos finais dos anos 50 e diz respeito ao bem-estar experienciado pelas pessoas como resultado da avaliação subjetiva da vida; da satisfação com a vida e da avaliação dos afetos (positivos e negativos).

Carol Ryff desenvolveu um modelo multidimensional de bem-estar psicológico, constituído pela autoaceitação, o crescimento pessoal, o estabelecimento de relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio do ambiente, e o sentido da vida.

Um fator importante na adaptação ao envelhecimento é a qualidade de vida. O seu conceito evoluiu ao longo dos anos, passando da conquista de bens materiais e crescimento económico ao desenvolvimento social e à opinião das pessoas relativamente à (in)satisfação com a vida. Começaram a ser desenvolvidas políticas de bem-estar social, como o *welfare state* para observar o crescimento e desenvolvimento social.

Há dificuldade em conseguir um consenso na definição de qualidade de vida. Neste estudo entende-se qualidade de vida como um conceito operacional que engloba em si aspetos de saúde física e mental, a independência, as relações sociais e com o meio e as crenças pessoais. Atualmente, envelhecimento e qualidade de vida são dois conceitos que se encontram cada vez mais associados nas pessoas de idade avançada, uma vez que a qualidade de vida é um indicador das condições de vida, da saúde e do bem-estar subjetivo e psicológico.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III

Metodologia da investigação

3.1. Contexto e problematização do estudo

No enquadramento teórico, referimos que o envelhecimento é uma conquista do séc. XXI e que o número de pessoas idosas está a aumentar muito significativamente a nível mundial. Os motivos para este aumento prendem-se com diversos fatores, nomeadamente o aumento da esperança média de vida, a diminuição da natalidade, o aumento das condições de vida, os cuidados da medicina, nomeadamente a medicina preventiva, etc.. Vimos também que há vários tipos de envelhecimento: o envelhecimento dito normal, o envelhecimento patológico (com degenerescência e doenças crónicas e demências) e o envelhecimento ótimo, ou saudável, mais recentemente designado de envelhecimento ativo. Este último está associado com a segurança, a participação e a saúde, assim como o bem-estar psicológico e a qualidade de vida das pessoas idosas. Para a existência de valores elevados destas últimas variáveis concorrem vários fatores, como as relações interpessoais, a autonomia, o estado civil, a família, o sentido da vida, a auto-aceitação, entre outros.

Como se verificou na primeira parte desta dissertação, o envelhecimento é um processo que implica mudanças biofisiológicas, físicas, cognitivas e psicológicas e, em alguns casos, provoca a dependência das pessoas idosas devido a perdas significativas nas funções cognitivas que culminam em demências ou em doenças crónicas que provocam imobilidade, entre outros indicadores de dependência.

Nas últimas décadas, e sobretudo perante o agravamento da situação económica do país, onde as pessoas que trabalham (os chamados ativos) se agarram à oportunidade de trabalho – ao emprego –, sem tempo para os mais velhos e os mais novos, a institucionalização em lares/residências de longa permanência surge como uma solução para as pessoas idosas e suas famílias.

Os lares de longa permanência são responsáveis, segundo a Lei (Despacho Normativo 12/98, de 25 de fevereiro) pela satisfação das necessidades básicas, como a prestação de cuidados a nível da alimentação, da higiene, da saúde e da ocupação de tempos livres, dos seus utentes.

Existe uma ideia pré-concebida de que as instituições de longa permanência trazem consigo aspetos negativos, como o isolamento social, o luto pela casa onde viveram, a partilha do seu espaço no lar e a dificuldade da partilha de tempo com desconhecidos, o que implica mal-estar e baixa qualidade de vida dos utentes.

Contudo, estas perdas são muitas vezes compensadas com a presença de profissionais, que são responsáveis pelos cuidados físicos, pela prática de atividades lúdicas e sociais,

pela estimulação das funções cognitivas, pela estimulação de algumas atividades da vida diária, e por uma intervenção psicológica especializada e individualizada. Se assim for, este conjunto de cuidados formais, responde às necessidades individuais de cada pessoa idosa, fomenta a criação de novos laços de amizade, de interação social, e de manutenção de relações familiares sem atritos, permitindo, ainda, o aumento do bem-estar psicológico e a qualidade de vida destas pessoas, quando a doença ou as condições gerais não permitem a manutenção da pessoa idosa na residência pessoal e/ou junto das famílias.

Tendo em conta o desafio do crescente envelhecimento da população e a opção da institucionalização torna-se pertinente estudar o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos adultos em idade avançada, de modo a verificar se a institucionalização influencia estas duas variáveis.

Assim, neste estudo pretende-se estudar no universo da ilha de S. Miguel dois grupos de pessoas, ambos na faixa etária de 65 anos ou mais, sendo que o primeiro grupo está institucionalizado em lares de longa permanência e segundo grupo, não. Queríamos compreender as diferenças relativamente ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida. Para tal, optámos por uma abordagem quantitativa, de forma abranger o maior número possível de participantes, garantir o anonimato, e possibilitar a comparação entre variáveis.

Dada a natureza deste estudo comparativo optámos por uma metodologia quantitativa. Este tipo de metodologia é útil, na medida em que é possível explicar e controlar mais facilmente os fenómenos, com objetividade nos procedimentos, e com quantificação de medidas (Almeida & Freire, 2000).

Para além disso, o método quantitativo, ao fazer uso de uma linguagem matemática, faz com que o investigador não tenha de se preocupar com a subjetividade, uma vez que tem por base uma perspectiva de *outsider*, e permite, ainda, a replicabilidade e a possibilidade de generalizar os resultados obtidos (Serapioni, 2000). Igualmente o método quantitativo é uma forma mais económica e rápida de recolha e tratamento dos dados.

O estudo em apreço, objeto da nossa investigação, é um estudo com uma abordagem exploratória, descritiva e correlacional. É exploratória e descritiva, porque são descritos fenómenos, identificadas variáveis e inventariados fatos. É, por outro lado, correlacional, porque se pretende compreender e prever fenómenos, quer por referência a constructos internos e externos e porque se relacionam as variáveis, verificando-se as

diferenças entre grupos e estabelecendo-se relações e quantificando as mesmas em nível de grandeza e direção (Almeida & Freire, 2000; Quivy & Campenhoudt, 2005).

Como o objetivo do estudo é verificar o comportamento das variáveis em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados, era importante que o estudo tivesse o mesmo número de sujeitos, daí a nossa opção. O Grupo 1 (adiante designado como G1), diz respeito aos indivíduos institucionalizados, e o Grupo 2 (adiante designado como G2), compreende os indivíduos não institucionalizados. Os participantes institucionalizados são residentes na ilha de São Miguel, em três lares de acolhimento, num total de 35 participantes; existindo igual número de participantes da ilha de S. Miguel não institucionalizados. Convém alertar que, dada a complexidade de passagem de qualquer instrumento de medida a pessoas adultas em idade avançada, todo o processo de seleção da amostra e passagem dos instrumentos foi um processo muito moroso e que exigiu muito de nós, dado que todos os dados foram recolhidos por nós.

Por uma questão ética não serão identificadas as instituições.

Tanto a aplicação dos instrumentos como a introdução dos dados recolhidos no programa SPSS (versão 20) foram sujeitos à confidencialidade e ao respeito por quem participou no estudo, acautelando procedimentos éticos.

No ponto seguinte serão apresentadas as questões de investigação, os objetivos e as hipóteses a estudar.

3.2. Questões de investigação

Tendo como base o aprofundamento do bem-estar psicológico e a qualidade de vida em adultos em idade avançada e a preocupação sobre se estas variáveis são influenciadas pelo fator institucionalização formulámos as seguintes questões de partida:

- (i) *Será que as variáveis bem-estar psicológico e qualidade de vida das pessoas idosas dependem de variáveis sociodemográficas?*
- (ii) *Será que o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dependem da variável institucionalização?*
- (iii) *Será que as pessoas idosas não institucionalizadas apresentam maior bem-estar psicológico e qualidade de vida comparativamente às institucionalizadas em lares de longa permanência?*

3.3. Objetivos

Em função das questões de investigação, foram delineados os seguintes objetivos:

- (i) Compreender o bem-estar psicológico de pessoas idosas em função de variáveis sociodemográficas;
- (ii) Avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas em função de variáveis sociodemográficas;
- (iii) Verificar se existe uma relação entre o bem-estar psicológico e a qualidade de vida nas pessoas idosas;
- (iv) Comparar o bem-estar psicológico de pessoas idosas em função da variável institucionalização;
- (v) Cotejar a qualidade de vida nas pessoas idosas em função da variável institucionalização.

3.4. Hipóteses

Tendo em conta os objetivos estabelecidos, foram definidas as seguintes hipóteses:

H1: O bem-estar psicológico nas pessoas idosas varia em função de variáveis sociodemográficas (sexo, idade e estado civil).

H2: A qualidade de vida nas pessoas idosas varia em função de variáveis sociodemográficas (sexo, idade e estado civil).

H3: Existe uma relação entre o bem-estar psicológico e a qualidade de vida nas pessoas idosas da amostra total (G1 e G2).

H4: Quando comparados os grupos (G1 e G2), o bem-estar psicológico dos adultos em idade avançada difere em função da variável institucionalização em lar de longa permanência, sendo superior na amostra dos não institucionalizados.

H5: A qualidade de vida difere em função da variável institucionalização em lar de longa permanência, sendo superior na amostra dos não institucionalizados quando comparados com as pessoas idosas institucionalização em lar de longa permanência.

3.5. População e amostra

A população deste estudo é constituída por todos as pessoas idosas (com mais de 65 anos) residentes em S. Miguel, sejam institucionalizadas ou não. A amostra selecionada é constituída por 70 pessoas de idade avançada, tendo sido dividida em 2 grupos: Grupo 1, participantes institucionalizados, e Grupo 2, participantes não institucionalizados, sendo cada grupo constituído, por 35 indivíduos.

A escolha da amostra do Grupo 1 obedeceu aos seguintes critérios: a) ser institucionalizado; b) ter idade igual ou superior a 65 anos; e c) ter a preservação das funções cognitivas de modo a compreender a formulação das questões e o conteúdo dos itens. No que respeita ao Grupo 2, os participantes foram selecionados através do processo de bola de neve, onde os participantes foram encontrados por conhecimento de outrem. Igualmente teriam obedecer a determinados critérios, como: a) não serem institucionalizados; b) ter idade igual ou superior a 65 anos; e c) ter a preservação das funções cognitivas de modo a compreender a formulação das questões e o conteúdo dos itens.

A amostra total (N=70) participantes é constituída por participantes de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos, sendo estas idades divididas em três faixas etárias: a) dos 65 aos 69 anos, pois são considerados idosos jovens; b) dos 70 aos 79 anos, que são medianamente idosos; c) dos 80 anos aos 93 anos, pois são considerados muito idosos ou longevos (Santos, Souza, Marinho & Mazo, 2013).

O quadro 1 descreve mais pormenorizadamente os participantes deste estudo, por Grupos e no total da amostra.

Quadro 1 – Caracterização da amostra (G1 indivíduos institucionalizados e G2 indivíduos não institucionalizados)

Grupos	Sexo				Faixa etária						Estado civil							
	M		F		65-69		70-79		80-93		S		C		D		V	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
G1	7	10	28	40	4	5,7	6	8,6	25	35,7	6	8,6	0	0	3	4,3	26	37,1
G2	11	15,7	24	34,3	9	12,9	21	30,0	5	7,1	2	2,9	15	21,4	3	4,3	15	21,4
N	18	25,7	52	74,3	13	18,6	27	38,6	30	42,9	8	11,4	15	21,4	6	8,6	41	58,6

Legenda: Grupo 1 – institucionalizado; Grupo 2 – não institucionalizados; M – Masculino; F – Feminino; S – Solteiro; C – Casado; D – Divorciado; V – Viúvo.

Seguidamente vamos caracterizar cada grupo. O Grupo 1 (G1) (indivíduos institucionalizados) caracteriza-se por integrar:

- a) Ao nível do sexo: 7 homens (10%) e 28 mulheres (40%);
- b) Ao nível etário: 4 indivíduos entre os 65 e 69 anos (5,7%), 9 participantes dos 70 aos 79 anos (8,6%) e 25 indivíduos com idades entre os 80 e 93 (35,7%);
- c) Ao nível do estado civil: 6 indivíduos solteiros (8,6%), 3 participantes divorciados/separados (4,3%) e 26 indivíduos viúvos (37,1 %).

Assim, verifica-se que G1 é constituído maioritariamente por mulheres, por participantes com idades entre os 75 e os 84 anos e por participantes viúvos, não havendo participantes casados, o que poderá ser um fator responsável pela própria institucionalização.

Por sua vez, o Grupo 2 (G2) caracteriza-se por:

- a) 11 homens (15,7%) e 24 mulheres (34,3%);
- b) 9 participantes entre os 65 e os 69 anos (12,9%), 21 indivíduos entre os 70 e os 79 anos (30%) e 5 participantes com idades entre os 80 e os 93 (7,1%);
- c) 2 indivíduos solteiros (2,9%), 15 participantes casados (21,4%), 3 indivíduos divorciados (4,3%) e 15 participantes viúvos (21,4%).

Conclui-se que o G2 é constituído na sua maioria por mulheres, por participantes com idades entre os 65 e os 74 anos e por participantes casados e viúvos.

3.6. Instrumentos

Utilizou-se um Questionário Sociodemográfico, as Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff, a Escala de Qualidade de Vida. Foi aplicado também o Mini-Mental State para testar as funções cognitivas dos participantes, pré-requisito deste estudo. Excluiu-se todos os participantes em que verificou que não tinham as funções cognitivas preservadas, para não introduzir variáveis parasita.

a) Questionário Sociodemográfico

Este instrumento (ver anexo 3) foi construído com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos dos participantes, como idade, sexo e estado civil, informações relevantes para a verificação das questões de investigação e hipóteses formuladas neste estudo. É constituído por 4 itens de fácil preenchimento, pois apenas têm de selecionar a opção que lhes é verdadeira (por exemplo: Sexo: feminino ou masculino).

Na verdade o uso dos inquéritos, por questionário, permite uma maior sistematização, simplicidade de recolha e rapidez de análise, assegura o anonimato dos respondentes e é menos dispendioso (Almeida & Freire, 2000).

b) Mini-Mental State

O Mini-Mental State é um instrumento que permite efetuar uma avaliação do estado cognitivo dos indivíduos, permitindo observar a (in)existência de défices mentais, um dos critérios usados na seleção da amostra deste estudo, como já dissemos (ver anexo 4). É um instrumento que concentra apenas aspetos cognitivos de função mental, excluindo as questões relativas ao humor, as experiências mentais anormais e o tipo de pensamento de cada indivíduo.

O Mini-Mental State, aferido para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia (1994), é constituído por 11 questões que englobam 6 dimensões: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. A sua aplicação demora entre 5-10 minutos. Este instrumento tem uma pontuação máxima de 30 pontos; um indivíduo tem um défice cognitivo quando pontua um valor igual ou menor que 15 pontos (analfabetos), igual ou menor que 22 pontos (entre 1 e 11 anos de escolaridade) ou igual ou menor que 27 pontos (escolaridade superior a 11 anos) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

c) Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff

As Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff envolvem seis domínios: Aceitação Pessoal, Autonomia, Relações Positivas com os Outros, Crescimento Pessoal, Domínio do Ambiente e Sentido de Vida (ver anexo 5).

Cada item das escalas é cotado de 1 a 6, sendo 1 Completamente em Desacordo e 6 Completamente de Acordo. A pontuação total varia entre 56 e 336 e é obtida através do somatório de todos os itens. Existem itens que são expressos negativamente, sendo cotados como inverso, ou seja, de 6 a 1 (Pereira, 2012). Quanto mais alto o valor final, maior é o bem-estar psicológico do participante.

As Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff foram adaptadas em 1995/1996 por Ferreira & Simões (1999), passando por três fases: tradução para português por tradutores, tradução para inglês por especialistas bilingues e comparação das duas versões. Após estas traduções e correção, a escala foi aplicada a uma amostra de 353 indivíduos com idades entre os 18 e os 90 anos (Ferreira & Simões, 1999). A consistência interna foi avaliada através do alfa de Cronbach, com uma pontuação de 0,94. Estas escalas foram selecionadas pois é construída a partir do modelo de Ryff & Keyes (1995), que vêem o bem-estar como um conceito multidimensional.

d) Escala de Qualidade de Vida

A Escala de Qualidade de Vida (ver anexo 6) é constituída por 24 itens cujas respostas estão disponíveis numa escala tipo *Likert* de 1 a 5, em que 1 corresponde a Nada/ Muito Insatisfeito/ Muito Infeliz/ Muito Mau e 5 corresponde a Extremamente/ Completamente/ Muito Satisfeito/ Muito Feliz/ Muito Bom. A Escala de Qualidade de Vida engloba 6 dimensões: Funcionamento Sensorial, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade. Cada dimensão é constituída por 4 perguntas.

A pontuação é obtida com o somatório dos itens, variando entre 24 e 120 (qualidade de vida global) e entre 4 e 20 (cada dimensão) (Fleck, Chemovich & Trentini, 2003; Power, Quinn & Schmidt, 2005). Esta escala foi adaptada para a população portuguesa por Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes (2006).

3.7. Procedimentos gerais

Inicialmente procedeu-se à escolha dos lares de longa permanência de onde se pretendia recolher os dados. Optou-se por três diferentes zonas de S. Miguel. De seguida, estas instituições foram contactadas por telefone, onde se falou com os órgãos de gestão dos

lares de longa permanência para saber a abertura para uma possível investigação. Após a receção de um *feedback* positivo, enviaram-se as autorizações necessárias para serem assinadas e combinou-se uma data para proceder à recolha de dados.

Simultaneamente, para a seleção do grupo 2 contactou-se pessoas idosas não institucionalizadas, que se conhecia ou conhecidas por pessoas próximas do investigador e foi-se acrescentando cada nova pessoa com base nas informações dos inquiridos (efeito de bola de neve). Procedeu-se a um primeiro contato com aquelas pessoas de idade avançada, onde se explicou a natureza e objetivos do estudo e perguntou-se pela disponibilidade das mesmas para participar. Às que responderam positivamente, obteve-se o consentimento informado e foi marcado o dia e hora de recolha de dados.

Nos dias combinados (para ambos os grupo), deslocamo-nos aos lares de longa permanência e às habitações dos participantes não institucionalizados e aplicou-se, inicialmente o Mini-Mental. Quando reunidos todos os critérios necessários (ter mais de 65 anos, ser institucionalizado ou não e obter uma pontuação positiva no Mini-Mental), procedeu-se à recolha dos dados com o Questionário Sociodemográfico, as Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff e a Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD).

O tempo médio de aplicação dos instrumentos foi entre 30 minutos e uma hora, dependendo do ritmo dos participantes. A fase de recolha dos dados foi entre o mês de maio e novembro de 2013 pela investigadora.

Após a recolha de dados, os mesmos foram introduzidos no programa SPSS (versão 20).

3.8. Procedimentos éticos

Ao longo de toda a recolha e tratamento de dados foi adotada uma postura ética de total confidencialidade das respostas dos participantes. Para além disso, todos as pessoas envolvidas na recolha de informação, desde os dirigentes dos lares aos participantes dos estudos (anexos 1 e 2) receberam um consentimento informado, onde se obteve a sua total disponibilidade para participar no estudo, mas também a sua possível desistência, caso quisessem.

Igualmente foi disponibilizada ajuda no preenchimento dos instrumentos pela investigadora.

Ainda se garantiu a proteção dos dados dos participantes, nomeadamente o local de residência e as suas respostas aos instrumentos. Estes foram aplicados nos lares de

longa permanência e nas moradias dos participantes. Salvaguardou-se não só as condições físicas do local de preenchimento dos instrumentos, mas também das condições dos próprios participantes (saúde, deslocação), respeitando-as.

Por fim, para manter o sigilo e confidencialidade de cada participante, criou-se um código, que foi atribuído a cada um.

Capítulo IV

Apresentação e Discussão dos Resultados

Após a explicação de todo o processo de recolha de dados, segue-se o capítulo da análise e discussão dos dados. Neste ponto, procede-se à apresentação e análise das hipóteses

4.1. Bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas

Vamos primeiro apresentar a descrição dos resultados a nível das frequências descritivas dos mesmos, ou seja, procede-se a uma análise da média, moda, desvio padrão e valores mínimos e máximos pontuados.

As Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff têm uma pontuação máxima de 336.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
Bem-estar psicológico	131	273	219,4	207	219,5	22,6

Tabela 1 – Média, moda, mediana e desvio padrão da variável bem-estar psicológico.

Após análise da Tabela 1, verifica-se que a pontuação mais baixa registada é de 131 e a mais alta de 273. O valor médio das respostas dos participantes foi de 219,4. A pontuação mais frequente (moda) na amostra foi de 207. O desvio-padrão (medida de tendência de dispersão que, em conjunto com a média, mede a variabilidade dos valores em torno da média) é de 22,6, isto é, os valores mais pontuados variam num intervalo até 22,6 valores da média.

De seguida foram criadas duas categorias (baixa e elevada) para a variável bem-estar psicológico, de modo a se proceder à análise da distribuição destes valores (Tabela 2).

Bem-estar psicológico	Frequência	Percentagem (%)
Baixo	35	50
Elevado	35	50

Tabela 2 – Distribuição dos resultados de bem-estar psicológico.

Para se proceder à divisão da variável bem-estar psicológico em duas categorias (bem-estar psicológico baixo e elevado), foi usado como critério o cálculo da mediana.

A mediana é uma medida de tendência central, ou seja, é aquele valor que divide de forma precisa a distribuição dos resultados a metade.

Desta forma, tendo em conta que a mediana da variável bem-estar psicológico é de 219,50, considera-se que um participante tem baixo bem-estar psicológico quando pontua, no instrumento, valores iguais ou inferiores a 219; quando tem uma pontuação superior a esse valor, esse indivíduo é considerado como tendo elevado bem-estar psicológico. De acordo com a Tabela 2, as pontuações são iguais para ambos os casos, ou seja, há uma percentagem equitativa de indivíduos com bem-estar psicológico baixo e bem-estar psicológico elevado.

De seguida, analisamos a 1ª hipótese, onde se pretende verificar se o bem-estar psicológico varia em função de variáveis sociodemográficas dos participantes, da amostra total.

Hipótese 1 – *O bem-estar psicológico nas pessoas idosas varia em função de variáveis sociodemográficas (sexo, idade e estado civil)*

Esta hipótese pretende verificar se o bem-estar psicológico dos participantes varia em função do sexo, idade e estado civil. Assim, para testar esta hipótese primeiro vamos proceder à análise do bem-estar psicológico segundo o sexo dos participantes.

Bem-estar psicológico e o sexo

Bem-estar Psicológico	Sexo dos participantes				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Baixo	9	50,0	26	50,0	35	50
Elevado	9	50,0	26	50,0	35	50
Total	18	100	52	100	70	100

Tabela 3 – Bem-estar psicológico segundo o sexo dos participantes.

Após a análise da tabela 3, verifica-se que as percentagens de participantes do sexo masculino com baixo e elevado Bem-estar Psicológico não diferem (50%). O

mesmo ocorre nos indivíduos femininos (50%). Desta forma, e só por um procedimento percentual simples, não se poderá afirmar qual dos dois sexos apresenta maior ou menor Bem-estar Psicológico. Contudo, para infirmar ou rejeitar a hipótese é necessário um procedimento estatístico mais elaborado. Para pesquisar que teste utilizar vamos verificar se existem diferenças significativas entre as médias em função do gênero. Assim, primeiramente vamos proceder ao cálculo do teste Kolmogorov-Smirnov e verificar a significância (cf. Tabela 4) de forma a podermos optar por um teste paramétrico ou não paramétrico.

Sexo	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	df	Sig.
Masculino	0,188	18	0,091
Feminino	0,081	52	0,200

Tabela 4 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e sexo).

Ao analisarmos a tabela acima, verifica-se o pressuposto da normalidade (significância é superior a 0,05). Desta forma, podemos aplicar o teste *t-student* para comparar a média do bem-estar psicológico nos dois sexos.

Quadro 2 – Teste *t-student* (bem-estar psicológico e sexo).

Estatística de grupo

Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão médio
Masculino	18	218,61	23,863	5,624
Feminino	52	219,67	22,409	3,108

Teste de amostras independentes

	Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste-t de igualdade de médias						
								95% Intervalo de Confiança	
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2tailed)	Diferença média	Erro padrão da media	Mais baixo	Mais elevado
Igualdade de variâncias assumidas	0,007	0,931	-0,170	68	0,865	-1,062	6,230	-13,494	11,370
Igualdade de variâncias não assumidas			-0,165	28,091	0,870	-1,062	6,426	-14,223	12,099

Pela análise da tabela 3, verificamos que não existem diferenças entre o bem-estar em homens e mulheres. Esta observação é apoiada pelo resultado do teste *t-student* (cf. quadro 2), onde se observou que não existem diferenças significativas entre as médias do Bem-estar Psicológico nos dois grupos (sig. 0,865). Ou seja, o Bem-estar Psicológico é igual em ambos os sexos.

Estes resultados não vão ao encontro da literatura referente ao bem-estar psicológico nas pessoas de idade avançada que sugerem que as mulheres pontuam resultados mais baixos nas variáveis bem-estar psicológico devido à sua vulnerabilidade às doenças, às quedas, à depressão, às dores crónicas e à maior responsabilidade no cuidado de outras pessoas de idade avançada (Neri, 2007). Para além disso, Medeiros & Ferreira (2011) concluem num estudo sobre bem-estar psicológico nos adultos em idade avançada nos Açores que são as mulheres que apresentam melhor bem-estar psicológico.

Uma justificação para os resultados observados no nosso estudo prende-se com o fato de existirem mais oportunidades educativas, onde as mulheres podem, igualmente, obter habilitações literárias elevadas, o que poderá ter feito com que houvesse um investimento mais diversificado, levando as mulheres a sentirem-se bem. Outros motivos para estes resultados podem estar relacionados com as características da amostra utilizada, ou seja, neste estudo existem muito mais mulheres que homens, o que poderá fazer com que as respostas dadas pelas participantes do sexo masculino não sejam muito evidentes.

Bem-estar psicológico e idade

De seguida vamos estudar a relação entre bem-estar e a idade. Para tal, divide-se os participantes por 3 faixas etárias: 65-69, 70-79 e 80-93 anos (idosos jovens, medianamente idosos e muito idosos ou longevos, respetivamente) (Santos, Souza, Marinho & Mazo, 2013).

Bem-estar psicológico	Faixas etárias dos participantes							
	65-69		70-79		80-93		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixo	4	30,8	6	22,2	25	83,3	35	50
Elevado	9	69,2	21	77,8	5	16,7	35	50
Total	13	100	27	100	30	100	70	100

Tabela 5 - Bem-estar psicológico segundo a idade dos participantes.

Segundo os valores da tabela 5 e se os analisarmos segundo as faixas etárias, verificamos que os participantes mais velhos (80-93 anos) apresentam uma maior percentagem de baixo bem-estar psicológico (83,3%). A faixa etária que apresenta elevado bem-estar é a dos 70 aos 79 anos (77,8%)

Observando mais especificamente as faixas etárias mais nova e mais velha, verifica-se que, apesar do número reduzido de participantes com idades entre os 65 e os 69 anos (faixa etária mais nova dos participantes), 69,2% destes apresentam elevado Bem-Estar psicológico. O mesmo já não é observado nos participantes da faixa etária dos 80 aos 93 anos (faixa etária mais velha), onde predomina baixo bem-estar psicológico (cerca de 83,3% contra 16,7%). Ou seja, são os participantes da faixa etária mais nova quem possui maior bem-estar psicológico, o que está de acordo com os estudos na área. Ou seja, sabe-se que o envelhecimento interfere na capacidade de adaptação das pessoas e o meio onde se inserem é que desempenha um papel importante na construção do bem-estar psicológico, isto é, quanto mais avançado o processo de envelhecimento, maior poderá ser o risco o equilíbrio e bem-estar das pessoas idosas (Silva, 2009). Contudo, só através dos testes de normalidade (cf. quadro 3) é que poderemos decidir com maior certeza estatística a refutação ou não da hipótese.

Quadro 3 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e idade).**Sumário dos casos em análise**

Faixa etária	Casos					
	Válidos		Em falta		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
65-69	13	100,0%	0	0,0%	27	100,0%
70-79	27	100,0%	0	0,0%	30	100,0%
80-93	30	100,0%	0	0,0%	13	100,0%

Teste de normalidade

Faixa etária	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	Df	Sig.
65-69	0,139	13	0,200
70-79	0,069	27	0,200
80-93	0,137	30	0,154

Depois da análise da distribuição da amostra, verifica-se o pressuposto da normalidade, uma vez que as significâncias das 3 faixas etárias são superiores a 0,05. Assim, pode-se aplicar o teste ANOVA para comparar a média do Bem-Estar Psicológico nos 3 grupos etários (cf. tabela 6). O ANOVA é um teste paramétrico, uma espécie de teste de *t-student*, só que é utilizado quando a distribuição cumpre o pressuposto da normalidade e as variáveis têm mais que duas classes.

	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	Sig.
Entre os Grupos	3311,923	2	1655,962	3,468	0,037
Dentro dos Grupos	31994,877	67	477,535		
Total	35306,800	69			

Tabela 6 – Teste ANOVA (bem-estar psicológico e idade).

Ao analisarmos a tabela 6, verificamos que a variabilidade entre grupos (3311,923) é menor que a variabilidade dentro dos grupos (31994,877), o que significa que a média da amostra não é igual, ou seja, o bem-estar psicológico varia conforme a idade dos participantes.

(I) idade/anos	(J) idade	Diferença de médias (I-J)	Erro padrão	Sig.	Intervalo de confiança de 95%	
					Limite inferior	Limite superior
65-69	70-79	3,211	7,377	1,000	-14,90	21,33
	80-93	-11,541	7,256	0,349	-29,36	6,28
70-79	65-69	-3,211	7,377	1,000	-21,33	14,90
	80-93	-14,752	5,797	0,040	-28,99	-0,52
80-93	65-69	11,541	7,256	0,349	-6,28	29,36
	70-79	14,752	5,797	0,040	0,52	28,99

Tabela 7 – Teste de Comparações Múltiplas (bem-estar psicológico e idade)

Através do teste ANOVA verificamos que existem diferenças significativas entre as médias do bem-estar Psicológico nos três grupos etários (sig. 0,037). Na tabela 5, numa primeira análise, verificamos que eram os participantes com idades entre os 80 e 93 anos que apresentavam menor bem-estar, contudo o teste de comparações múltiplas permitiu verificar que as médias estatisticamente diferentes são entre as idades 70-79 anos e 80-93 anos e que era média do Bem-estar Psicológico é inferior no grupo 70-79 anos.

Neri (2007) sugere que o bem-estar psicológico diminui à medida que os indivíduos envelhecem. Esta referência da literatura parece estar a ser observada neste estudo, uma vez que, são os participantes mais velhos (80-93 anos) a apresentar menor bem-estar psicológico. Contudo, outros autores como Labouvie (1990, cit in. Pereira, 2012), Paschoal (2000); e Sequeira (2010) afirmam que envelhecer é muito mais que o passar dos números da idade, isto é, temos de ter em consideração aspetos funcionais, físicos, mentais e de saúde. Daí que se considere a existência de várias idades, como a cronológica, a biológica, a social e a psicológica. Ou seja, os participantes deste estudo entre os 70 e 79 anos apresentam aqueles resultados, uma vez que podem não se ter adaptado ainda à vida na reforma, ou terem ficado recentemente viúvos ou eventualmente terem perdido amigos próximos, a sua saúde pode ter entrado em declínio, ou outros fatores que não foram estudados neste estudo tais como, ainda, a hipótese de terem perdido o seu poder económico e sentido de utilidade, aspetos estes importantes nos mecanismos de *coping* para um envelhecimento bem-sucedido (Lazarus, 1998).

Bem-Estar psicológico e estado civil

A 3ª e última variável sociodemográfica em estudo é o estado civil dos participantes. O objetivo é verificar como se distribui o bem-estar psicológico nos participantes deste estudo em função do seu estado civil. Para tal foram construídas quatro categorias de estado civil (casado, divorciado, viúvo e solteiro), que foram os estados civis mencionados pelos participantes.

Bem - estar psicológico	Estado civil dos participantes								Total	
	Casado		Divorciado		Viúvo		Solteiro		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Baixo	11	73,3	2	33,3	20	48,8	2	25,0	35	50
Elevado	4	26,7	4	66,7	21	51,2	6	75,0	35	50
Total	15	100	6	100	41	100	8	100	70	100

Tabela 8 - Bem-estar psicológico baixo e elevado segundo o estado civil dos participantes.

Ao observar a tabela 8, verifica-se que os indivíduos casados apresentam menor bem-estar psicológico (15,7 % contra 5,7%). Já os participantes divorciados (5,7%), viúvos (30,0%) e solteiros (8,6%) posicionam-se na categoria de elevado bem-estar psicológico. Contudo, é importante que se verifique a significância estatística dessas diferenças. De seguida, realiza-se o teste de normalidade da amostra para se saber se irá ser utilizado um teste (não) paramétrico.

Quadro 4 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e estado civil).

Sumário dos casos em análise

Estado civil	Casos					
	Válidos		Em falta		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Casado	15	100	0	0	15	100
Divorciado	6	100	0	0	6	100
Viúvo	41	100	0	0	41	100
Solteiro	8	100	0	0	8	100

Estado civil	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	Df	Sig.
Casado	0,453	15	0,000
Divorciado	0,407	6	0,002
Viúvo	0,345	41	0,000
Solteiro	0,455	8	0,000

Como não se verifica o pressuposto da normalidade da amostra, pois os valores da significância são inferiores a 0,005, não se pode aplicar o teste *t-student*. Neste caso, como existem mais de 2 grupos de estado civil, usaremos a alternativa do teste de Mann-Whitney, o teste de Kruskal-Wallis.

Categorias		
Estado civil	N	Média de categoria
Casado	15	22,06
Divorciado	6	36,83
Viúvo	51	39,35
Solteiro	8	40,06
Total	70	

Estatística do teste	
Bem-estar psicológico	
Qui-Quadrado	8,505
Df	3
Sig.	0,037

Tabela 9 – Teste de Kruskal-Wallis do bem-estar psicológico e o estado civil.

Numa análise à tabela 8, verificamos que existem algumas diferenças entre as classes dos casados, divorciados, viúvos e solteiros. Verificamos que os casados apresentavam menor bem-estar psicológico do que os divorciados, solteiros e viúvos. A literatura explica estas observações, ou seja, Oliveira (2013) refere que poderá existir outro suporte que não se encontra relacionado com o estado civil dos participantes,

como por exemplo o trabalho e amigos, e, por isso, os façam ter elevado bem-estar psicológico. Contudo, e apesar de a literatura sugerir que são os casados quem apresenta maior bem-estar psicológico (Neri, 2007; Medeiros & Ferreira, 2011), aqui o mesmo não ocorre. Uma justificação pode-se prender com o fato de se terem preocupado com as necessidades de uma família ou com o futuro dos seus filhos e dos seus netos, tendo sido privados (em parte ou totalmente) da liberdade para decidir a sua própria vida e fazerem e decidirem como quisessem (Silva, 2009) e desta forma apresentarem resultados inferiores de bem-estar psicológico.

Analisando os resultados obtidos pelo Teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 9), as médias das categorias variam, o que demonstra a presença de diferenças entre as classes de estado civil. Contudo, a significância é muito inferior a 0,05, o que significa que essas diferenças não são significativas.

Em suma, verificamos que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres e entre o estado civil (casado, divorciado, viúvo e solteiros), e que as faixas etárias que apresentam uma diferença significativa são as dos 70-79 e dos 80-93, sendo a primeira a que possuiu menor bem-estar psicológico.

Desta forma, poderemos afirmar que a Hipótese 1 (*O bem-estar psicológico nas pessoas idosas varia em função de variáveis sociodemográficas*) é rejeitada em parte, porque: a) os resultados observados relativamente ao sexo e estado civil dos participantes não variam; b) os valores em relação à idade variam, sendo os participantes da faixa etária intermédia (70-79 anos) quem apresenta menor bem-estar psicológico.

4.2. Qualidade de vida e variáveis sociodemográficas

Neste ponto, são apresentados os dados relativamente à qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas, ou seja, é verificado se o sexo, a idade e o estado civil dos participantes varia em função da qualidade de vida dos participantes.

Hipótese 2 – *A qualidade de vida das pessoas idosas varia em função de variáveis sociodemográficas (sexo, idade e estado civil).*

Para testar esta hipótese recorreu-se à Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD) para recolher os dados. Antes de se analisar a hipótese, vamos proceder à análise

descritiva da média, moda, desvio padrão e valores mínimos e máximos pontuados na escala. Depois, à semelhança do que fizemos para o bem-estar psicológico, criámos duas categorias para a variável qualidade de vida (qualidade de vida baixa e elevada), de modo a se proceder à análise da distribuição destes valores.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
Qualidade de vida	48	98	77,8	76	77,0	10,8

Tabela 10 – Média, moda, mediana e desvio padrão da variável qualidade de vida.

A Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD) tem uma pontuação máxima de 120 valores. Através da tabela 10, verifica-se que as pontuações dos participantes têm um valor mínimo de 48 e máximo de 98. A pontuação média das respostas é de 77,8 e o valor mais obtido (moda) é 76. O desvio padrão é 10,8, o que significa que os valores mais pontuados variam num intervalo de 10,8 valores.

Na tabela abaixo, procede-se à divisão dos resultados obtidos com a Escala Qualidade de Vida em qualidade de vida baixa e elevada. Para tal utilizou-se o valor da mediana como ponto de separação da amostra em duas partes.

Qualidade de Vida	Frequência	Percentagem (%)
Baixa	36	51,4
Elevada	34	48,6

Tabela 11 – Distribuição dos resultados de qualidade de vida.

Tendo em conta que a mediana da variável Qualidade de Vida é de 77, considera-se que um participante tem baixa qualidade de vida quando pontua, no instrumento, valores iguais ou inferiores a 77; quando tem uma pontuação superior a 77, esse indivíduo é considerado como tendo elevada Qualidade de Vida. De acordo com o quadro, cerca de 36 indivíduos tem baixa Qualidade de Vida e 34 participantes apresenta elevada Qualidade de Vida, o que corresponde 51,4% e 48,6% da amostra, respetivamente.

Qualidade de vida e o sexo dos participantes

Num primeiro momento, procede-se à distribuição dos valores de qualidade de vida baixa e elevada segundo o sexo dos participantes, como se pode observar no quadro abaixo.

Quadro 5 - Qualidade de Vida segundo o sexo dos participantes.

Qualidade de Vida	Sexo dos participantes				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Baixa	10	55,6	26	50,0	36	51
Elevada	8	44,4	26	50,0	34	49
Total	18	100	52	100	70	100

No quadro 5, observamos que, em relação ao sexo feminino, não existem diferenças entre o número de mulheres com baixa e elevada qualidade de vida (50% por 50%). Em relação aos homens, verificamos que pontuam menor qualidade de vida (55,6% contra 44,4%).

Sexo	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	df	Sig.
Masculino	0,126	18	0,200
Feminino	0,101	52	0,200

Tabela 12 – Teste de Normalidade da amostra (qualidade de vida e sexo).

Como se verifica o pressuposto da normalidade na amostra, pode-se aplicar o teste t-student para comparar a média da Qualidade de Vida nos dois sexos.

Quadro 6 – Teste t-student (qualidade de vida e sexo).

Sexo	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão médio
Masculino	18	78,28	7,699	1,815
Feminino	52	77,69	11,698	1,622

	Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste-t de igualdade de médias						
	F	Sig.						95% Intervalo de confiança	
			t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença média	Erro padrão da média	Mais baixo	Mais elevado
Igualdade de variâncias assumidas	2,087	0,153	0,198	68	0,844	0,585	2,964	-5,329	6,500
Igualdade de variâncias não assumidas			0,241	45,371	0,811	0,585	2,434	-4,316	5,487

Ao analisar os resultados do teste *t-student*, as diferenças entre as médias da Qualidade de Vida dos homens e das mulheres observadas no quadro 6 não são significativas (sig. 0,844).

Tal como observado na hipótese anterior, Neri (2007), dizia que as mulheres pontuariam igualmente resultados mais baixos na variável qualidade de vida devido à sua vulnerabilidade às doenças, às quedas, à depressão, às dores crónicas e à maior responsabilidade no cuidado de outras pessoas de idade avançada. No mesmo sentido, Jacobson, Hallberg & Wetergran (2004, cit. in Silva, 2009) e Barreto, Giatti & Kalache (2004, cit. in Silva, 2009) verificaram que as mulheres têm menor qualidade de vida, pois estão mais expostas que os homens a problemas físicos e mentais. Por fim, Kirchengast & Haslinge (2008, cit. in Silva, 2009), observaram que as mulheres têm menos qualidade de vida, porque estão dependentes da medicação, sentem-se menos seguras e menos satisfeitas consigo. Contudo, os resultados obtidos não vão encontro da literatura acerca da qualidade de vida nas pessoas de idade avançada. Os resultados no entanto são mitigados dado o número muito inferior de homens da amostra.

Qualidade de Vida e Idade

De seguida vamos analisar a distribuição dos resultados da qualidade de vida baixa e elevada segundo a idade dos participantes.

Quadro 7 - Qualidade de Vida baixa e elevada segundo idade dos participantes.

Qualidade de vida	Faixa etária dos participantes						Total	
	65-69		70-79		80-93			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixa	8	61,5	14	51,9	14	46,7	36	51,4
Elevada	5	38,5	13	48,1	16	53,3	34	48,6
Total	13	100	27	100	30	100	70	100

No quadro 7, verificamos que, no geral e comparando os dois grupos (qualidade de vida baixa e qualidade de vida elevada), a diferença é muito pequena, sendo superior a percentagem de participantes com baixa qualidade de vida (N=36; 51,4% contra N=34; 48,6%). Os adultos com idade avançada que têm menor qualidade de vida são os da faixa etária dos 65-69 anos e dos 70-79 anos. Estes resultados poderão ser justificados pela existência de uma saúde precária e/ou de percepção de instabilidade perante o futuro. Os participantes da faixa etária de 80-93 anos apresentam melhor qualidade de vida, o que poderá ser justificado pelo bom acompanhamento destas pessoas nos lares de longa permanência pelos cuidadores informais, quando nas suas residências e por esperarem também menos da vida contentam-se com menos (efeito da positividade).

Contudo, torna-se indispensável verificar se estas diferenças são estatisticamente significativas. Para isso, é necessário realizar um teste de normalidade da amostra (cf. quadro 8) por forma a optar por um teste (não) paramétrico.

Quadro 8 – Teste de Normalidade da amostra (qualidade de vida e idade).**Sumário dos casos em análise**

Idade	Casos					
	Válidos		Em falta		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
65-69	13	100,0%	0	0,0%	13	100,0%
70-79	27	100,0%	0	0,0%	27	100,0%
80-93	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

Idade	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	Df	Sig.
65-69	0,157	13	0,200
70-79	0,104	27	0,200
80-93	0,151	30	0,077

Como se verifica o pressuposto da normalidade, pois a significância nas três faixas etárias é superior a 0,05, podemos aplicar o teste ANOVA para comparar a média da Qualidade de vida nos 3 grupos etários. É utilizado o ANOVA porque são três categorias a serem comparadas.

Quadro 9 – Teste ANOVA (qualidade de vida e idade).

	Soma dos quadrados	Df	Média do quadrado	F	Sig.
Entre grupos	97,154	2	48,577	0,412	0,664
Dentro de grupos	7894,118	67	117,823		
Total	7991,271	69			

No teste do ANOVA verifica-se que não existem diferenças significativas entre as médias da Qualidade de Vida nos três grupos etários (sig. 0,281), apesar de uma apreciação geral do quadro 18 sugerir diferenças entre grupos etários.

Fernandez-Ballestens (1998, cit. in Silva, 2009) defende que a qualidade de vida depende de condições pessoais particulares como a idade e o sexo. Para além disso, Neri (2007) igualmente refere que, à medida que envelhecemos, a qualidade de vida tenderia a diminuir. Apesar de, através do ANOVA, se verificar que as diferenças entre as médias da qualidade de vida não serem estatisticamente significativas, avança-se uma justificação para aquela diferença registada no quadro 18. Seriam os participantes mais novos a apresentarem menor qualidade de vida uma vez que, os participantes desta faixa etária podem não se ter adaptado ainda à vida na reforma. Os participantes mais novos apresentam ainda muitas vezes uma situação de grande sobrecarga de cuidados quer dos netos, quer dos pais, isto após a reforma, ficando sem disponibilidade para gozar a qualidade de vida que a reforma devia trazer e isolando-os do convívio e da estimulação e compensações afetivas e sociais da vida profissional. A crise económica sobrecarrega ainda mais este grupo etário que frequentemente tem que ajudar os filhos

economicamente e, por outro lado, têm que lidar muitas vezes com as doenças dos mais velhos, comprometendo a sua qualidade de vida.

Qualidade de vida e estado civil

De seguida são apresentados e discutidos a distribuição dos valores de qualidade de vida dos participantes segundo o seu estado civil.

Qualidade de vida	Estado civil								Total	
	Casados		Divorciados		Viúvos		Solteiros		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Baixa	8	53,3	3	50,0	20	48,8	5	62,5	36	51,4
Elevada	7	46,7	3	50,0	21	51,2	3	37,5	34	48,6
Total	15	100	6	100	41	100	2	100	70	100

Tabela 13 - Qualidade de Vida segundo o estado civil dos participantes.

Na tabela 13, verifica-se que a qualidade de vida é menor nos participantes casados e solteiros, é maior nos participantes viúvos, e mantém-se igual nos divorciados. Contudo, quando analisados os valores totais de qualidade de vida, verificamos que as diferenças entre qualidade de vida baixa e elevada (51,4% contra 48,6%) não são muito superiores, não parecendo ser esta variável a responsável pela qualidade de vida dos participantes da amostra. Desta forma, torna-se importante a realização de testes (não) paramétricos, para que se possa afirmar ou não que estas diferenças são estatisticamente significativas. Mas antes é realizado um teste de normalidade da amostra.

Quadro 10 – Teste de Normalidade da amostra (qualidade de vida e estado civil).**Sumário dos casos em análise**

Estado civil	Casos					
	Válidos		Em falta		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Casados	15	100%	0	0,0%	15	100%
Divorciados	6	100%	0	0,0%	6	100%
Viúvos	41	100%	0	0,0%	41	100%
Solteiros	8	100%	0	0,0%	8	100%

Estado civil	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	df	Sig.
Casados	0,350	15	0,000
Divorciados	0,319	6	0,056
Viúvos	0,345	41	0,000
Solteiros	0,391	8	0,001

Como não se verifica o pressuposto da normalidade, pois apenas uma das significâncias é superior a 0,05, não podemos aplicar o teste *t-student*. Neste caso usaremos a alternativa não paramétrica, o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que o estado civil dos participantes se divide em mais que dois grupos.

Categorias

Estado civil	N	Média de categoria
Casado	15	36,57
Divorciado	6	33,83
Viúvo	41	36,22
Solteiro	8	31,06
Total	70	

Estatística do teste	
Qualidade de vida	
Qui-Quadrado	0,514
Df	3
Sig.	0,916

Tabela 14 – Teste Kruskal-Wallis da qualidade de vida com o estado civil.

Através do teste Kruskal-Wallis, verifica-se que existem algumas diferenças entre as médias pontuadas nos vários estados civis dos participantes, embora não muito acentuadas. Contudo, ao observarmos a estatística do teste, concluímos que essas diferenças, apesar de subtis, são fortes e estatisticamente significativas, pois o nível de significância é muito elevado (0,916).

Na tabela 13, verificamos que os participantes casados e os solteiros apresentavam menor qualidade de vida, uma observação que vai ao encontro do estudo de Neri (2007); que os viúvos apresentavam maior qualidade de vida; e que os divorciados tinham valores iguais nesta variável. A ocorrência de tais resultados pode-se justificar pelo fato de os participantes solteiros que ao avaliarem a sua vida sem filhos nem netos, ou seja, sem um legado geracional sentirem este aspeto profundamente e comprometerem a sua qualidade de vida em termos de objetivos, de investimentos e de um sentido para a vida. Já os participantes casados, poderão apresentar menor qualidade de vida, porque poderão ver a sua vida como um acumulo de responsabilidades e preocupações com o futuro, que começam a ser acentuadas agora com a crise económica, uma vez que muitos dos seus filhos, por perderem os seus empregos, regressam para casa dos pais. Os participantes viúvos podem experimentar a liberdade de viver só (Silva, 2009), sem compromissos e sem constrangimentos, dispondo do seu tempo e da sua vida, apesar da perda do conjuge. Contudo, acha-se que mais estudos devem ser feitos nesta matéria, de forma a verificar realmente a forma como a qualidade de vida se manifesta nas diferentes categorias de estado civil

Em suma, verificamos que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres e entre as 3 faixas etárias (65-69; 70-79; 80-93) na qualidade de vida. Contudo, observou-se diferenças, embora ligeiras mas estatisticamente significativas as quatro classes de estado civil (casados, divorciados, viúvos e solteiros).

Desta forma, poderemos afirmar que a Hipótese 2 (*A qualidade de vida nas pessoas idosas varia em função de variáveis sociodemográficas*) é rejeitada em parte, porque os resultados observados relativamente ao sexo e idade dos participantes não variam, o que não ocorre em relação ao estado civil dos participantes.

4.3. Bem-estar psicológico e qualidade de vida

Neste ponto, procede-se à apresentação e análise hipótese 3, onde se pretende verificar a existência de uma relação entre bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos participantes.

Hipótese 3 - *Existe uma relação entre o bem-estar psicológico e a qualidade de vida nas pessoas idosas da amostra total (G1 e G2).*

Nesta hipótese, como se referiu acima, pretende-se verificar se existe alguma relação entre o Bem-estar Psicológico e a Qualidade de Vida dos participantes da amostra, estudados na sua globalidade (N=70). Para verificar se existe essa relação recorreu-se a um estudo correlacional. Assim para tal, e dependendo da normalidade da amostra (pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov), pode-se, em função dos resultados, optar por calcular o Coeficiente de Correlação de Pearson (quando distribuição normal) ou de Spearman (quando distribuição não é normal). (cf. quadro 24).

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov
Bem-estar Psicológico	0,364
Qualidade de Vida	0,912

Tabela 15 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e qualidade de vida).

Em relação à variável Bem-estar Psicológico, o resultado do teste de Kolmogorov-Smirnov é de 0,364; na variável Qualidade de Vida é de 0,912, como se observa tabela 15. Estes resultados, uma vez superiores a 0,05, significam que a

distribuição da amostra é normal e, por isso, na relação entre as duas variáveis deve-se utilizar o coeficiente de correlação de Pearson, tal como foi nossa opção (Cf. tabela 16).

Bem-estar Psicológico X Qualidade de Vida	
	Vida
Coeficiente de correlação de Pearson	0,407
Significância	0,000

Tabela 16 – Coeficiente de correlação de Pearson do bem-estar psicológico e da qualidade de vida.

O coeficiente de correlação de Pearson varia entre -1 e 1. Quanto mais o coeficiente se aproxima destes valores, mais forte é a correlação; quanto mais se aproxima de 0 (zero), menor a correlação. Deste modo, nesta amostra o r de Pearson é de 0,407, o que significa que existe uma relação positiva fraca. Esta correlação é estatisticamente significativa, uma vez que a significância é inferior a 0,01 ($p=0,000$).

A literatura demonstra que a variável Qualidade de vida, inicialmente, estava associada ao consumo como forma de alcançar o bem-estar e é a percepção de bem-estar, ou seja, a primeira engloba em si a segunda variável, existindo uma relação entre ambas e é composta pelo bem-estar físico, mental e social. Desta forma, a literatura apoia a existência de uma relação entre estas duas variáveis (Silva, 2009). Igualmente Gomez, Gutiérrez, Castellanos, Vergara & Pradilla (2010), observaram uma elevada correlação entre bem-estar psicológico e qualidade de vida. Estas observações vão ao encontro dos resultados obtidos, uma vez que a correlação de bem-estar psicológico e qualidade de vida é estatisticamente significativa, apesar de fraca. Assim, a Hipótese 3 (*Existe uma relação entre o bem-estar psicológico e a qualidade de vida nas pessoas idosas da amostra total (G1 e G2)*) é aceite.

4.4. Bem-estar psicológico e a situação de institucionalização

Neste ponto procede-se à análise e discussão da hipótese 4, isto é, se o fato de os participantes viverem em lares de longa permanência ou na sua residência de origem faz com que o bem-estar psicológico seja diferente.

Hipótese 4 - *Quando comparados os grupos (G1 e G2), o bem-estar psicológico dos adultos em idade avançada difere em função da variável institucionalização em lar de longa permanência, sendo superior na amostra dos não institucionalizados.*

Esta hipótese pretende verificar quem apresenta maior Bem-estar Psicológico, se os participantes institucionalizados ou não institucionalizados. Para isso, iremos primeiro realizar uma análise das frequências descritivas da amostra relativamente à variável bem-estar psicológico (cf. quadro 11).

Quadro 11 – Bem-Estar Psicológico de indivíduos institucionalizados e não institucionalizados.

Bem-estar Psicológico	Situação dos participantes				Total	
	Institucionalizados		Não institucionalizados			
	N	%	N	%	N	%
Baixo	10	28,6	25	71,4	35	50
Elevado	25	71,4	10	28,6	35	50
Total	35	100	35	100	70	100

Através do quadro 11 verificamos que os participantes não institucionalizados apresentam menor bem-estar psicológico (71,4%), quando comparados com os participantes institucionalizados (28,6%). Estes resultados poderão ser explicados pelo fato de, num lar de longa permanência, os participantes institucionalizados verem as suas necessidades realizadas, seja a nível da alimentação e higiene, bem como da ocupação de tempos livres e construção de novas amizades. Contudo, é importante realizar o teste de normalidade da amostra de forma a poder-se optar por um teste (não) paramétrico. Os testes paramétricos e não paramétricos permitem verificar que as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

Quadro 12 – Teste de Normalidade da amostra (bem-estar psicológico e situação de institucionalização).

Sumário dos casos em análise

Institucionalizado	Casos					
	Válidos		Em falta		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Sim	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%
Não	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

Institucionalizado	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	df	Sig.
Sim	0,141	35	0,075
Não	0,094	35	0,200

Como se verifica o pressuposto da normalidade da amostra, uma vez que a significância dos dois grupos é superior a 0,05, podemos aplicar o teste *t-student* para comparar a média do Bem-estar Psicológico nos dois grupos, de forma a verificar se as diferenças entre as médias são estatisticamente significativas.

Quadro 13 – Teste *t-student* sobre o bem-estar psicológico e situação de institucionalização.

Estatística de grupo

Institucionalizado	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Sim	35	228,71	26,198	4,428
Não	35	210,09	13,172	2,226

	Teste de Lavene para a igualdade de variâncias		Teste-t de igualdade de médias						
								95% intervalo de confiança	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2tailed)	Diferencia média	Erro padrão da media	Mais baixo	Mais elevado
Igualdade de v.ância assumidas	4,486	0,038	3,758	68	0,000	18,629	4,956	8,738	28,519
Igualdade de variâncias não assumidas			3,758	50,157	0,000	18,629	4,956	8,674	28,583

Ao analisar o quadro 13, verifica-se que os indivíduos institucionalizados apresentam maior bem-estar psicológico quando comparados com os não institucionalizados (cerca de 75,4% para 28,6%, respetivamente). Estas observações são apoiadas pelos resultados do teste *t-student*, onde se verificou diferenças significativas entre as médias do Bem-estar Psicológico nos dois grupos (sig. 0,000), sendo a média estatisticamente superior no grupo dos idosos institucionalizados, como os estudos de Paulos (2010), uma vez que são os participantes institucionalizados quem apresenta maior bem-estar psicológico

Existem estudos que defendem que permanecer na residência de origem traz benefícios, pois o indivíduo fica na sua casa e conserva a sua autonomia (Xavier, 2004), mas, a nosso ver, depende igualmente se existem condições de saúde, de segurança nas suas residências e condições que levem à participação cívica das pessoas idosas para que haja bem-estar psicológico e qualidade de vida. Na verdade, se a pessoa estiver na sua residência mas isolada, sem condições económicas e com doença não terá elevado bem-estar psicológico e boa qualidade de vida; por outro lado, os resultados indiciam que os lares de longa permanência da amostra revelam a garantia de boas condições para os seus clientes. Neste sentido (Paulos, 2010) afirma que as redes de apoio formais são mais importantes, pois são concebidas para ajudar a pessoa idosa a nível da alimentação, higiene, saúde e conforto. Assim, a Hipótese 4 (*Quando comparados os grupos (G1 e G2), o bem-estar psicológico dos adultos em idade avançada difere em função da variável institucionalização em lar de longa permanência, sendo superior na amostra dos não institucionalizados*) é rejeitada.

4.5. Qualidade de vida e a situação de institucionalização

Nesta última hipótese pretende-se verificar se o fato de os participantes viverem em lares de longa permanência ou na sua residência de origem faz com que qualidade de vida seja diferente.

Hipótese 5 - *A qualidade de vida difere em função da variável institucionalização em lar de longa permanência, sendo superior na amostra dos não institucionalizados quando comparados com as pessoas idosas institucionalização em lar de longa permanência.*

Assim, primeiro iremos observar que participantes (institucionalizados ou não institucionalizados) apresentam maiores valores de Qualidade de Vida (cf.tabela 17).

Qualidade de Vida	Situação dos participantes				Total	
	Institucionalizados		Não institucionalizados		N	%
	N	%	N	%		
Baixo	14	40,0	22	62,9	36	51,4
Elevado	21	60,0	13	37,1	34	48,6
Total	35	100	35	100	70	100

Tabela 17 – Qualidade de Vida de indivíduos institucionalizados e não institucionalizados.

Na tabela 17, verifica-se que são os indivíduos institucionalizados que apresentam maior Qualidade de Vida (60%), quando comparados com os não institucionalizados (62,9%), indo no mesmo sentido dos resultados já encontrados na hipótese anterior. É importante, no entanto, verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas. Assim, primeiro realiza-se o teste de normalidade da amostra, para que se possa selecionar um teste paramétrico ou não paramétrico.

Quadro 14 – Teste de Normalidade da amostra (qualidade de vida e situação de institucionalização).

Sumário dos casos em análise

Institucionalizado	Casos					
	Válidos		Em falta		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Sim	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%
Não	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

Institucionalizado	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	df	Sig.
Sim	0,122	35	0,200
Não	0,146	35	0,057

Como se verifica o pressuposto da normalidade, ou seja, a significância em ambos os grupos é igual ou superior a 0,05, pode-se aplicar o teste *t-student* para comparar a média da Qualidade de Vida nos dois grupos (institucionalizados e não institucionalizados).

Quadro 15 – Teste *t-student* (qualidade de vida e situação de institucionalização).

Institucionalizado	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão médio
Sim	35	79,86	12,551	2,122
Não	35	75,83	8,315	1,406

	Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t de igualdade de médias					95% Intervalo de confiança	
			t	df	Sig. (2tailed)	Diferença médias	Erro padrão da média	Mais baixo	Mais elevado
	F	Sig.							
Igualdade de variâncias assumidas	6,180	0,015	1,583	68	0,118	4,029	2,545	-1,050	9,107
Igualdade de variâncias não assumidas			1,583	59,025	0,118	4,029	2,545	-1,064	9,121

Igualmente como no bem-estar psicológico, os estudos defendem que há benefícios para a pessoa idosa em permanecer na sua residência de origem, pois o indivíduo fica na sua casa e conserva a sua autonomia (Xavier, 2004). Contudo, os estudos não são unânimes. Assim outros estudos enaltecem a importância das redes de apoio formais, defendendo que estas são capacitadas para ajudar a pessoa idosa na alimentação, higiene, saúde e conforto (Paulos, 2010). E Coimbra & Brito (1996) observaram que não existiam diferenças na qualidade de vida dos indivíduos institucionalizados e não institucionalizados.

Numa análise geral (cf. tabela 17), verificamos diferenças entre o grupo 1 (participantes institucionalizados) e o grupo 2 (participantes não institucionalizados). Mas o resultado do teste *t-student* conclui que essas diferenças entre as médias da Qualidade de Vida não são estatisticamente significativas nos dois grupos (sig. 0,119). Assim, a Hipótese 5 (*A qualidade de vida difere em função da variável institucionalização em lar de longa permanência, sendo superior na amostra dos não*

institucionalizados quando comparados com as pessoas idosas institucionalização em lar de longa permanência) é rejeitada.

Em suma, após a apresentação, análise e discussão dos resultados, pode-se afirmar que, em relação ao bem-estar psicológico, não se verificou diferenças significativas entre participantes relativamente ao sexo e ao estado civil e que os participantes com idades entre os 70-79 anos apresentam menor bem-estar psicológico. Assim, a hipótese 1 é rejeitada em parte.

Em relação à qualidade de vida, não há diferenças significativas entre homens e mulheres nem entre as 3 faixas etárias. Contudo, foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil. Deste modo, a hipótese 2 é rejeitada em parte.

Ao tentar estabelecer uma relação entre bem-estar psicológico e qualidade de vida, verifica-se que há uma relação fraca positiva, mas estatisticamente significativa entre aquelas duas variáveis, sendo a hipótese 3 aceite.

Na hipótese 4 afirma-se que são os não institucionalizados a terem maior bem-estar psicológico. Contudo verificamos que eram os participantes institucionalizados a apresentarem maior bem-estar psicológico e que as diferenças entre os dois grupos (institucionalizados e não institucionalizados) eram significativas, logo a hipótese é rejeitada.

Por fim, na hipótese 5, afirma-se que são os participantes não institucionalizados a apresentarem maior qualidade de vida. Contudo, ao analisar os resultados verificou-se que na realidade eram os participantes institucionalizados a possuírem maior qualidade de vida. Mas apesar das diferenças entre os dois grupos, estas não eram estatisticamente significativas, logo a hipótese é rejeitada.

Capítulo V

Limitações e implicações

5.1. Limitações

Apesar do rigor e do empenho, este estudo não está isento de limitações. Em primeiro lugar, há uma limitação a nível dos estudos acerca do bem-estar psicológico e qualidade de vida nas pessoas adultos em idade avançada realizados em Portugal, e muito particularmente a nível da Região Autónoma dos Açores, o que dificilmente permite o uso de uma bibliografia e a construção de um enquadramento teórico mais específico às características da amostra.

Uma segunda limitação prende-se com a falta de adesão dos indivíduos, principalmente dos não institucionalizados para participar nesta investigação, o que acabou por restringir e dificultar este estudo, o que se pode explicar pela idade e por não encontrarem uma relação direta com benefícios para as suas vidas.

A terceira limitação prende-se com o facto de haver maior número de participantes do sexo feminino do que do masculino, o que evidencia, de uma forma prática, que a esperança de vida como é superior nas mulheres há dificuldade de se conseguir a mobilização de mais homens. Esta situação pode ter influenciado os resultados quando os dados em relação ao sexo são analisados.

A quarta limitação diz respeito à idade dos participantes, ou seja, as pessoas adultas em idade avançada apresentam, frequentemente, dificuldades funcionais, o que torna muito difícil a investigação com este público e quando existe é um processo muito moroso.

Existem outras limitações, designadamente o tempo para a investigação, que pelo facto de haver limite de tempo estipulado para uma tese confina a própria investigação; e ainda limitações da investigadora por ser trabalhadora estudante e com falta de experiência de investigação.

5.2. Implicações

Como se verificou ao longo de todo este trabalho, a população mundial encontra-se a envelhecer e torna-se cada vez mais urgente a realização de estudos desta natureza, pois permitirá o crescimento de conhecimento acerca deste processo, das suas implicações e de tudo o que lhe é subjacente, porque só assim, se poderá responder rápida e corretamente às necessidades de uma população em envelhecimento.

Com base nos resultados que se obteve neste estudo, estes evidenciam de certo modo a importância de instituições/lares de longa permanência, uma vez que são o

apoio maior que as pessoas de idade avançada têm depois da sua família. Para além disso, poderão ajudar a desmistificar mais um pouco a ideia que ainda existe de que os lares de longa permanência são sinónimo de decadência e solidão, uma vez que se verificou que as pessoas institucionalizadas tinham maior bem-estar psicológico e que não existiam diferenças na qualidade de vida dos participantes institucionalizados e não institucionalizados.

Estes resultados podem, ainda, ter importância para a formação contínua dos trabalhadores de lares de longa permanência, pois abordou-se questões que poderão ajudar a compreender um pouco melhor o bem-estar psicológico e qualidade de vida, permitindo assegurar serviços de qualidade que sejam garante do bem-estar psicológico e da qualidade de vida das pessoas idosas, sobretudo de idade avançada.

CONCLUSÕES

O século XXI é marcado pelo grande aumento da esperança média de vida e, consequentemente, pelo significativo envelhecimento da população. Este crescimento justifica-se pela melhoria considerável das condições de vida, da tecnologia e da medicina.

O envelhecimento é um processo de mudanças biológicas, psicológicas, sociológicas e cronológicas. Existem teorias que explicam este processo, nomeadamente biológicas, que consistem em alterações fisiológicas e das funções executivas; psicossociais, pois há mudanças na vida diária e nos papéis sociais; e psicológicas, alterações ao longo da vida, nas funções cognitivas, na autoestima, nos processos depressivos e na dinâmica relacional, entre outras variáveis.

Existem indivíduos cujo envelhecimento é marcado pela degenerescência e doenças crónicas (envelhecimento patológico). Contudo, são estudos como este que permitem a evolução do conceito de envelhecer, ou seja, que deixemos de o ver como algo debilitante, mas sim como um processo ativo, onde envelhecer passa a ser sinónimo de saúde, segurança e participação ativa na sociedade (envelhecimento ativo), mesmo na população institucionalizada.

Na situação económica que o país atravessa, as famílias que ainda possuem trabalho tendem a se “agarrar” às suas oportunidades de emprego, o que faz com as famílias tenham maior dificuldade em prestar cuidados às suas pessoas idosas. Para além disso, a prestação de cuidados a pessoas idosas por parte daquelas – cuidados informais – poderá trazer cansaço e esgotamento para as famílias, para quem a institucionalização surge como uma resposta válida. Assim, o envelhecimento faz com que aumente o número de lares de longa permanência. Estes trazem alguns aspetos negativos, principalmente a nível da privacidade, da partilha do espaço com desconhecidos e o luto pelo lar que deixaram e que os acolheu grande parte da vida com a marca da sua identidade, implicando em alguns casos mal-estar e pouca qualidade de vida. Em contrapartida, os lares de longa permanência possuem uma equipa especializada e capaz de proporcionar uma correta alimentação, higiene, conforto, convívio e ocupação de tempos livres. Para além disso, podem ser espaços de construção de novas amizades, de ocupação positiva do tempo e da manutenção de relações familiares sem conflitos, permitindo a vivência de bem-estar psicológico e de qualidade de vida das pessoas de idade avançada.

O progressivo envelhecimento da população torna-se, cada vez mais, um desafio. Contudo não basta apenas viver mais, também é importante viver bem, com bem-estar global e com qualidade de vida. Estes dois conceitos encontram-se associados no que se refere ao envelhecimento, pois a qualidade de vida é um indicador de condições de vida, de saúde e bem-estar.

O conceito de bem-estar, que data da Antiguidade Clássica com Aristóteles, consistia em obter prazer e evitar a dor (visão hedónica) e alcançar a realização pessoal e o funcionamento psicológico positivo (visão eudaimónica). Este conceito evoluiu ao longo dos anos e foi com Carol Ryff, que se desenvolveu um modelo de bem-estar psicológico. Trata-se de um conceito multidimensional que engloba seis dimensões: a autoaceitação, o crescimento pessoal, o estabelecimento de relações positivas, a autonomia, o domínio do ambiente e o sentido da vida.

O conceito de qualidade de vida é importante na adaptação às mudanças desencadeadas pelo envelhecimento. A forma como aquele conceito era entendido evoluiu também ao longo dos últimos anos. Se inicialmente ter qualidade de vida era conseguir conquistar bens materiais e ter crescimento económico, atualmente poderá ser entendido como a satisfação *versus* insatisfação que as pessoas têm em relação à sua vida. Assim, começaram a ser desenvolvidas políticas de bem-estar social, nomeadamente com o *welfare state*. Ainda hoje é difícil encontrar um consenso na operacionalização do conceito qualidade de vida.

Os valores elevados de bem-estar psicológico e qualidade de vida estão relacionados com a saúde, as relações interpessoais, a autonomia, o estado civil, a família, o sentido da vida e a autoaceitação.

Perante ao aumento da população envelhecida e a institucionalização, tornou-se pertinente estudar o bem-estar psicológico e a qualidade de vida e como a institucionalização influencia aquelas duas variáveis. Neste sentido, selecionou-se uma amostra na ilha de S. Miguel, constituída por 70 participantes divididos em dois grupos (35 institucionalizados e 35 não institucionalizados), com idades entre os 65 e os 93 anos, de ambos os sexos, de qualquer estado civil e que obtivessem um resultado positivo no questionário Mini Mental. Adotou-se uma abordagem quantitativa, pois para além de facilitar a análise dos resultados, também permitiu garantir o anonimato e a generalização e a comparação entre variáveis.

Após a análise dos resultados, concluiu-se que o bem-estar psicológico não variava em função do sexo e do estado civil, mas apenas da idade, sendo a Hipótese 1 rejeitada em parte.

Em relação à Hipótese 2 (*A qualidade de vida das pessoas idosas varia em função de variáveis sociodemográficas - sexo, idade e estado civil*), esta foi rejeitada uma vez que se verificou que a qualidade de vida não variava em função do sexo, da idade e do estado civil dos participantes.

Verificou-se nesta amostra que existe uma relação positiva fraca, embora estatisticamente significativa, entre as variáveis Bem-estar Psicológico e Qualidade de Vida, sendo a Hipótese 3 aceite.

Em relação à condição de institucionalização, são os participantes institucionalizados em lares de longa permanência quem apresentava maior Bem-estar Psicológico, sendo a Hipótese 4 rejeitada.

Finalmente, ainda se concluiu que não existem diferenças na qualidade de vida entre os participantes institucionalizados e não institucionalizados em lares de longa permanência na amostra estudada, sendo a Hipótese 5 também rejeitada.

Em suma, verifica-se que o bem-estar psicológico de pessoas idosas tal como a qualidade de vida nos participantes da amostra não variam em função de variáveis sociodemográficas (à exceção da idade no bem-estar psicológico). Ainda se conclui que as variáveis em estudo (bem-estar psicológico e qualidade de vida) encontram-se igualmente relacionadas positivamente. Por fim, conclui-se que os indivíduos institucionalizados apresentam maior bem-estar psicológico e que não existem diferenças entre institucionalizados e não institucionalizados relativamente à qualidade de vida.

É certo que estes resultados, dado o tamanho da amostra utilizada, não poderão ser generalizados, contudo foram ao encontro dos objetivos delineados no início desta investigação.

Acredita-se que este trabalho poderá servir como uma ponte para investigações posteriores. Para além disso, como sugestão, os futuros estudos que poderão seguir esta linha de investigação deverão ter em atenção o número da amostra e o equilíbrio de participantes por sexo, idades e estado civil. Ou seja, acredita-se que se os participantes forem selecionados quer emparelhando as amostras dos dois grupos, quer aumentando a amostra ao nível nacional será possível obter resultados mais fidedignos, pois, apesar de alcançados os objetivos a que nos propusemos, os resultados não permitem

generalização. Assim, torna-se necessário alargar o universo a ser estudado, nomeadamente para outras ilhas da Região Autónoma dos Açores e ao país.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning, *Annu. Rev. Psychol.*, 50, 471-507.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-626.
- Brown, C., & Lewis, M. (2003). Psychosocial development in the elderly: Na investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies*, 17, 415-426.
- Cabral, N. (2010). *A cidadania e o bem-estar psicológico de estudantes adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade dos Açores.
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13 (3), 188-192.
- Coimbra, J. A. J., & Brito, I. S. (1999). Qualidade de vida do idoso. *Revista Referência*, 3. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem.
- Diener, E., & Suh, M. E. (1997). Subjective well-being and age an international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton.
- Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 20 (1), 106-194.
- Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades, familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52.
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto.
- Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (EBEP). In M.R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.

- Flambó, P. (2006). *Avaliação do bem-estar psicológico em sujeitos com psoríase*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Fleck M., Chamovich E., & Trentini C. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, A. (2005). O Envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. (pp. 285-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Goffman, E. (1996). *Manicômios, prisões e conventos*. S. Paulo: Editora Perspectiva.
- Gomez, M., Gutiérrez, R., Castellanos, S., Vergara, M., & Pradilla, Y. (2010). Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Terapia Psicológica*, 28 (1), 69-84.
- Gouveia, S. (2011). *Determinantes sociais e motivacionais de entrada em lar de idosos: Um estudo na ilha Terceira*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo.
- Guerra, A., & Caldas, C. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: A percepção do sujeito idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (6), 2931-2940.
- Gutiérrez, A., Rubio, R. D. P., & Soto, F. (2010). Factores sociodemográficos y salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*, 84, 789-798.
- INE (2011). *Censos 2011: Resultados definitivos*.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: Atividades*. Porto: Âmbar.
- Lazarus, R. (1998). Coping with aging: Individuality as a key to understanding. In I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology* (pp. 109-127). Washington: American Psychological Association.
- Lemos, M. (2013). *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Conselho Económico e Social do Governo de Portugal, 4-6.

- Medeiros, T. (2013). Integration of seniors in the society: The experience of Azores (Portugal). In *Enjoy learning in a happy life old-age education and silver-haired tourism* (pp. 2-18 e 29-52). China, Guangzhou.
- Medeiros, T., & Ferreira, J. (2011). Conferência apresentada no IV Congresso Internacional Envelhecimento(s) e qualidade de vida. Universidade dos Açores, 3, 4 e 5 de novembro. Ponta Delgada.
- Natuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126.
- Neri, A. L. (Org.) (2009). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, S.P.: Papyrus Editora.
- Neri, A. L. (Org.) (2007). *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar*. Campinas, S.P.: Editora Alínea.
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic/Legis Editora.
- Oliveira, M. (2013). *Avaliação de bem-estar psicológico e da qualidade de vida em mulheres com menopausa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade Fernando Pessoa.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active ageing: A policy framework*. Acedido a fevereiro de 2014 in http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília. Acedido no dia 24 de fevereiro de 2014 in: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, Brasil.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (Coord.s) (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal, psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi Editores.

- Paulos, C. (2010). *Gestão de instituições para idosos: Qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Verlag Dashöfer Portugal.
- Pavão, S. (2013). *A identidade como o lugar de pessoas idosas institucionalizadas: Um estudo exploratório realizado em dois lares da ilha Terceira (Açores)*. Tese de Mestrado em Psicologia da Educação (Contextos Comunitários). Universidade dos Açores.
- Pereira, C. (2012). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação (Contextos Comunitários). Universidade dos Açores.
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (WHOQOL-OLD Group) (2005). Development of the WHOQOL-old module. *Quality of Life Research, 14*, 2197-2214.
- Quintela, M. (2001). O papel dos lares da 3ª idade. *Geriatrics, 136*,
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. (4ª ed.) Lisboa: Gradiva.
- Ramiro, J. (2012). *Envelhecimento e dinâmicas sociais*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Remédios, C. (2010). *O bem-estar psicológico e as competências pessoais e sociais na adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, A. (2012). *Solidão e qualidade de vida em idosos*. Dissertação de Licenciatura em Enfermagem. Faculdade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências da Saúde.
- Ribeiro, P., Neri, A., Cupertino, A., & Yassuda, M. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo o género, idade e saúde. *Psicologia em Estudo, 14* (3), 501-509.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727
- Rodrigues, L. (2008). *Qualidade de vida no idoso e envolvimento comunitário*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Rosa, M. J. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, 28 (122), pp. 679-689.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1999). Successful Aging. In K. Dychtwald (Ed.), *Healthy aging: Challenges and solutions* (pp. 27-40). Maryland: Aspen Publishers.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 360). Lisboa - Porto: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (20), 505-516.
- Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.
- Silva, J. (2010). *Funcionalidade e bem-estar psicológico em idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Âmbar.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: Algumas estratégias para a integração. *Ciências da Saúde Coletiva*, 5 (1), 187-192.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar.
- Souza, R., Matias, H., & Brêtas, A. (2010). Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (6), 1413-8123.
- Spar, E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- World Health Organization (1948). Constitution of the World Health Organization. Genebra. Acedido no dia 20 de Outubro de 2013 in: <http://www.who.int/governance/eb/who>
- Xavier, P. (2004). *Um olhar sobre o envelhecimento: Bem-estar psicológico e autonomia funcional em idosos com apoio formal*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado dos Lares de Permanência



Departamento de Ciências da Educação

Excelentíssimo Senhor Diretor do Lar António Manuel Santos
Mário Santos

Ponta Delgada, 06 de Agosto de 2013

Assunto: Pedido de colaboração para a aplicação de escalas para efeitos de recolha de dados para a realização de Tese de Mestrado em Psicologia.

Eu, Carla Patrícia Silveira Rosa Melo, portadora do Bilhete de Identidade N° 10740248, encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia da Educação, na vertente Comunitária, da Universidade dos Açores – Pólo de Ponta Delgada, com conclusão prevista para Dezembro de 2013, sob a orientação da Doutora Teresa Medeiros, professora catedrática da Universidade dos Açores.

No presente ano letivo, encontro-me em fase de recolha de dados para efetuar a minha Dissertação que tem como principal objetivo avaliar o Bem-estar psicológico e a qualidade de vida de adultos em idade avançada. Assim, venho pelo presente requerer a vossa excelência autorização para a aplicação da Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE), e de um Questionário – Investigação sobre Bem-estar e Qualidade de vida nos Lares dos Açores (*Idosos institucionalizados*)

Na esperança de que V. Exa. irá atender ao meu pedido, queira aceitar os meus cordiais cumprimentos,

A Mestranda

Carla Patrícia Silveira Rosa Melo

A Orientadora

Maria Teresa Medeiros



Departamento de Ciências da Educação

Excelentíssimo Senhor Diretor do Lar Augusto Cesar Ferreira Cabido

Eduardo Machado Ferreira

Ponta Delgada, 06 de Agosto de 2013

Assunto: Pedido de colaboração para a aplicação de escalas para efeitos de recolha de dados para a realização de Tese de Mestrado em Psicologia.

Eu, Carla Patrícia Silveira Rosa Melo, portadora do Bilhete de Identidade N° 10740248, encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia da Educação, na vertente Comunitária, da Universidade dos Açores – Pólo de Ponta Delgada, com conclusão prevista para Dezembro de 2013, sob a orientação da Doutora Teresa Medeiros, professora catedrática da Universidade dos Açores.

No presente ano letivo, encontro-me em fase de recolha de dados para efetuar a minha Dissertação que tem como principal objetivo avaliar o Bem-estar psicológico e a qualidade de vida de adultos em idade avançada. Assim, venho pelo presente requerer a vossa excelência autorização para a aplicação da Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE), e de um Questionário – Investigação sobre Bem-estar e Qualidade de vida nos Lares dos Açores (*Idosos institucionalizados*)

Na esperança de que V. Exa. irá atender ao meu pedido, queira aceitar os meus cordiais cumprimentos,

A Mestranda

Carla Patrícia Silveira Rosa Melo

A Orientadora

Maria Teresa Medeiros



Departamento de Ciências da Educação

Excelentíssimo Senhor Diretor da Santa Casa da Misericórdia de Nordeste

Eduardo Medeiros

Ponta Delgada, 06 de Agosto de 2013

Assunto: Pedido de colaboração para a aplicação de escalas para efeitos de recolha de dados para a realização de Tese de Mestrado em Psicologia.

Eu, Carla Patrícia Silveira Rosa Melo, portadora do Bilhete de Identidade N° 10740248, encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia da Educação, na vertente Comunitária, da Universidade dos Açores – Pólo de Ponta Delgada, com conclusão prevista para Dezembro de 2013, sob a orientação da Doutora Teresa Medeiros, professora catedrática da Universidade dos Açores.

No presente ano letivo, encontro-me em fase de recolha de dados para efetuar a minha Dissertação que tem como principal objetivo avaliar o Bem-estar psicológico e a qualidade de vida de adultos em idade avançada. Assim, venho pelo presente requerer a vossa excelência autorização para a aplicação da Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE), e de um Questionário – Investigação sobre Bem-estar e Qualidade de vida nos Lares dos Açores (*Idosos institucionalizados*)

Na esperança de que V. Exa. irá atender ao meu pedido, queira aceitar os meus cordiais cumprimentos,

A Mestranda

Carla Patrícia Silveira Rosa Melo

A Orientadora

Maria Teresa Medeiros

Anexo 2 – Exemplar do consentimento informado dos participantes não institucionalizados.



Declaração de Consentimento

Este estudo é realizado por uma aluna do 2º ano de Mestrado do curso de Psicologia Educacional, vertente Comunitária, da Universidade dos Açores. Tem como objetivo a recolha de informações que permitam proceder a uma avaliação dos padrões de saúde, bem-estar psicológico e qualidade de vida de cada participante da amostra. Para a avaliação das variáveis em estudo vamos aplicar a Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE), um Questionário – Investigação Bem-estar e Qualidade dos Idosos não institucionalizados.

Salientamos que o seu nome permanecerá em anonimato e que, caso seja da sua vontade, ser-lhe-á entregue no final do projeto uma cópia do mesmo em sinal de reconhecimento pela colaboração prestada no mesmo.

Julho de 2013

Eu, abaixo assinado, declaro que participo de livre vontade na atividade descrita na nota explicativa.



Declaração de Consentimento

Este estudo é realizado por uma aluna do 2º ano de Mestrado do curso de Psicologia Educacional, vertente Comunitária, da Universidade dos Açores. Tem como objetivo a recolha de informações que permitam proceder a uma avaliação dos padrões de saúde, bem-estar psicológico e qualidade de vida de cada participante da amostra. Para a avaliação das variáveis em estudo vamos aplicar o *Questionário de Sociodemográfico* (construído para o efeito), as *Escala de Bem-estar Psicológico* de Ryff (n=6) (aferidas para a população portuguesa) e a *Escala de Qualidade de Vida* da **Organização Mundial de Saúde** (WHOQOL-100).

Salientamos que o seu nome permanecerá em anonimato e que, caso seja da sua vontade, ser-lhe-á entregue no final do projeto uma cópia do mesmo em sinal de reconhecimento pela colaboração prestada no mesmo.

Julho de 2013

Eu, abaixo assinado, declaro que participo de livre vontade na atividade descrita na nota explicativa.

Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico



QUESTIONÁRIO - Investigação Bem-estar e Qualidade dos idosos

Concelho: _____ Quest. N.º | _ | _ | _ |

Investigação sobre Bem-estar e Qualidade de vida nos Açores

O presente Questionário destina-se à recolha de informação relativamente às pessoas em idade avançada na RAA.

Toda a informação recolhida é estritamente anónima e confidencial. As suas declarações e opiniões são importantes para conhecermos o seu grau de Bem-estar e Qualidade de Vida. A sua colaboração é fundamental para compreensão e melhoramento do Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida, pelo que agradecemos a sinceridade e precisão nas respostas às questões que lhe forem colocadas.

I. DADOS BIOGRAFICOS

1 - Sexo: Masculino Feminino 2 – Data de nascimento (*dia/mês/ano*) _/ _/ _

3 - Estado civil atual?

Solteiro Casado Divorciado/Separado União de facto Viúvo/viúva

4 – Institucionalizado(a)? Sim Não

Anexo 4 – Exemplar do teste Mini Mental State

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

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

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

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

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

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

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

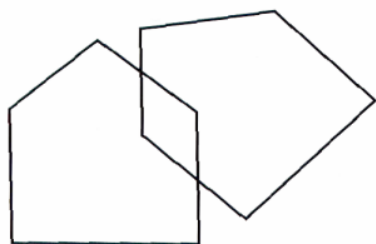
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

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



Cópia:

Nota: _____

Anexo 5 – Exemplar das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff

As frases, seguintes, dizem respeito à maneira como as pessoas costumam comportar-se, nas circunstâncias da sua vida. Para dar a sua resposta, basta fazer uma cruz (X), dentro de uma das casas, que se encontram, à frente de cada frase, às quais se encontra associada a seguinte codificação: 1 - *completamente em desacordo*, 2- *moderadamente em desacordo*, 3 - *ligeiramente em desacordo*, 4 – *ligeiramente em acordo*, 5 – *moderadamente de acordo* e 6 – *completamente de acordo*.

Questões	1	2	3	4	5	6
1 - Dá-me prazer conversar com as pessoas e trocar impressões com familiares e amigos.						
2 - Os objetivos (planos) da minha vida têm sido para mim mais uma fonte de satisfação que de frustração (desilusão).						
3 - O meu passado teve os seus altos e baixos, mas, de um modo geral, não desejaria mudá-lo.						
4 - É importante para mim dar toda a atenção aos meus amigos íntimos, quando me falam dos seus problemas.						
5 - As minhas atividades do dia-a-dia parecem-me, muitas vezes, banais e sem importância.						
6 - Eu não sou daquelas pessoas, que vagueiam, sem rumo (sem orientação), pela vida.						
7 - Não desejo procurar novas formas de vida: a minha vida está muito bem, assim (como ela está).						
8 - Há muito que eu desisti de tentar melhorar ou fazer grandes mudanças, na minha vida.						
9 - Tenho inveja da vida, que muita gente leva.						
10 - Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu.						
11 - Às vezes, tenho a impressão de ter feito tudo o que há a fazer na vida.						
12 - Tem sido difícil e desencorajante para mim manter relações estreitas com os outros.						
13 - Costumava fixar objetivos (fazer planos) para mim próprio, mas isso parece-me, agora, perda de tempo.						
14 - De um modo geral, sinto orgulho de quem sou e da vida que eu levo.						
15 - Penso que é importante ter novas experiências, que ponham à prova a						

nossa maneira de ver o mundo e a nós próprios.						
16 - A minha atitude para comigo não é, provavelmente, tão positiva (tão favorável) como a que a maior parte das pessoas têm para com elas próprias.						
17 - A maioria das pessoas considera-me um indivíduo amável e afetuoso.						
18 - Tenho a impressão de que muitas pessoas, que eu conheço, conseguiram mais coisas na vida do que eu (tiveram mais sucesso).						
19 - Há alguma verdade no ditado, que diz: “ Burro velho já não toma ensino”						
20 - Sinto-me satisfeito, quanto penso no que fiz, no passado, e no espero fazer, no presente.						
21 - Esforço-me por realizar os planos, que para mim mesmo tracei.						
22 - Com o tempo, tenho conseguido uma maior compreensão da vida, o que fez de mim uma pessoa mais capaz e mais forte.						
23 - Gosto de fazer planos para o futuro e de esforçar-me para os tornar realidade.						
24 - Quando penso nisso, acho que, como pessoa , não melhorei muito, com o passar dos anos.						
25 - Não estou interessado em atividades, que alarguem os meus horizontes (que me façam mudar).						
26 - Toda a gente tem as suas fraquezas, mas parece que eu tenho mais do que deveria caber-me em sorte.						
27 - Quando olho para o meu passado, fico contente com os resultados conseguidos.						
28 - Cometi alguns erros, no passado, mas penso que, no fim de contas, consegui sempre o melhor.						
29 - No fim de contas, não estou certo de que a minha vida tenha grande valor.						
30 - A meu ver, as pessoas são capazes de continuar a “crescer” e a desenvolver-se, em qualquer idade.						
31 - Acordo, muitas vezes, desanimado com a forma como tenho vivido a minha vida.						
32 - Costumo preocupar-me com o presente, pois, o futuro quase sempre me traz problemas.						
33 - Em geral, sinto-me confiante e satisfeito comigo próprio.						

34 - Vivo o meu dia-a-dia, sem pensar, realmente, no futuro.						
35 - Sinto-me, muitas vezes, só, porque tenho poucos amigos íntimos com quem partilhar as minhas preocupações.						
36 - Não tenho uma ideia muito clara acerca do que estou a tentar conseguir na vida.						
37 - Sou daquelas pessoas, que gostam de tentar fazer coisas novas.						
38 - Não tenho tido muitas relações calorosas (amigáveis) e confiantes com os outros.						
39 - Quando se trata de amizades, sinto-me, muitas vezes, como se estivesse a observar, de fora, para dentro.						
40 - Sinto que é difícil abrir-me (desabafar), quando falo com os outros.						
41 - As pessoas diriam que sou um indivíduo generoso, disposto a partilhar com os outros o seu tempo.						
42 - Sei que posso confiar nos meus amigos, e eles sabem que podem confiar em mim.						
43 - Não tenho muita gente disposta a ouvir-me, quando tenho necessidade de desabafar.						
44 - Para mim, a vida tem sido uma aprendizagem, um crescimento e uma mudança contínuos.						
45 - Em geral, tenho impressão de que continuo a aprender coisas, acerca de mim próprio, à medida que o tempo passa.						
46 - Gosto da maioria dos aspetos da minha personalidade (da minha maneira de ser).						
47 - Se tivesse ocasião de o fazer, gostaria de mudar muitas coisas, em mim próprio						
48 - Não me agrada encontrar-me em situações, em que tenho de mudar os meus hábitos de fazer as coisas.						
49 - Às vezes, mudo a minha maneira de agir (proceder) ou de pensar, para me tornar mais parecido com os outros.						
50 - Dá-me prazer ver como as minhas ideias têm mudado e amadurecido, com o tempo.						
51 - Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me satisfeito com o que sou.						
52 - Sinto-me satisfeito, quando penso no que já realizei na vida.						
53 - Tenho a sensação de ter uma linha de rumo (uma orientação) e um						

objetivo (um sentido), na minha vida.						
54 - Eu e os meus amigos compreendemos muito bem os problemas uns dos outros.						
55 - Sinto que lucro bastante com as minhas amizades.						
56 - Tenho a sensação de me ter desenvolvido bastante, como pessoa, ao longo dos anos. (perguntar: “sente que ao longo da sua vida se foi tornando uma melhor pessoa, que evoluiu, como pessoa?”)						

Anexo 6 – Exemplo da Escala de Qualidade de Vida

As perguntas seguintes pedem-lhe para avaliar a sua qualidade de vida. (Por favor, assinale uma opção em cada linha)

	Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Até que ponto as perdas dos seus sentidos (ex. audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam o seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Até que ponto a perda dos seus sentidos, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato ou tato afeta a sua capacidade de participar em atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Em que medida tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até que ponto sente que controla o seu futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Em que medida sente que as pessoas que o(a) rodeiam respeitam a sua liberdade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Até que ponto está preocupado(a) com a forma como irá morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Até que ponto tem medo de morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Até que ponto tem medo de sofrer dor antes de morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas seguintes pedem-lhe para que diga até que ponto, **nas últimas duas semanas**, experimentou ou foi **capaz de fazer certas coisas** como, por exemplo, sair tanto quanto gostaria. As **perguntas referem-se às duas últimas semanas**.

	Nada	Muito Pouco	Moderada mente	Bastante	Completamente
10. Até que ponto os problemas com o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, a audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam a sua capacidade de interagir/estar com os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem na vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Até que ponto sente que recebeu o reconhecimento que merece na vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Até que ponto sente que o seu dia é suficientemente preenchido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar o seu grau de satisfação relativamente a vários aspetos da sua vida, nas últimas duas semanas, por exemplo, sobre a sua participação na vida da comunidade/sociedade ou com as suas conquistas/realizações na vida. **As perguntas referem-se às duas últimas semanas.**

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
15. Até que ponto está satisfeito(a) com aquilo que alcançou na vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Até que ponto está satisfeito(a) com a forma como usa o seu tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu nível de atividade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades que tem de participar nas atividades da comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito Infeliz	Infeliz	Nem Feliz/ Nem Infeliz	Feliz	Muito Feliz
19. Até que ponto está feliz com as coisas que pode esperar daqui para a frente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito Mau	Mau	Nem Bom/ Nem Mau	Bom	Muito Bom
20. Como avalia os seus sentidos (Por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas que se seguem referem-se a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere as perguntas tendo em conta como referência um(a) companheiro(a) ou uma pessoa próxima com quem pode partilhar a sua intimidade, mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida.

	Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
21. Até que ponto sente companheirismo na sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Até que ponto sente amor na sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por outra pessoa na sua vida.

	Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23. Até que ponto tem oportunidade de amar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Até que ponto tem oportunidade de ser amado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>