

Lúcia Maria Travassos Alves

**Apoio Social, Saúde Mental e Bem-Estar em Idosos
Institucionalizados e Não Institucionalizados**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

Lúcia Maria Travassos Alves

**Apoio Social, Saúde Mental e Bem-Estar em Idosos
Institucionalizados e Não Institucionalizados**

**Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2016**

Lúcia Maria Travassos Alves

**Apoio Social, Saúde Mental e Bem-Estar em Idosos
Institucionalizados e Não Institucionalizados**

Lúcia Maria Travassos Alves

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Doutora Carla Fonte, como parte integrante dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, ramo Psicologia Clínica e da Saúde.

RESUMO

O apoio social e o bem-estar são variantes importantes para a saúde mental, em particular, quando se trata da população idosa. O presente estudo visa avaliar o apoio social, o bem-estar e a saúde mental em idosos não institucionalizados e institucionalizados.

O método utilizado é o quantitativo, tendo sido realizado um estudo descritivo-correlacional, comparativo, transversal, com uma amostra de 100 idosos: 50 institucionalizados em lar e 50 não institucionalizados, mas que frequentam o centro de dia. Os instrumentos de recolha de dados foram a Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edimburgh (WEMWBS); a Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF); a Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6); Questionário Sociodemográfico.

Genericamente, os resultados demonstram que a maioria dos participantes apresenta níveis elevados de bem-estar, nomeadamente bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social, encontrando-se maioritariamente em *flourishing*. Relativamente ao apoio social, este evidencia-se como razoável ao nível da família e baixo ao nível dos amigos.

Na análise da relação entre bem-estar, saúde mental e apoio social nos idosos em estudo, foram encontradas correlações estatisticamente significativas positivas entre todas estas dimensões, quer nos indivíduos não institucionalizados e quer nos institucionalizados.

Assim, a relação positiva encontrada entre a maioria das variáveis consideradas permite concluir que o bem-estar, a saúde mental e o suporte social se encontram relacionados.

Os idosos mais velhos, em particular os institucionalizados, são os que apresentam resultados mais baixos ao nível do bem-estar mental, emocional e suporte social.

Palavras-chave: Bem-estar; saúde mental; apoio social; idosos; institucionalização.

ABSTRACT

Social support and well-being are important variants for mental health, particularly when it comes to the elderly. This study aims to evaluate social support, well-being and mental health in institutionalized elderly and non-institutionalized.

The method used is quantitative, and is a descriptive-correlational study, comparative, cross, with a sample of 100 elderly (50 institutionalized at home and 50 non-institutionalized but who attend the day center). The data collection tools are the Mental Wellness Scale Warwick-Edinburgh (WEMWBS); Mental Health Continuum Scale (MHC-SF); Network Scale of Social Support Lubben (LSNS-6); Socio-demographic questionnaire.

Generally, the results show that most participants showed high levels of well-being, including emotional well-being, psychological well-being and social well-being, being mostly in flourishing. With regard to social support, it is evident how reasonable the family level and low-level friends.

In the analysis of the relationship between well-being, mental health and social support in the elderly under study, statistically significant positive correlations were found between all these dimensions, in both of groups.

Thus, the positive relationship found between most of the variables considered to conclude that the well-being, mental health and social support are related.

The elder participants, particularly the institutionalized were the ones that presented lower results regarding mental well-being, emotional well-being and social support.

Keywords: well-being; mental health; social support; elderly; institutionalization.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, aos meus filhos e aos meus netos.

Reinauguração

Entre o gasto dezembro e o florido janeiro,
entre a desmistificação e a expectativa,
tornamos a acreditar, a ser bons meninos,
e como bons meninos reclamamos
a graça dos presentes coloridos.
Nessa idade - velho ou moço - pouco importa.
Importa é nos sentirmos vivos
e alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza, a
exata beleza que vem dos gestos espontâneos
e do profundo instinto de subsistir
enquanto as coisas em redor se derretem e somem
como nuvens errantes no universo estável.
Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos olhos gulosos
a um sol diferente que nos acorda para os
descobrimientos.
Esta é a magia do tempo.
Esta é a colheita particular
que se exprime no cálido abraço e no beijo comungante,
no acreditar na vida e na doação de vivê-la
em perpétua procura e perpétua criação.
E já não somos apenas finitos e sós.
Somos uma fraternidade, um território, um país
que começa outra vez no canto do galo de 1º de janeiro
e desenvolve na luz o seu frágil projeto de felicidade.

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Neste espaço limitado desta secção de agradecimentos, seguramente não me permite nomear todas as pessoas que, ao longo do meu percurso académico, bem como durante o mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, me apoiaram, ajudaram direta ou indirectamente, de forma a cumprir com os objetivos a que me propus realizar.

Assim sendo, as minhas palavras serão repletas de um sentido profundo de reconhecido agradecimento:

Ao meu Pai, que não vivenciou este momento, mas que com o seu imbatível amor, me motivou a continuar sem a sua saudosa presença, guardando a certeza que estará feliz e orgulhoso.

À minha Mãe, pelos conselhos e ensinamentos fundamentais para a minha formação. Neles o sentido de persistência e determinação. Pelo amor nas palavras de encorajamento e pelo seu positivismo que me permitiu ir sempre mais além na concretização deste sonho.

Regozijo-me pelo apoio incondicional dos meus Filhos que souberam, com o seu constante otimismo e confiança, encorajar e motivar a prosseguir nesta jornada.

Aos Diretores Técnicos das Instituições, que possibilitaram a realização deste projecto, pela sua disponibilidade, colaboração e incentivo.

À minha Supervisora de Mestrado, Professora Doutora Carla Fonte, expresso o meu carinhoso agradecimento, pela motivação, orientação e apoio pleno, que sem dúvida elevaram os meus conhecimentos científicos. E pelo facto, de me ter integrado no grupo de investigação, devo salientar a confiança e sentido de responsabilidade que sempre depositou em todas as fases do projeto.

Um agradecimento muito especial pela contribuição fundamental dos Utentes das Instituições que participaram voluntariamente no meu estudo.

Aos meus Colegas de Curso, um muito obrigada pela amizade e companheirismo, suporte e motivação.

Aos Amigos que foram capazes de entender a minha falta de disponibilidade e pelo incentivo na prossecução do meu objetivo.

E por fim, a todos os que não referi mas que também me incentivaram.

A Todos Vós, Muito Obrigada!

ÍNDICE

RESUMO	IV
ABSTRACT	V
DEDICATÓRIA.....	VI
AGRADECIMENTOS	VII
ÍNDICE.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XII
INTRODUÇÃO.....	1
1.ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO E APOIO SOCIAL	4
1.1. O Envelhecimento	4
1.1.1. Conceito de Envelhecimento	4
1.1.2. O Idoso Institucionalizado.....	7
1.2. O Apoio Social nos Idosos	10
1.2.1. O Conceito de Apoio Social	10
1.2.2. A Rede Social nos Idosos	14
1.2.3. Solidão e Isolamento nos Idosos.....	20
1.3. Síntese Integrativa	22
CAPÍTULO II – BEM-ESTAR E SAÚDE MENTAL POSITIVA	24
3.1. Bem-Estar.....	24
3.1.1. Bem-Estar Hedónico/Subjetivo	25
3.1.2. Bem-Estar Eudaimónico/Psicológico	26
3.1.3. Bem-Estar Social	27
3.2. A Saúde Mental e a Saúde Mental Positiva nos Idosos.....	28
3.3. Síntese Integrativa	33
2.ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	35
CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....	36
4.1. Método e Tipo de Estudo	36
4.2. Objetivos do Estudo	36

4.3. Universo e Amostra de Estudo	37
4.4. Instrumentos de Recolha de Dados	41
4.4.1. Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)	42
4.4.2. Escala <i>Continuum</i> de Saúde Mental (MHC-SF).....	43
4.4.3. Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6).....	44
4.4.4. Questionário Sociodemográfico	45
4.5. Procedimentos	45
4.6. Procedimentos Estatísticos	47
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	48
5.1. Apresentação dos Resultados	48
5.1.1. Caracterização do Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social dos Idosos	48
5.1.2. Análise da Relação entre Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social nos Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados.....	49
5.1.3. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados.....	51
5.1.4. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Sexo nos Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados	53
5.1.5. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Estado Civil em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados.....	55
5.1.6. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Escolaridade nos Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados	56
5.1.7. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Descendência em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados	58
5.1.8. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Dependência em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados.....	59
5.1.9. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Faixa Etária em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados	61
5.2. Discussão dos Resultados.....	64
CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS.....	86

APÊNDICES	87
Apêndice 1 – Pedido de Autorização para Utilização da Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben <i>et al.</i> (2006)	88
Apêndice 2 – Consentimento Informado	89
Apêndice 3 – Carta de Pedido de Autorização para a Recolha de Dados	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. As quatro principais influências da saúde mental.....	30
--	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Conceitos Relacionados com o Apoio Social.....	11
Tabela 2: Características do Apoio Social.....	13
Tabela 3: Sintomas de Saúde Mental Positiva.....	32
Tabela 4: Características Sociodemográficas da Amostra.....	39
Tabela 5: Características do Agregado Familiar.....	40
Tabela 6: Motivo de Frequência.....	41
Tabela 7: Consistência Interna das Escalas Utilizadas.....	42
Tabela 8: Bem-Estar dos Idosos (WEMWBS).....	48
Tabela 9: Saúde Mental dos Idosos (MHC-SF).....	48
Tabela 10: Estados de Saúde Mental dos Idosos (MHC-SF).....	49
Tabela 11: Apoio Social dos Idosos (LSNS-6).....	49
Tabela 12: Correlações de Spearman entre Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social nos Idosos não Institucionalizados.....	50
Tabela 13: Correlações de Spearman entre Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social nos Idosos Institucionalizados.....	51
Tabela 14: Comparação das Medidas Utilizadas entre o Grupo de Idosos não Institucionalizados e o Grupo de Idosos Institucionalizados.....	52
Tabela 15: Teste de Associação/Independência para os Estados de Saúde mental dos Idosos não Institucionalizados e dos Idosos Institucionalizados.....	53
Tabela 16: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função do Sexo.....	54
Tabela 17: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos Institucionalizados em Função do Sexo.....	54
Tabela 18: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função do Estado Civil.....	55
Tabela 19: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos Institucionalizados em Função do Estado Civil.....	56
Tabela 20: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função da Escolaridade.....	57
Tabela 21: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos Institucionalizados em Função da Escolaridade.....	57

Tabela 22: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função da Descendência.....	58
Tabela 23: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos Institucionalizados em Função da Descendência.....	59
Tabela 24: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função da Dependência.....	60
Tabela 25: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função da Dependência.....	60
Tabela 26: Teste de Associação/Independência para a faixa etária dos Idosos não Institucionalizados e dos Idosos Institucionalizados	61
Tabela 27: Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados e Institucionalizados em Função da faixa etária.....	62
Tabela 28: Comparação das Medidas Utilizadas por faixa etária entre o Grupo de Idosos não Institucionalizados e Institucionalizados.....	62
Tabela 29: Estatísticas Descritivas para as Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados e Institucionalizados por faixa etária.....	63
Tabela 30: Teste de Associação/Independência para os Estados de Saúde mental dos Idosos nas diferentes faixas etárias por condição de Não Institucionalizado e Institucionalizado.....	63
Tabela 31: Teste de Associação/Independência para os Estados de Saúde mental dos Idosos não Institucionalizados e dos Idosos Institucionalizados por faixa etária.....	64

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um dos fenómenos demográficos que mais preocupa as sociedades atuais (INE, 2011), devido ao envelhecimento da população portuguesa. De acordo com dados estatísticos, a proporção de portugueses com mais de 65 anos duplicou e, se em 1960 era de 8%, em 2011 era de 19%, sendo Portugal um dos países com maior índice de envelhecimento, (Gonçalves & Carrilho, 2006 *cit. in* Pereira, 2013; INE, 2011).

A preocupação em compreender melhor o processo de envelhecimento e as dimensões que podem contribuir para o envelhecimento bem-sucedido e ativo, como o bem-estar, a saúde mental e o apoio social, têm sido alvo de atenção e ganho destaque em áreas como a da Saúde Mental, da Psicologia Social, da Gerontologia e na investigação sobre o processo de envelhecimento (Novo, 2003; Paúl *et al.*, 2003) e este estudo não é exceção. Aliás, Fontaine (2000) explica que o envelhecimento bem-sucedido está associado a três grandes grupos de condições: baixa probabilidade de ter doenças que provoquem a perda de autonomia; manutenção de um elevado nível funcional no que diz respeito à dimensão cognitiva e física; e, conservação do empenho social e bem-estar (Fontaine, 2000), o que reforça a ideia de que o apoio social e o bem-estar são variantes fundamentais na saúde mental, em particular, quando se trata da população idosa.

Assim, o grande objetivo deste estudo é avaliar o apoio social, o bem-estar e a saúde mental em idosos institucionalizados e não institucionalizados, constituindo-se metas específicas a alcançar, as seguintes: caracterizar o bem-estar, a saúde mental e o apoio social dos idosos; analisar a relação entre bem-estar, saúde mental e apoio social nos idosos institucionalizados e não institucionalizados; analisar as diferenças no bem-estar, saúde mental e apoio social em idosos institucionalizados e não institucionalizados; analisar das diferenças no bem-estar, saúde mental e apoio social em função de fatores sociodemográficos, nomeadamente sexo, estado civil, escolaridade, dependência, descendência e faixa etária.

No que concerne à organização da dissertação, esta encontra-se estruturada em duas partes – enquadramento teórico e estudo empírico – sendo dividida em capítulos.

O capítulo I e o capítulo II integram a primeira parte e apresentam um quadro conceitual que aborda o envelhecimento e o apoio social, bem como o bem-estar e saúde mental positiva, tendo sempre em consideração a população idosa.

Nos capítulos III e IV é apresentada a metodologia de investigação, ou seja, o método e o tipo de estudo, os objetivos e a amostra do estudo, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos, bem como os resultados obtidos e sua discussão. Para terminar, tecem-se as considerações finais e as principais conclusões do estudo.

1.^a PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO E APOIO SOCIAL

1.1. O Envelhecimento

1.1.1. Conceito de Envelhecimento

Por muito tempo, o envelhecimento foi percebido como algo patológico (Moniz, 2003), contudo, foram vários os autores que contribuíram para um maior e melhor conhecimento desta etapa normal do ciclo vital do indivíduo. Hoje, o envelhecimento é entendido como uma etapa do desenvolvimento humano com características e valores próprios, que varia de indivíduo para indivíduo e ocorre a diferentes níveis. O nível biológico, referente à vulnerabilidade da pessoa; o nível psicológico, reflete a capacidade de adaptação do indivíduo e, ainda o nível social, que reflete os papéis sociais atribuídos ao idoso (Figueiredo, 2007). Nos indivíduos “que exercitam intelectualmente e praticam exercício físico regular as funções biológicas e psíquicas podem resistir por muito mais tempo ou até melhorar com a idade” (Serra, 2006, p. 31). Neste sentido, o envelhecimento é um processo complexo, universal, individual, gradual e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem com a passagem do tempo (Bolander, 1998; Fonseca, 2006; Lima 2010; Moniz, 2003; Neto & Monteiro, 2008; Pimentel, 2005; Santos, 2002)

Santos (2002), ao pronunciar-se sobre o processo de envelhecimento, identifica três fases sucessivas do envelhecimento: a fase do idoso, onde este é capaz de satisfazer as suas necessidades, verificando-se alterações ao nível social, resultado da entrada na reforma; na fase de senescência, onde ocorrem alterações, maioritariamente, físicas; e, na fase da senilidade, na qual as funções cognitivas deixam de estar no seu pleno e o idoso torna-se dependente na realização de quase todas ou todas AVD (atividades da vida diária).

Atendendo à dimensão biopsicossocial do ser humano, nenhum indivíduo tem a mesma experiência de envelhecimento, não tem o mesmo ritmo, nem a cronologia é a mesma. Cada pessoa é única e possui características diferenciadoras a nível biológico e da estrutura da personalidade, não se esquecendo a influência da interação com o meio ambiente (Spar & La Rue, 1998; Fontaine, 2000). Neste sentido, a identificação das

mudanças associadas à idade ocorridas no funcionamento biológico, psicológico e social do idoso é algo extremamente complexo, pois estas três dimensões interagem entre si, sendo difícil diferenciar a variância que corresponde a cada uma (Figueiredo, 2007).

Assim sendo, o envelhecimento biológico decorre da vulnerabilidade crescente do indivíduo e da maior probabilidade de morrer (senescência). Está associado às alterações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos (sistemas circulatório, respiratório, sensorial e neurológico), resultando numa redução gradual da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático (Figueiredo, 2007). A redução abrupta desta capacidade resulta na diminuição da reserva funcional e consequentemente, aumenta a suscetibilidade do idoso a doenças crónicas.

Por sua vez, o envelhecimento psicológico refere-se ao processo de tomada de decisão, estímulos que definem a autorregulação do idoso mediante a adaptação ao processo de senescência. Incide no funcionamento cognitivo do indivíduo, bem como na sua personalidade (Figueiredo, 2007).

Por fim, mas não menos importante, o envelhecimento social subordina-se aos papéis sociais em relação às expectativas da sociedade sobre os idosos, envolvendo a capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida (Figueiredo, 2007). Ao nível das modificações sociais, assiste-se à entrada na reforma e às mudanças a nível familiar (os filhos, já adultos, têm as suas próprias casas). A respeito do envelhecimento social, Zimmerman (2000) sublinha que este provoca uma mudança no *status* da pessoa idosa, assim como no seu relacionamento com os outros em função da crise de identidade, das mudanças de papéis familiares, profissionais e sociais, da reforma, das perdas e da diminuição dos contactos sociais. De facto, no envelhecimento social uma das perdas que a pessoa sofre é a nível produtivo, pois a pessoa deixa de trabalhar, no entanto, os papéis conjugais permanecem, com a exceção da viuvez e do divórcio, que exige a adaptação a novos papéis (Freitas *et al.*, 2007). Segundo Freitas *et al.* (2007) os papéis que permanecem são os de pais, de amigos e vizinhos, contudo, estes também sofrem mudanças.

O envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento humano e tem sido alvo de várias investigações, pelo que conceitos como o de envelhecimento bem-sucedido e de

envelhecimento ativo são dois conceitos que assumem cada vez mais importância na área de gerontologia, bem como na investigação sobre o processo de envelhecimento (Paúl *et al.*, 2003). O conceito de envelhecimento bem-sucedido tem sido alvo da investigação com idosos, surgindo associado a três grandes grupos de condições: baixa probabilidade de ter doenças que provoquem a perda de autonomia; manutenção de um elevado nível funcional no que diz respeito à dimensão cognitiva e física; e, conservação do empenho social e bem-estar (Fontaine, 2000).

O envelhecimento bem-sucedido remete para um envelhecimento saudável que tem em conta fatores psicológicos, sociais e ambientais. O envelhecimento ativo tem o objetivo primordial de estimular e melhorar a qualidade de vida, entendendo o envelhecimento à luz da cultura e do género, visando a otimização de condições de saúde, participação e segurança, na medida em que se reconhece que, além dos cuidados com a saúde, outros fatores afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Carvalho, 2013; Jacob, 2007; Paúl *et al.*, 2003).

Entendido o conceito de envelhecimento, é também importante compreender o que é a velhice e velho, termos da mesma família que assumem diferentes significados. Por exemplo, os termos velhice e envelhecimento são muitas vezes confundidos como sinónimos mas na verdade, não o são (Fontaine, 2000).

A velhice, que se inicia sensivelmente aos 65 anos, caracteriza-se pela entrada do indivíduo na reforma e pela perda de vários papéis, traduzindo-se num estágio da vida com várias funções – rever e avaliar o curso da vida, encontrar um novo equilíbrio entre si e a sociedade, desempenhar novos papéis (a nível social, ocupacional e familiar), formar uma perspetiva sobre a morte e resolver o conflito entre integridade e desespero, devendo-se ter em consideração a interação entre os fatores cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais, ou seja, foca-se nas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas (Erikson, 1998; Figueiredo, 2007; Freitas *et al.*, 2007; Osório, 2007; Schneider & Irigaray, 2008).

Explicar o que é a velhice implica referir que esta etapa faz-se sentir a três níveis distintos: somático, psicológico e social. Assim sendo, ao nível somático a velhice manifesta-se através de, por exemplo, a calvície, que é mais frequente nos indivíduos do género masculino, mas também se podem apontar os cabelos brancos e a redução da

capacidade motora e funcional. As alterações psicológicas refletem-se na solidão e tristeza, por exemplo e, as alterações sociais referem-se ao aumento das perdas de amigos e familiares, à redução dos papéis sociais, à entrada do indivíduo na reforma, entre outros.

Voltando a atenção para o conceito de velho, Zimmerman (2000, p. 19) explica que “velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi”. Para esta autora o velho é *um mais*, pois o termo refere-se a uma pessoa que já vivenciou mais, experienciou mais, que tem mais anos de vida, mais doenças crónicas, mais preconceitos, mais tempo disponível e mais perdas (Zimmerman, 2000).

No fundo o velho representa uma pessoa que já viveu muito e que por isso, adquiriu experiência de vida, tendo uma história.

De facto, a investigação tem-se preocupado em estudar as mudanças associadas ao envelhecimento e as suas causas, no entanto, estas modificações, sejam elas normais ou patológicas, são ainda uma questão por responder (Figueiredo, 2007). Depois de explicitado o conceito de envelhecimento e as mudanças que nele ocorrem os conceitos de velhice e velho. O objetivo do ponto que se segue é abordar o processo de institucionalização do idoso.

1.1.2. O Idoso Institucionalizado

A institucionalização não é um momento fácil da vida do idoso e geralmente, quando este “passa a precisar de apoio e a rede familiar está incapacitada para dar resposta a esta necessidade, surge a institucionalização como a opção mais viável e o lugar do idoso nessa rede de interação e solidariedade familiar fica também comprometido” (Ferreira, 2009, p. 10).

Por institucionalização entende-se um processo “de duas vertentes: enquanto recurso à prestação de serviços sociais em internamento do idoso num lar e, simultaneamente, como uma vivência de perdas, traduzidas em estados depressivos, sintomáticos da relação do idoso com a forma com que o mesmo se adapta ao ambiente

institucional” (Cardão, 2009, p.11). Este processo representa para o idoso o afastamento do ambiente sociocultural, ou seja, o afastamento dos familiares, dos amigos e da vizinhança e este afastamento, pode ainda ser potenciado pela perda do cônjuge. Paúl e Fonseca (2005) sublinham mesmo, que há medida que o tempo avança os amigos vão morrendo, e o idoso vai ficando com menos amigos e, ou este reorganiza a sua rede social, ou então esta vai degradar-se.

Além disso, a mudança de um ambiente familiar para um ambiente desconhecido e que não é a própria casa, pode provocar sentimentos de ameaça à segurança, falta de privacidade, intimidade e autonomia (Fernandes, 2002). Para a maioria dos idosos, a casa é o foco do seu dia-a-dia (Rioux, & Werner, 2011) e a entrada num lar implica, de facto, um conjunto de alterações na vida do idoso e é tendência dos idosos institucionalizados, que não mantêm uma relação com a instituição onde vivem, desenvolver mecanismos de defesa com o objetivo de se salvaguardarem e protegerem (Mallon, 2000). A par de todas as mudanças que a institucionalização acarreta para o idoso, há ainda a necessidade de um processo de adaptação para que este beneficie de uma velhice bem-sucedida (Carvalho, & Dias, 2011).

A institucionalização do idoso pode acontecer por variados motivos, sendo que alguns já aqui foram apontados. A perda de amigos e familiares, a perda do cônjuge, os problemas de saúde física e com défices cognitivos e o abandono, podem levar à institucionalização do idoso. Assim, manter o idoso em casa ou institucionaliza-lo num lar, por exemplo, exige uma avaliação do grau de dependência do idoso, perceber qual o apoio que necessita e quais as capacidades da família (seja a nível de disponibilidade, seja a nível económico) (Pimentel, 2005).

Em alguns casos, a institucionalização do idoso é a única solução, pois os familiares mais próximos, geralmente os filhos, seja por constrangimentos pessoais como profissionais, não podem cuidar do idoso, em particular, quando estes necessitam de cuidados específicos (Pimentel, 2005). Contudo, “a contribuição da família para com este grupo etário é tão importante, que se defende que nenhuma instituição possa substituir a família na prestação de apoio ao idoso” (Imaginário, 2008, p. 69).

Segundo o Instituto da Segurança Social (s/d, p. 2) deve haver “um aproveitamento das sinergias que se desenvolvem no contexto do Lar Residencial tendo

em consideração os clientes, os colaboradores, a estrutura e o funcionamento” e para que isso se suceda, é necessária uma intervenção pautada por diversos critérios de qualidade. Nesta ordem de ideias, de acordo com a referida entidade, são critérios de qualidade (Instituto de Segurança Social, s/d, pp. 2-3):

- A garantia do exercício da cidadania e do acesso aos direitos humanos dos idosos, compreendendo a individualidade e personalidade de cada um, criando um ambiente que facilite a interação, a criatividade e a resolução de problemas por parte destes, bem como um clima de segurança afetiva, física e psíquica;
- O desenvolvimento e estabelecimento de relações entre o idoso e todos os intervenientes (colaboradores internos e externos, voluntários, etc.) com ética, respeito pelos direitos e deveres, profissionalismo, rigor e qualidade;
- O respeito pelas diferenças dos idosos e familiares (género, socioeconómicas, religiosas, culturais, sexuais), assim como pelo seu projeto de vida, hábitos, interesses, necessidades e expectativas;
- A promoção do envolvimento e estabelecimento de uma parceria e articulação estreita com o idoso e a família, corresponsabilizando-a no desenvolvimento de atividades/ações no âmbito dos serviços prestados;
- A participação na gestão do Lar Residencial, desde o planeamento, monitorização à avaliação das atividades.

A instituição deve disponibilizar aos utentes, neste caso ao idoso, todas as condições necessárias, sendo regidas por regras e normas orientadoras que visam zelar pelo idoso e pelo seu bem-estar, prestando serviços de saúde, sociais, cuidados básicos, de educação, de animação e lazer. Atendendo ao Manual de Processos-Chave do Lar Residencial, a instituição deve entender o idoso como um ser afetivo e ativo, que tem um projeto de vida e o direito de ser respeitado na sua identidade e individualidade, pelo que os seus serviços devem ser personalizados e adaptados a cada um, tendo em conta as suas necessidades, expectativas, potenciais de desenvolvimento, criando oportunidades para a sua otimização (Instituto da Segurança Social, s/d). Além disso, a

instituição deve organizar dinâmicas de trabalho que estimulem a comunicação dos sentimentos e a formulação de posicionamentos pessoais por parte do idoso e primar por um ambiente calmo, flexível e responsável.

A institucionalização do idoso não pode ser associada a uma conotação negativa, pois esta comporta vantagens tanto para a família como para o próprio idoso, pois como refere Portugal (2011) cada vez mais os idosos, e também os seus familiares, procuram respostas sociais como o Lar de Idosos enquanto alternativa para as vulnerabilidades e limitações como a doença, a dependência e o isolamento que podem surgir na velhice.

Por um lado, possibilita o acesso a cuidados de higiene e conforto, bem como de saúde e de alimentação, mas por outro, exige do idoso um esforço de adaptação e socialização (Cardão, 2009). Atualmente tem-se noção das exigências e consequências que os cuidados ao idoso podem comportar, em certos casos, para a família e em particular, na vida do cuidador principal (Veríssimo, 2001). O grande desafio reside em manter a identidade do idoso e não destruir as relações familiares e de afinidade (Mallon, 2000).

1.2. O Apoio Social nos Idosos

1.2.1. O Conceito de Apoio Social

A literatura que versa sobre o tema do apoio social não só reflete a pluralidade do conceito, mas também a sua diversidade terminológica o que, por um lado, coloca em destaque a sua abrangência concetual, mas por outro, dificulta a sua concetualização coerente e universal (Martins, 2005). De acordo com Barrón e Moreno (2001), não existe ainda uma definição clara, precisa e consensual de apoio social.

Na Tabela 1 é possível observar-se a explicação alguns conceitos relacionados com o conceito de apoio social a fim de reduzir a confusão com outros conceitos e, por outro lado, proporcionar m maior entendimento sobre o próprio conceito de apoio social.

Tabela 1

Conceitos Relacionados com o Apoio Social (Gottlieb & Bergen, 2010)

Conceitos	Descrição
Apoio Social	Os recursos sociais que as pessoas percebem estar disponíveis, ou que são efetivamente prestados por não profissionais no contexto de ambos os grupos de apoio formais e informais das relações de ajuda.
Rede Social	Unidade de estrutura social composta de relações sociais do indivíduo e os laços entre eles.
Integração Social	A medida em que um indivíduo participa em interações sociais, públicas e privadas
Apoio Funcional	Os variados tipos de recursos que fluem através dos laços sociais da rede.
Apoio Estrutural	O número e padrão de laços sociais diretos e indiretos que cercam o indivíduo.
Tipos de Suporte	Emocional, instrumental, informacional, companheirismo e estima.
Apoio Percebido	Crença do indivíduo sobre a disponibilidade dos variados tipos de apoio.
Apoio Recebido	Relatos sobre os tipos de apoio recebidos
Apoio Adequado	Avaliações da quantidade e/ou qualidade do apoio recebido.

Nota Fonte: Adaptado de Gottlieb, B. & Bergen, A. (2010). Social supports concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511-520.

Ao definirem apoio social, vários autores colocam a ênfase no seu caráter interativo, referindo que este apoio se efetiva através das interações sociais, trocas interpessoais e redes de relações, que têm a finalidade de fortalecer o bem-estar dos seus membros, envolvendo a comunicação de informação, estima, ajuda, compreensão, afeto e afirmação (Barrón, 1996; Khan & Antonucci, 1980 *cit. in* Guzmán *et al.*, 2003); Letourneau *et al.*, 2004; Martins, 2005; White *et al.*, 2009).

O apoio social tem grande impacto em muitos aspetos da vida dos idosos (Covita, 2012), sendo um meta-constructo multidimensional que se refere à totalidade dos recursos fornecidos por outras pessoas, compreendendo três dimensões que se inter-relacionam: os recursos da rede de apoio (a qual é constituída pelos membros aos quais o indivíduo recorre para solicitar ajuda); os comportamentos de apoio (dizem respeito às diferentes formas de prestar ajuda à pessoa); e, as apreciações de apoio (avaliações ou valorações subjetivas, face aos comportamentos de apoio disponíveis) (Castro *et al.*, 1997; Vaux, 1988). Este constructo refere-se aos recursos sociais que a pessoa sabe que tem disponíveis, podendo traduzir-se em provisões instrumentais e/ou expressivas, percebidas ou efetivas que são prestadas por pessoas dos grupos de apoio formais e das relações de ajuda informais (Lin, 1986 *cit. in* Guadalupe 2008; Cohen *et al.*, 2000 *cit. in* Gottlieb & Bergen, 2010).

O apoio social pode ser entendido como a ajuda emocional, instrumental e financeira obtida a partir de uma rede social (Berkman *et al.*, 2000), compreendendo aspectos qualitativos e comportamentais entre os quais:

- Apoio emocional, que inclui expressões de carinho, amor e afeição;
- Apoio instrumental ou material, que envolve ajudas concretas, necessidades materiais, ajuda na realização de trabalhos práticos e ajuda financeira;
- Apoio de informação, que compreende informações (orientações, aconselhamento) que podem ser utilizadas para lidar com os problemas e resolvê-los;
- Interação social positiva, refere-se à disponibilidade de pessoas com quem se pretende divertir.

Também Serra (1990) identifica seis tipos de apoio social, sendo eles: afetivo, emocional, perceptivo, instrumental, informativo e através da convivência. Para House (1981 *cit. in* Israel, 1985) o apoio social integra quatro classes de comportamentos ou ações de apoio como: o apoio emocional (por exemplo, o afeto, a preocupação e a estima); o apoio de avaliação (por exemplo, o *feedback*, a afirmação); o apoio informacional (por exemplo, aconselhamento); e, o apoio instrumental (por exemplo, ajuda financeira). Na opinião de Barrón (1996), ao nível funcional, o apoio social pode traduzir-se em três tipos de apoio principais:

- O apoio emocional, que promove sentimentos de bem-estar subjetivo (Barrón, 1996). Este tipo de apoio compreende comportamentos e ações num “clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio” (Sluzki, 1996 *cit. in* Guadalupe, 2008, p. 84), bem como carinho, confiança, sentimentos associados à família e preocupação com o outro (Guzmán *et al.*, 2003);
- O apoio tangível também é designado de apoio material ou instrumental. Este tipo de apoio traduz-se num conjunto de ações ou materiais que são proporcionados por outro com a finalidade de facilitar a realização de tarefas do quotidiano, efetivando-se quando o indivíduo percebe esta ajuda como adequada (Barrón, 1996);
- O apoio informativo, o qual se subordina ao processo pelo qual o indivíduo recebe conselhos que o ajuda a compreender o seu mundo ou a adaptar-se às suas condições (Barrón, 1996).

Na Tabela 2 que se segue, são apresentadas as características do apoio social tendo em conta a perspetiva estrutural, a perspetiva funcional e a perspetiva contextual (Bárron, 1996).

Tabela 2

Características do Apoio Social (Barrón,1996)

Perspetivas	Características
Perspetiva Estrutural	- tamanho da rede - densidade - reciprocidade - homogeneidade
Perspetiva Funcional	- apoio emocional - apoio material ou instrumental - apoio informacional - características dos participantes
Perspetiva Contextual	- momento em que se dá o apoio - duração - finalidade

Nota Fonte: Retirado de Barrón, A. (1996). *Apoio social: Aspectos teóricos y aplicaciones* (pp. 15-16). Madrid: Siglo XXI.

Concluindo, o apoio social é um elemento central na promoção e manutenção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido (Paúl, 2005), conceitos estes já abordados no subcapítulo anterior, sendo várias as investigações que demonstram que as relações sociais contribuem para a melhoria da saúde do idoso e que influenciam positivamente o seu bem-estar psicológico, diminuindo efeitos negativos do *stress*, reduzindo os sintomas físicos e psicológicos, bem como na manutenção do equilíbrio emocional (Bowling, Farquhar & Browne, 1991; Cukrowicz *et al.*, 2008). Assim sendo, o apoio social é um processo dinâmico e complexo, que envolve interações e trocas de comportamentos e ações que implicam afeto, expressão de sentimentos, aconselhamento, entre outros, e é fundamental para o idoso institucionalizado e não institucionalizado, ajudando-os a ultrapassar as suas necessidades sociais e a adaptarem-se às suas novas condições de vida.

1.2.2. A Rede Social nos Idosos

O ser humano é um ser social pelo que não foi concebido para viver na solidão (Ussel, 2001) e nesta ordem de ideias, as redes de apoio social são fundamentais para os idosos institucionalizados, em particular, para a sua qualidade de vida e, “não somente pela melhoria das condições objetivas devido ao fornecimento de apoios materiais e instrumentais, mas também pelo impacto significativo do apoio emocional, que parece ser um elemento chave na qualidade de vida dos idosos que experimentam papéis sociais significativos” (Guzmán *et al.*, 2003 *cit. in* Covita, 2012, p. 5).

As pessoas, nesta fase da vida, estão sujeitas a alterações ao nível dos papéis sociais que desempenham – familiar, laboral e redes sociais –, e o envelhecimento social implica transformações ao nível dos papéis sociais, exigindo do idoso uma capacidade de ajustamento e adaptação à nova realidade da vida (Figueiredo, 2007). Assim sendo, as redes sociais assumem aqui um papel de relevo, dada a sua função de apoio social, emocional ou instrumental, tendo um efeito protetor, capaz de evitar o *stress* associado ao envelhecimento, bem como promover a qualidade de vida dos idosos (Maia, 2002; Neto & Monteiro, 2008; Paul, 2005).

A rede social refere-se ao conjunto de pessoas com quem um sujeito mantém relações, envolvendo laços específicos e aspetos quantitativos e estruturais das relações humanas e os aspetos qualitativos como o apoio percebido, o conteúdo e a avaliação das relações com outras pessoas significativas (Fazenda, 2008; Neto & Monteiro, 2008; Sousa *et al.*, 2004).

A literatura mostra dois tipos de redes sociais: a rede social primária e a rede social secundária. Na rede primária, as interações sociais têm uma natureza afetiva e uma dimensão não institucional, referindo-se a relações familiares, de amizade e vizinhança (Guadalupe, 2010). Por seu turno, as redes sociais secundárias referem-se ao conjunto de pessoas unidas por uma mesma função num contexto institucional, ou seja, refere-se aos elementos da rede com os quais se estabelece relações num contexto formal e com objetivos funcionais (Guadalupe, 2010). Estas podem ainda ser distinguidas em formais ou informais, dependendo do seu nível de organização, de estruturação, dos objetivos e das relações estabelecidas (Guadalupe, 2010).

O envelhecimento da população é um dos fenómenos demográficos que mais preocupa as sociedades modernas (INE, 2011) e a população portuguesa segue estas tendências nas últimas décadas, constatando-se que a proporção de pessoas com mais de 65 anos duplicou, tendo passado de 8%, em 1960, para 17%, em 2005 (Gonçalves, & Carrilho, 2006 *cit. in* Pereira, 2013) e, para 19%, em 2011, data em que residiam em Portugal 10.561.614 habitantes (INE, 2011). Os Censos 2011 revelam que, nos últimos 10 anos, o índice de dependência total aumentou, consequência do aumento do índice de dependência dos idosos, o qual subiu, sensivelmente, para 21% no referido período (INE, 2011). O índice de envelhecimento também aumentou, sendo que em 2011 era de 129, o que se reflete numa população portuguesa mais idosa, sendo de referir que, em 2001, eram 85 os municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100, em 2011, a mesma situação verifica-se em apenas 45 (INE, 2011).

Os dados apresentados no *website* da PORDATA confirma a tendência já demonstrada nos dados estatísticos do INE, constatando-se que, em 1981, eram 45,4 os idosos por cada 100 jovens, em 2001, para cada 100 jovens haviam 101,6 idosos e em 2011 e 2014, verificou-se o mesmo, 125,8 idosos e 138,6 para cada 100 jovens, respetivamente¹. Em 2011, a população idosa rondava os 1.992.034 idosos (18.9% da população portuguesa) e, em 2014, o número de idosos aumentou para 2.087.505 (equivalente a 20.1% da população)².

Atendendo à realidade portuguesa, dados estatísticos demonstram que a população idosa tem vindo a aumentar (Gonçalves, & Carrilho, 2006 *cit. in* Pereira, 2013) e, atualmente, um terço dos idosos encontra-se na região Norte, Centro e Lisboa (Pereira 2013).

No relatório final sobre o envelhecimento da população em Portugal verifica que, no que diz respeito ao apoio mais especificamente, 33% das pessoas tem apoio de instituições como a Casa do Povo, o Centro de Dia, a Junta de Freguesia e a GNR (Guarda Nacional Republicana), devido à falta de apoio nas questões referentes à higiene pessoal e da casa, a situações de saúde, de isolamento e a solidão (Chau *et al.*,

¹ Informação retirada do Website da PORDATA, disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal>.

² Informação retirada do Website da PORDATA, disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-7013>.

2012). No mesmo relatório é perceptível que, quando necessitam de apoio e de serem acompanhados, 43% dos idosos refere ter o apoio de familiares, 16% o de amigos e familiares, 22% o de vizinhos e amigos e 13% o apoio dos funcionários das instituições (Chau *et al.*, 2012).

Decorrente do aumento da população idosa, também as respostas sociais para esta população se foram alargando e, se por muito tempo o lar de idosos foi a única resposta social para estes e implicava a sua institucionalização, atualmente existem outras respostas sociais como o centro de dia, o serviço de apoio domiciliário, o centro de convívio e, o acolhimento familiar (ANJE, s/d). Assim, assiste-se a um aumento do numero de equipamentos sociais e serviços entre 1991 e 1998, sendo que em 1991, em relação aos equipamentos sociais, haviam 566 lares e 22 residências e, face aos serviços haviam 575 serviços de apoio domiciliário, 811 centros de dia e 171 centros de convívio. Em 1998 todos estes números aumentaram significativamente, passando a ser 848 lares, 56 residências, 1329 serviços de apoio domiciliário, 1314 centros de dia, 287 centros de convívio e 52 serviços de acolhimento familiar (que surgiu em 1995, com 38) (ANJE, s/d).

Em 2009, as valências de serviço de apoio domiciliário, lar de idosos e centro de dia representavam, aproximadamente, 90% das respostas sociais para idosos e 88% dos idosos (SERGA, 2011). Tendo em conta todas respostas sociais existentes e as diversas naturezas jurídicas que podem assumir (pública, privada sem fins lucrativos e privada com fins lucrativos), em 2009, Portugal tinha 41.750 respostas sociais direcionadas para idosos (97,5%) e pessoas adultas em situação de dependência (2,5%): Centro de dia – 27%; Centro de convívio – 7%; Serviço de Apoio Domiciliário – 38%; Lar de Idosos – 35%; Residência – 1%; Apoio Domiciliário Integrado – 2%; Unidade de Apoio Integrado, Centro de Noite, Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário Dependência – 0% (SERGA, 2011).

Com as diversas modificações psicológicas e fisiológicas, derivadas do processo de envelhecimento, a pessoa idosa passa a ter uma menor intervenção na vida social e, aos poucos, a família transforma-se no apoio social mais relevante (Nina & Paiva, 2001; Zarit, Pearlin, & Schaie, 1993). Esta é para muitos o centro de apoio recebido e prestado e, segundo vários autores (Pimentel, 2005; Paúl, 2005; Qualls, 2000), o cenário mais

adequado e aquele que é um modelo para qualquer idoso que pretenda viver de forma equilibrada, é a permanência no contexto familiar e social.

Vários estudos investigam a relação entre o apoio familiar e o bem-estar dos idosos, sendo visível a relação existente entre ambos. Em Portugal, Chaves (2015) realizou um estudo exploratório focado na avaliação do contexto e nos contactos familiares percebidos pelos idosos institucionalizados e da sua relação com o bem-estar subjetivo, verificando que afetos negativos, a vida marital e viver com filhos, têm um impacto negativo na satisfação com a vida. Na mesma linha, os estudos realizados por Carvalho e Dias (2011) e Silva (2009) demonstram a relação existente entre bem-estar e apoio familiar, pelo que as primeiras verificaram que os idosos participantes se encontravam satisfeitos com a instituição, contudo, insatisfeitos e tristes face ao contexto familiar, à falta de autonomia, à existência de doenças e outras limitações físicas e a segunda, destaca a existência de relações e diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e bem-estar psicológico. Também Correia (2009) procurou caracterizar a qualidade de vida e bem-estar percebido pelos idosos, e identificar os fatores que condicionem a mesma, tais como, relações significativas entre apoio social e qualidade de vida percebida. De facto constatou que os idosos que recebiam apoio, formal ou informal, demonstravam graus de satisfação elevados mas apenas percecionavam a sua qualidade de vida como razoável, não tendo verificado diferenças significativas entre estes e aqueles que não usufruíam de qualquer tipo de apoio. Queirós (2012) verificou que os níveis de depressão geriátrica estão associados à percepção de satisfação com o suporte social.

Imagínario (2008), ao estudar a integração do idoso na família, verificou que o grau de dependência exerce uma influência negativa na integração do mesmo, sendo que a integração familiar diminui com o grau de dependência elevada e com os anos de dependência.

Além da família, a rede de amigos assume também um papel de relevo na vida do idosos, sendo uma escolha voluntária feita pelo indivíduo e potencialmente mais positiva do que a rede familiar, já que cada um escolhe os seus amigos em função dos seus gostos, interesses e aspetos comuns e atividades conjuntas, o que não acontece com a família (Guzmán *et al.*, 2003; Paúl, 2005).

Para Barros (1994, 2002 *cit. in* Guzmán *et al.*, 2003) e Fernandes (2000), os amigos são uma fonte secundária de apoio e a quem o indivíduo recorre mediante determinadas necessidades, sendo ainda mais importantes no caso de pessoas idosas que têm poucas ou nenhuma relações familiares substituindo, muitas vezes, com vantagens, as relações de dependência pais-filhos.

Os amigos são de facto uma importante fonte de apoio social do idoso, sendo uma fonte de autoafirmação, valorização do eu, autopercepção, intimidade, aceitação e proteção contra o mundo, tendo um impacto significativo no seu bem-estar subjetivo, já que é com os amigos que se partilham intimidades, se recebe apoio emocional, se têm oportunidades de socialização e até, apoio instrumental (Paúl, 1997).

Internacionalmente, é de referir o estudo realizado por Boen (2012) que, ao estudar a importância do apoio social nas associações entre angústia psicológica e os fatores somáticos e sociodemográficos nos idosos que vivem em casa, encontrou uma forte associação entre o apoio social e sofrimento psicológico, que a associação entre deficiências físicas e angústia psicológica, ajustada ao apoio social, foi um pouco reduzida e, que a falta de apoio social e os problemas de saúde somáticos estão associados à angústia psicológica nos idosos, com a falta de apoio social a ter um efeito direto na angústia psicológica.

Phatchanan (2013) apresenta um estudo realizado na Tailândia e que foca a satisfação com a vida na população idosa, objectivando analisar os efeitos de saúde e apoio social na satisfação com a vida, entre três grupos de idosos tailandeses (60-69, 70-79 e a partir de 80 anos) e entre o indivíduo do género masculino e o do género feminino. Os resultados demonstraram que as pessoas mais velhas e com níveis baixos de saúde mental apresentam menor satisfação com a vida e os idosos com índices mais baixos de saúde percebida, apresentaram valores mais baixos na satisfação com a vida, especialmente entre os idosos com 70-79 anos. Quanto à diferença em função do género, o investigador verificou que, tanto os indivíduos do género masculino, assim como, do género feminino, com níveis mais baixos de saúde percebida ou índices mais baixos de saúde mental, apresentaram por sua vez, menor satisfação com a vida.

Outros estudos (Bisconti & Bergeman, 1999; Cockerham, 1991; Pruchno, Burant & Peters, 1997) que destacam a importância do apoio familiar na saúde e bem-estar do

idoso, amenizando os efeitos do stress nos idosos. Kendler *et al.* (2001) e Matud (2004) apontam vários fatores que contribuem para o stress, sendo que nas mulheres os fatores mais comuns, são os problemas familiares, a doença, a baixa confiança e as dificuldades ao nível da rede social, por sua vez nos homens os fatores mais comuns são os problemas laborais, a perda de emprego, problemas legais, assaltos e separação ou divórcio.

Para terminar, outro estudo pertinente para a presente investigação é o realizado por Oni (2010), onde explora os tipos específicos de relações sociais informais, familiares e com amigos, formadas em lares de idosos procurando também perceber como cada relação afeta a saúde do idoso, particularmente no que diz respeito à solidão e à depressão. Os resultados indicam que o apoio de amigos é um fator de confiança para prever níveis de solidão e depressão.

Como já se referiu anteriormente, são vários os estudos que relacionam temas como a saúde mental, bem-estar, qualidade de vida e apoio social em idosos e alguns deles foram aqui apresentados de forma sucinta. Além de se dar a conhecer alguns estudos pertinentes e que auxiliam a investigação, estes também permitem destacar a importância da mesma, uma vez que é seu objetivo avaliar o suporte social, o bem-estar e a saúde mental em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Resumindo, o apoio social assume um papel fundamental na vida do idoso, esteja ele institucionalizado ou não, e a família é a principal fonte deste apoio. Neste sentido, é de salientar que “o cuidado familiar prestado a idosos continua a ser de extrema importância para o bem-estar dos mais velhos, mesmo nas sociedades desenvolvidas atuais, onde continua a ser a família a assumir a imensa maioria das tarefas de apoio” (Paúl, 2005, p. 283). De facto, se há duas etapas em que o ser humano necessita do apoio da família é na infância e na velhice, havendo fortes evidências da associação das relações familiares harmoniosas e equilibradas ao conforto emocional na pessoa idosa (Gonzalez, Andrade & Veia, 2001). Sequeira (2010) destaca também a importância da manutenção da pessoa idosa no contexto familiar, sendo de lembrar que, atualmente, dadas as circunstâncias sociais, as famílias são mais pequenas e há um envelhecimento significativo da população, o que demonstra que se vive num novo contexto familiar (Inouye *et al.*, 2010).

1.2.3. Solidão e Isolamento nos Idosos

Rossel, Herrera e Rico (2004) explicam que a solidão é uma das queixas mais referidas pelos idosos, devido à saída dos filhos para o mercado de trabalho, à chegada da reforma e à viuvez, acontecimentos que provocam sentimentos de solidão. Ao estarem institucionalizados, os idosos podem sentir-se sozinhos e desenvolver uma depressão e o sentir-se sozinho pode estar relacionado com o suporte social, pois não tendo o devido apoio familiar e social, pode contribuir para que os idosos se sintam sozinhos e isolados.

Segundo Melo e Neto (2003), o lar de idosos não é a resposta mais adequada quando se pretende ou se deseja um final de vida tranquilo, já que em grande parte dos casos os idosos têm dificuldade em dividir um espaço que, para eles, deveria ser apenas deles, sentindo que estão a ser invadidos por estranhos. Além disso, para os mesmos autores, quando são obrigados a partilhar o quarto com outras pessoas, pode ser um acontecimento ou uma situação incomodativa referindo que, ao sentirem que estão a envelhecer, sentindo que já não são úteis, não tendo uma vida ativa, os idosos podem sentir que são “fardo” (Melo & Neto, 2003).

O apoio social é importante para ajudar o idoso a combater o isolamento, sentimentos de solidão, de luto, sendo que a incapacidade física, entre outras incapacidades, como as demências senis, contribuem para o isolamento social e à depressão do idoso (Lopes, Lopes & Camara, 2009). Por exemplo, no caso de pessoas com demências, muitas delas encontram-se institucionalizadas, o que não descarta o envolvimento da família, que é crucial para apoiar o idoso, para não o fazer sentir-se abandonado ou esquecido. De acordo Lopes, Lopes e Câmara (2009), a solidão provoca um sentimento de vazio interno, justificado por fatores psicológicos e sociais já que são eles que desencadeiam estados emocionais e comportamentais negativos como a depressão.

No caso dos idosos, “a solidão, o isolamento, ao significarem uma rarefação das relações sociais e um vazio afetivo, funcionam como fatores stressantes, obrigando a um esforço de superação, muitas vezes vivido através de comportamentos agressivos, de grande ansiedade ou de depressão” (Monfort, 2001 *cit. in* Quaresma, 2004, p. 46).

Importa também chamar à atenção de que solidão e isolamento não são sinónimos. A solidão corresponde a um sentimento muito pessoal e subjetivo, não havendo sinais ou sintomas observáveis (Victor & Boldy, 2005), sendo também encarada como uma consequência natural do curso de vida (Egea *et al.*, 2004).

Para Perlman e Perplau (1982 *cit. in* Neto & Monteiro, 2008, p. 85), a solidão consiste numa “experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa não é satisfatória”, podendo ter diversas causas, nomeadamente, perda do cônjuge, ou exclusão social. Esta é uma experiência subjectiva, desagradável para o indivíduo, que pode não estar relacionada com o isolamento objectivo e que resulta de alguma forma, de um relacionamento deficiente” (Perlman & Perplau, 1982 *cit. in* Neto, 2000) e, reflecte uma discrepância entre o tipo de relações sociais que se deseja e o tipo de relações sociais que se tem” (Neto, 2000, p. 322). Existem inúmeras causas para a solidão, podendo apontar-se desde fatores demográficos, como o aumento da esperança média de vida (Monk, 1988 *cit. in* Paúl, 1997). a eventos de vida, como a perda do cônjuge ou alguém significativo para a pessoa (Peplau & Perlman, 1982 *cit. in* Neto & Monteiro, 2008).

Para Morales e Moya (1996 *cit. in* Neto & Monteiro, 2008) a solidão está relacionada com as características da personalidade do indivíduo (introversão, timidez, ansiedade, tendência à depressão), com a baixa autoestima, com dificuldades nas competências sociais (comportamento tímido nas relações sociais) e com características sociodemográficas (idade, estado civil).

No que diz respeito ao isolamento social, Cornwell e Waite (2009) referem que existem duas formas isolamento social: a desconexão social, que se caracteriza pela falta de contato com os outros, resultando em interação social escassa e falta de participação em atividades sociais; e, o isolamento percebido, que está associado à experiência subjetiva de um défice de recursos sociais (por exemplo, companheirismo e apoio). O isolamento social remete para o afastamento (Maia, 2002), podendo tratar-se de um afastamento físico ou psicológico.

1.3. Síntese Integrativa

O envelhecimento era do ponto de vista histórico entendido, como algo patológico (Moniz, 2003), quase como se de uma doença se tratasse. Contudo, tem sido alvo de inúmeros estudos e já é sabido que se trata de uma etapa do ciclo vital do ser humano e por estas razões, não pode ser vista como um fim de vida, mas sim como uma etapa com características e valores particulares e onde se começa a perceber o mundo com um novo olhar (Neto & Monteiro, 2008).

O envelhecimento comporta consigo diversas alterações desde ao nível biológico, psicológico e social, desenvolvendo-se ao longo de três etapas que sucedem umas às outras: a fase do Idoso, a fase de Senescência e, a fase da Senilidade. É um processo comum a todos os indivíduos, mas que cada um vivencia de forma única, pois este decorre de forma distinta de indivíduo para indivíduo (Pimentel, 2005; Santos, 2002). Daí que se caracterize por ser universal mas, ao mesmo tempo, individual (Bolander, 1998). Por sua vez, a velhice é um estágio da vida que visa a resolução do conflito entre integridade e desespero (Erikson, 1998) e envolve fatores cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais (Schneider & Irigaray, 2008).

Como ficou perceptível ao longo de todo o capítulo, o apoio social é extremamente importante para o idoso, esteja ele institucionalizado ou não, já que vivencia um processo que acarreta várias mudanças na sua vida, permitindo fortalecer o seu bem-estar e por isso, tem um grande impacto na vida do mesmo (Covita, 2012). Este meta-construto, como descrito por Vaux (1988), envolve três dimensões – os recursos da rede de apoio, os comportamentos de apoio, as apreciações de apoio – e remete para as interações e trocas interpessoais que se traduzem em ajuda, afeto e afirmação (Khan & Antonucci, 1980 *cit. in* Guzmán *et al.*, 2003).

O apoio social pode traduzir-se em ajuda emocional, instrumental e financeira, ajuda esta que é obtida a partir de uma rede social (Berkman *et al.*, 2000), sendo um elemento fundamental na promoção e manutenção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido (Paúl, 2005). O envelhecimento bem-sucedido aponta para um envelhecimento saudável e que envolve fatores psicológicos, sociais e ambientais e o envelhecimento ativo é mais abrangente e integra o processo de envelhecimento na cultura e no género,

salientando várias determinantes como os serviços sociais e de saúde e o ambiente físico, sendo apoiado pela participação social e segurança (Paúl *et al.*, 2003).

De acordo com Almeida (2008), considerando em exclusivo o fator idade, os idosos podem ser classificados em 3 grupos: velho-jovem (65-74 anos), velho-médio (75-84 anos), velhos-velhos (mais de 85 anos). Apesar de cada indivíduo experienciar o envelhecimento de formas distintas, existe uma tendência para a diminuição da qualidade de vida à medida que a idade avança, o que afeta a satisfação com a vida e o bem-estar (Rodrigues, 2011). A rede de relações sociais, onde se incluem as familiares tende a estar mais preservada nos idosos mais jovens, pois cessaram há relativamente pouco tempo o contacto com o mundo do trabalho, que se constitui como uma rede de relações sociais importante. Nos idosos mais velhos, principalmente nos que estão institucionalizados a rede de relações sociais do passado degrada-se muito rapidamente e é difícil restituí-la. Segundo Almeida (2008) existe uma relação importante entre o suporte social prestado pela família e pelo núcleo de relações sociais (e.g. amigos, colegas de trabalho) que contribui para o bem-estar do idoso, bem como para a sua saúde mental. A degradação destas redes de apoio, o passar dos anos e a institucionalização são agentes transformadores que contribuem para a perda de qualidade de vida, diminuição da satisfação com a vida e dos níveis de bem-estar mental e psicológico.

São várias as investigações que demonstram que as relações sociais contribuem para a melhoria da saúde do idoso: influenciam positivamente o seu bem-estar psicológico; diminuem os efeitos negativos do *stress*; reduzem os sintomas físicos e psicológicos; e, auxiliam na manutenção do equilíbrio emocional (Bowling, Farquhar & Browne, 1991; Cukrowicz *et al.*, 2008). Desta forma, pode dizer-se que também as redes sociais assumem um papel de relevo na vida do idoso, não só porque melhoram a qualidade de vida do idoso no que diz respeito ao apoio material e instrumental, mas também pelo apoio emocional que prestam ao idoso nos vários papéis sociais que este desempenha (Guzmán *et al.*, 2003 *cit. in* Covita, 2012). Assim, o apoio por parte de amigos e familiares ao longo da adaptação aos novos papéis que o envelhecimento implica é fundamental para o idoso.

CAPÍTULO II – BEM-ESTAR E SAÚDE MENTAL POSITIVA

3.1. Bem-Estar

O conceito de bem-estar, intimamente relacionado com o de felicidade (Albuquerque & Lima, 2007), tem sido o alvo de inúmeras investigações realizadas em diversas áreas desde a Saúde Mental, à Psicologia Social e à Gerontologia (Novo, 2003) e é também um conceito chave na noção de saúde (Siqueira & Padovam, 2008).

O interesse na compreensão deste conceito tão complexo remonta à Antiguidade Clássica mas, de acordo com Smith (2001), este conceito ganhou novos contornos desde meados do século XX, pois antes o conceito de bem-estar remetia, apenas, para a ideia de disponibilidade de bens materiais, como comida, ter dinheiro suficiente, uma casa com condições satisfatórias, entre outros. Nos dias de hoje, o entendimento de bem-estar “relaciona-se, também, com dimensões menos tangíveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si)” (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003, p. 365). O campo das Ciências Humanas, em particular, tem-se dedicado a desvendar os processos que estão presentes nas experiências de vida felizes, de forma a promover vidas e sociedades com maior bem-estar (Albuquerque & Lima, 2007).

De acordo com García-Viniegras e Benitez (2000, *cit. in* Monte, 2014), o bem-estar surge das avaliações entre as expectativas e as realizações dos indivíduos.

Para outros autores, “o bem-estar compreende o resultado dinâmico das avaliações dos indivíduos acerca das suas relações, as suas condições de vida e o meio envolvente” (Gómez, Gutiérrez, Castellanos, Vergara & Pradilla, 2010; Keyes, 2006b, *cit. in* Monte, 2014, p. 11).

O bem-estar tem sido perspectivado a dois níveis: em primeiro, ao nível do desenvolvimento do adulto e ao nível da saúde mental e em segundo, ao nível em relação a aspetos psicossociais, à qualidade de vida e à satisfação com as condições e circunstâncias de vida (Novo, 2003). Desta forma, é importante abordar o conceito de bem-estar psicológico, associado ao eudaimonismo, e de bem-estar subjetivo, associado ao hedonismo, na medida em que se tratam de aspetos internos relativos a cada

indivíduo (Veenhoven, 2005). Para Waterman (1993) o bem-estar hedônico surge associado à ideia de felicidade, relaxamento, sentimentos positivos, assim como a uma ausência relativa de problemas, o bem-estar eudaimônico associa-se ao ser em mudança, ao exercício do esforço e à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal. Nesta ordem de ideias, o bem-estar deve ser entendido como um fenómeno multidimensional que inclui o bem-estar hedônico, bem como o bem-estar eudaimônico (King & Napa, 1998; McGregor & Little, 1998). Estes dois constructos têm o mesmo objeto de estudo, contudo, as suas origens, percursos e orientações são diferentes (Novo, 2003) e tanto a perspetiva hedónica, como a perspetiva eudaimónica, são cruciais no estudo do conceito de bem-estar (Ryan & Deci, 2001), assim como a perspetiva social, que são abordadas em seguida.

3.1.1. Bem-Estar Hedónico/Subjetivo

Ao bem-estar hedônico surge associado a outros conceitos como felicidade, satisfação com a vida, estado de espírito, afeto positivo e afetos negativos, experiências emocionais, podendo ser entendido como uma avaliação subjetiva da qualidade de vida ou como a avaliação que o indivíduo faz da sua vida tendo em conta valores, necessidades e sentimentos pessoais, desprezando os valores universais ou a qualidade do funcionamento psicológico (Monte, 2014; Novo, 2003).

Também designado de subjetivo ou emocional, entende o bem-estar como a felicidade subjetiva e a procura de experiências de prazer ou de equilíbrio entre o afeto positivo e o afeto negativo, estando relacionado com a compreensão das avaliações que o sujeito faz da sua vida e as quais integram reações emocionais face aos acontecimentos de vida e da satisfação com a mesma (Diener & Chan, 2011; Diener *et al.*, 1999; Diener, 2000; Lucas & Diener, 2008; Siqueira & Padovam, 2008). De facto, já que só o indivíduo pode relatar as suas experiências, faz todo o sentido dizer que estas avaliações são, na verdade, autoavaliações e que se fundamentam nas suas expectativas, valores e emoções e que estão organizadas em pensamentos e sentimentos sobre a sua existência (Diener & Chan, 2011; Lucas & Diener, 2008).

O bem-estar hedónico implica julgamentos cognitivos e reações emocionais e por isso, integra duas dimensões sendo elas a dimensão cognitiva, que se refere à satisfação com a vida e à avaliação global da vida, e a dimensão emocional (ou afetiva), que se refere aos afetos positivos e negativos e às reações a acontecimentos de vida (Lucas & Diener, 2008; Martin, 2002; Siqueira & Padovam, 2008). De acordo com Lima, Silva e Galhardoni (2008), os seguintes fatores podem influenciar o bem-estar subjetivo na velhice: ter maior esperança média de vida; possuir bons níveis de saúde física e mental; altos níveis de satisfação com a vida; controlo nas dimensões sociais; sentido de produtividade, participação e realização de atividades; auto-eficácia cognitiva; *status* social; possuir bons recursos económicos; continuidade dos papéis familiares e ocupacionais; manutenção das relações sociais informais e das redes de relações.

3.1.2. Bem-Estar Eudaimónico/Psicológico

O bem-estar eudaimónico, ou psicológico, foca-se no que significa viver uma boa vida, entendendo o bem-estar como a efetivação do potencial humano (Ryan, Huta & Deci, 2008; Ryff, 1995) e o seu grande objetivo assenta na operacionalização da dimensão do funcionamento psicológico positivo, dimensões com origem nos sistemas teórico-clássicos, como os de Jung, Rogers e Maslow, e nos modelos de concetualização do desenvolvimento adulto como os de Allport, Neugarten e Jahoda (Novo, 2003). Fundamentando-se no contributo de vários teóricos, Monte (2014) refere que as teorias desenvolvidas no âmbito do bem-estar eudaimónico, centram-se no desenvolvimento e crescimento pessoal, nos estilos e formas como o indivíduo enfrenta os desafios da vida, no esforço e interesse por conseguir o que deseja, no reconhecimento e na realização do real potencial individual.

Na opinião de Paúl (2005), o bem-estar psicológico tem presentes dimensões como a congruência entre aspirações e realizações, o afeto (tanto positivo como negativo) e, talvez, a felicidade. Por sua vez, outros autores (Ryan, Huta & Deci, 2008; Siqueira & Padovam, 2008) identificaram seis dimensões do bem-estar eudaimónico, sendo elas: a autoaceitação, um aspeto de extrema importância na saúde mental e que se traduz num elevado nível de autoconhecimento, bom funcionamento, maturidade e uma avaliação positiva de si e da sua vida; o relacionamento positivo com outras pessoas,

dimensão que se refere à capacidade de ter relações íntimas e de proximidade, as quais assentam na empatia, na confiança, no afeto e na intimidade e na capacidade de amar; a autonomia, dimensão que dota o indivíduo de individualidade e autoridade pessoal, estando associada à autodeterminação; o domínio do ambiente, dimensão que se refere à capacidade do indivíduo para estar em ambientes adequados às suas características, desejos, necessidades e valores; o propósito de vida, associado aos objetivos e metas que o indivíduo estabelece, dando sentido à sua vida; e, por fim, o crescimento pessoal que se traduz na necessidade permanente de evolução e aprimoramento pessoal (Monte, 2014).

Portanto, o bem-estar eudaimónico é uma construção pessoal, que consiste no desenvolvimento psicológico do indivíduo (Arriagada & Salas, 2009) e as dimensões apresentadas estão associadas a outras componentes como a gratidão, o altruísmo, o perdão, a autoestima, entre outros (Ruini & Fava, 2013).

3.1.3. Bem-Estar Social

Além do bem-estar hedónico e do bem-estar eudaimónico, é importante referir o bem-estar social, pois também é fundamental para a saúde mental do indivíduo. O ser humano é, por natureza, um ser social.

Keyes (1998) explica que o bem-estar social é uma avaliação das condições e do funcionamento do indivíduo na sociedade, sendo medido com base em dois contínuos – negativo e positivo – e, analisados a três níveis: individual, interpessoal e social (Keyes & Shapiro, 2004).

A identificação das dimensões do bem-estar social foram da responsabilidade de Keyes (1998), sendo elas: a integração social, a aceitação social, a contribuição social, a atualização social e, a coerência social.

A integração social está relacionada com a avaliação da qualidade das relações que o indivíduo tem, não só com a sociedade, mas também com a comunidade, por sua vez, a aceitação social está associada à interpretação da sociedade com base no caráter e nas qualidades dos outros indivíduos como uma categoria generalizada (Monte, 2014).

A terceira dimensão do bem-estar social é a contribuição social e traduz-se numa avaliação do próprio valor do indivíduo para a sociedade, surgindo associada ao sentimento de utilidade. Segundo Monte (2014, pp. 24-26), suportando-se em vários autores, a atualização social, “refere-se à crença de que a sociedade e as instituições da mesma consistem em entidades dinâmicas que trabalham no sentido de realizar metas e objetivos da comunidade”. Por último, a coerência social é uma dimensão que corresponde à perceção de qualidade, organização e funcionamento do mundo social (Monte, 2014).

Resumindo, se o bem-estar hedónico se foca nas emoções e o bem-estar eudaimónico no funcionamento das potencialidades, o bem-estar social preocupa-se com a relação do indivíduo com a sociedade e o ambiente que o envolve.

3.2. A Saúde Mental e a Saúde Mental Positiva nos Idosos

A saúde é um assunto de extrema importância para o indivíduo e para a sociedade e defini-la não é tarefa fácil, aliás, na literatura que versa sobre o tema é possível encontrar uma vasta gama de definições de saúde. Então, antes de mais, o que é a saúde?

A saúde traduz “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Trata-se de um conceito multidimensional (Cavill, Biddle & Sallis, 2001, *cit. in* Oliveira, 2004), que é dinâmico e válido para todas as idades. Neste ponto do trabalho, é dada particular atenção à saúde mental nos idosos.

O envelhecimento comporta consigo diversas alterações da mais diversificada ordem, é marcado pela perda de papéis que podem resultar em solidão e isolamento social, no surgimento de problemas de saúde, o que tem impacto na saúde mental do idoso (Ordem dos Enfermeiros, s/d).

O conceito de saúde mental surgiu na psiquiatria, “onde os indivíduos eram considerados ou doentes mentais ou mentalmente saudáveis” (Monte, 2014, p. 4) e

atualmente tem vindo a ganhar destaque, particularmente, através da Psicologia Positiva (Matos *et al.*, 2010; Ruini & Fava, 2013).

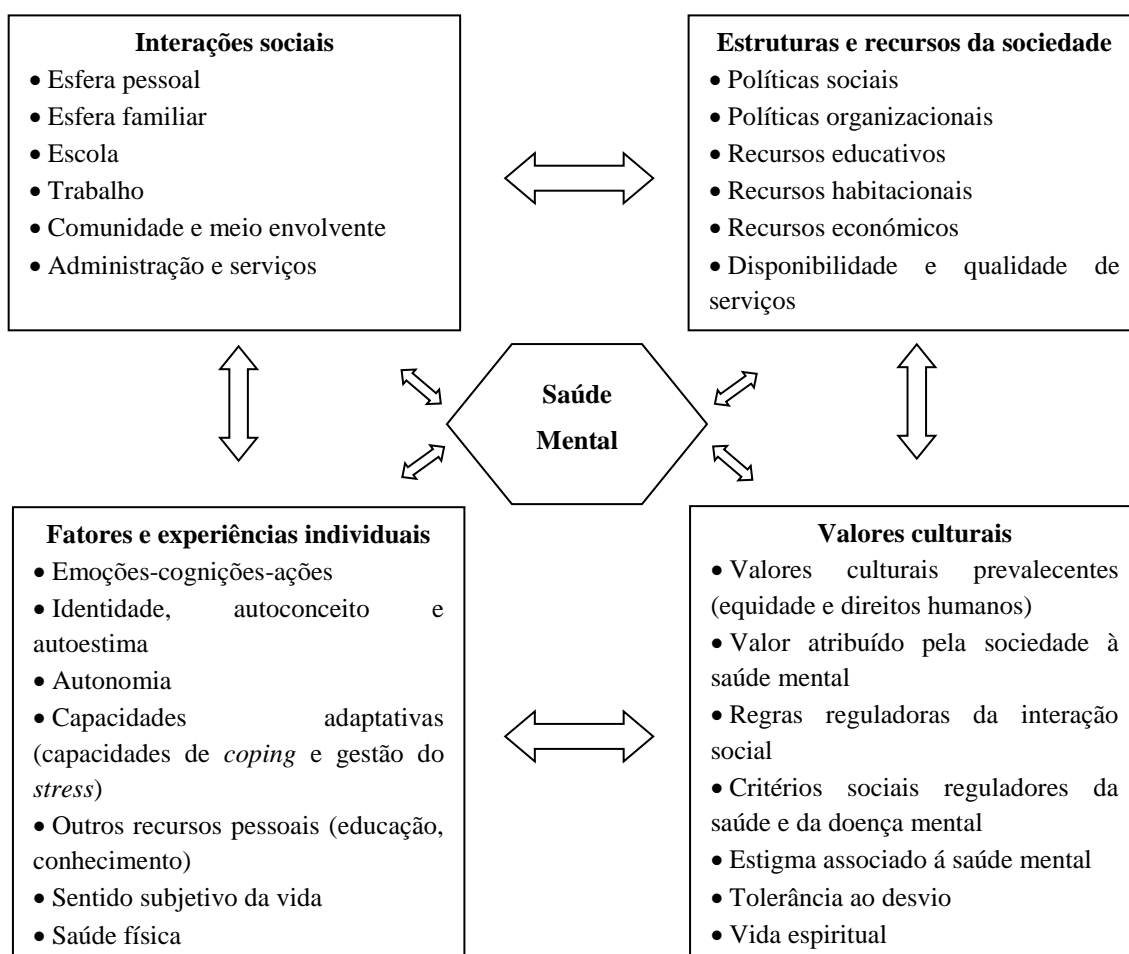
A saúde mental integra conceitos como o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa, entre outros (OMS, 2002), comportando severas consequências no funcionamento individual do ser humano. Daí que se revele numa componente fundamental da saúde em geral, sendo o resultado de vários fatores predisponentes, como as experiências da infância, de fatores precipitantes, como acontecimentos de vida stressantes, do contexto social e dos recursos, autoestima por exemplo, e das experiências individuais (Lahtinen *et al.*, 1999).

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) a saúde mental e o bem-estar são cruciais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do indivíduo, pelo que o indivíduo, a comunidade e a sociedade devem promover, proteger e recuperar a saúde mental, bem como o bem-estar do ser humano. Aliás, como salientam Peralta e Silva (2002), ter por que viver e para quem viver são condições de excelência para o bem-estar e, consequentemente para a saúde mental.

Portanto, inevitavelmente, a saúde mental está relacionada com o bem-estar e o apoio social do idoso e, no que diz respeito à saúde mental dos idosos, Heikkinen (2004 *cit. in* Fragoeiro, 2008, p. 45) explica que “a saúde mental não é apenas a ausência de doença ou sintomas. A saúde mental é um recurso intelectual e emocional que suporta o bem-estar pessoal e fortalece a integração social. Isso oferece um potencial essencial para uma vida plena de sentido. Os idosos, especialmente os muito idosos, sofrem muitos stresses que induzem o aumento do risco de desordens mentais”.

Para Lahtinen *et al.* (1999) a saúde mental é influenciada por quatro fatores, sendo eles: fatores e experiências individuais, interações sociais, estruturas e recursos da sociedade e valores culturais. Na figura que se segue, apresentam-se as quatro principais influências da saúde mental.

Figura 1. As quatro principais influências da saúde mental (Fragoeiro,2008)



Nota Fonte: Fragoeiro, I. (2008). *A Saúde Mental das Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira* (p. 43). Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Segundo Korkeila (2000), a saúde mental integra duas dimensões – uma positiva e outra negativa –, sendo que na primeira enquadram-se indivíduos que demonstram, com frequência, afeto positivo e traços positivos de personalidade, considerados como recursos pessoais, por sua vez a saúde mental negativa refere-se às desordens mentais, sintomas e problemas. Ou seja, a saúde mental positiva remete para o funcionamento ótimo do indivíduo e a saúde mental negativa remete para a existência de doença mental.

O bem-estar e o apoio social adequado são fundamentais para uma saúde mental positiva, entendendo-se por saúde mental positiva “uma síndrome de sintomas de sentimentos positivos e funcionamento positivo, operacionalizada através de medidas de bem-estar, no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, lida com o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva (Keyes, 2002; 2005; 2007; Keyes & Shapiro, 2004) e frutífera (WHO, 2005), estabelece relações positivas com outros indivíduos (Keyes, 2002; 2005; 2007; Keyes & Shapiro, 2004) e é capaz de dar um contributo a si ou à sua comunidade (WHO, 2005)” (Monte, 2014, p. 4).

De acordo com alguns autores (Boniwell, 2012; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), o estado de saúde mental completa ou *flourishing* reflete-se a nível subjetivo, individual e grupal. No que concerne ao nível subjetivo, este traduz-se no bem-estar assente em experiências positivas (Boniwell, 2012) do passado, presente e do futuro (Seligman, 2002). Segundo os autores supracitados, o nível individual reflete os traços positivos individuais, tais como, capacidade de amar, habilidades interpessoais, perseverança, coragem, originalidade, talento e sabedoria. Este nível foca-se na identificação dos elementos para uma “vida boa” e nas qualidades para se ser “boa pessoa” (Boniwell, 2012). No que respeita ao nível grupal, este salienta as virtudes cívicas, as responsabilidades sociais, o altruísmo, o civismo, a tolerância, a ética profissional, bem como outros fatores que contribuem para o desenvolvimento da comunidade (Boniwell, 2012). O aumento das virtudes positivas ou dos pontos fortes reflete-se no melhor funcionamento biopsicossocial (Seligman & Csikszentmihalyi 2000) e, conseqüentemente, na diminuição da doença.

A saúde mental positiva é um estado de funcionamento ótimo do ser humano, onde a saúde mental está isenta de doença mental e envolve o bem-estar do indivíduo (Keyes, 2005), integrando três componentes como o bem-estar, o funcionamento individual eficaz e o funcionamento eficaz na comunidade (Westerhof & Keyes, 2010). E, “os fatores contemplados como determinantes da saúde mental positiva não são necessariamente distintos daqueles que “pesam” na ocorrência de perturbações psicológicas e mentais, evidenciadas através de sintomas, síndromes ou desordens específicas” (Fragoeiro, 2008, p. 77). Keyes (2002) e Keyes, Dhingra e Simões (2010) referem mesmo que a saúde mental positiva pode constituir um preditor de doença mental. É neste sentido que, no que aos idosos diz respeito, Fragoeiro (2008, p. 77)

acrescenta que “nas pessoas idosas, à semelhança do que acontece noutros estádios do ciclo de vida, a concomitância de vários fatores protetores pode potenciar a existência de uma saúde mental positiva, ou contrariamente, a presença de múltiplos fatores de risco, pode facilitar o desequilíbrio e o surgimento de perturbações mentais”.

Na perspetiva Lahtinen *et al.* (1999), a saúde mental positiva consiste na capacidade do indivíduo para perceber, compreender e interpretar o ambiente que o envolve, para que este se consiga adaptar ou até alterar o próprio meio, caso seja necessário, para pensar e interagir com outros.

Em seguida apresentam-se os sintomas de saúde mental positiva identificados por Keyes (2005), pois à semelhança do que acontece na saúde mental negativa, também na saúde mental positiva existem sintomas hedónicos ou vitalidade emocional, assim como sintomas de funcionamento positivo e sentimentos positivos face à vida (Keyes, 2007).

Tabela 3

Sintomas de Saúde Mental Positiva (Monte, K. 2014)

Critérios de diagnóstico	Descrição do sintoma
Hedónicos: devem pontuar com 5 ou 6 em pelo menos um dos 3 itens, que correspondem ao (bem-estar emocional)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimentos de felicidade (alegre de bom humor, feliz ,calmo e pacífico) 2. Satisfação com a vida em geral (efeito positivo nos últimos 30 dias) 3. Interesse pela vida em geral ou em certos domínios
Eudaimónicos: devem pontuar seis ou mais dos 11 itens sendo que os seis primeiros correspondem ao (bem-estar psicológico) e os cinco seguintes ao (bem-estar social)	<ol style="list-style-type: none"> 4. Autoaceitação 5. Propósito na vida 6. Autonomia 7. Relações pessoais satisfatórias 8. Domínio ambiental 9. Crescimento pessoal 10. Coerência social 11. Aceitação social 12. Atualização social 13. Contribuição social 14. Integração social

Nota Fonte: Adaptado de Monte, K. (2014). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem dos Açores: da psicopatologia ao bem-estar* (p. 6). Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

3.3. Síntese Integrativa

O bem-estar tem sido alvo de investigação por parte de diferentes áreas – Saúde Mental, à Psicologia Social e à Gerontologia (Novo, 2003) – sendo também um conceito fundamental na noção de saúde (Siqueira & Padovam, 2008).

Este conceito, que foi sofrendo alterações ao longo do tempo, assume hoje uma posição de destaque, sendo muito mais que bens materiais, como comida, ter dinheiro suficiente, uma casa com condições satisfatórias, entre outros. Bem-estar, atualmente, está associado ao sentido de confiança, à dignidade pessoal, às oportunidades de atingir objetivos pessoais, à satisfação com a vida, à alegria e ao sentido positivo de si (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

O bem-estar refere-se ao ótimo funcionamento psicológico e a experiências positivas (Ryan & Deci, 2001), surgindo das avaliações que o indivíduo faz em relação às suas relações, condições de vida e ao meio que o envolve (Gómez *et al.*, 2010).

O bem-estar tem sido perspectivado a dois níveis, isto é, ao nível do desenvolvimento do adulto e da saúde mental e em relação a aspetos psicossociais, à qualidade de vida e à satisfação com as condições e circunstâncias de vida (Novo, 2003). Desta forma, é importante abordar o bem-estar hedónico (bem-estar emocional), o bem-estar eudaimónico (bem-estar psicológico) e bem-estar social.

O bem-estar hedónico está associado à felicidade, satisfação com a vida, estado de espírito, afeto positivo e afetos negativos e pode ser entendido como uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (Monte, 2014). Ou seja, relaciona-se com a compreensão das avaliações que o indivíduo faz da sua vida (Diener & Chan, 2011; Lucas & Diener, 2008; Siqueira & Padovam, 2008) e as quais envolvem reações emocionais face aos acontecimentos de vida e da satisfação com a mesma (Diener & Chan, 2011).

O bem-estar eudaimónico, preocupa-se com o que significa viver uma boa vida (Ryan, Huta & Deci, 2008) e integra seis dimensões: a autoaceitação, o relacionamento positivo com outras pessoas, a autonomia, o domínio do ambiente, o propósito de vida e o crescimento pessoal (Ryan, Huta & Deci, 2008; Siqueira & Padovam, 2008). Estas dimensões estão interligadas a outras componentes como a gratidão, o altruísmo, a

autoestima, sendo o bem-estar eudaimônico uma construção pessoal que se pauta pelo desenvolvimento psicológico do indivíduo.

O bem-estar social também é extremamente importante para a saúde mental do indivíduo tratando-se de uma avaliação das condições e do funcionamento do indivíduo na sociedade (Keyes, 1998) –, analisados a três níveis: individual, interpessoal e social (Keyes & Shapiro, 2004). As dimensões do bem-estar social são cinco e correspondem: a integração social, a aceitação social, a contribuição social, a atualização social e, a coerência social.

Resumindo, o bem-estar hedônico centra-se nas emoções, o bem-estar eudaimônico foca-se no funcionamento das potencialidades e, por fim, mas não menos importante, o bem-estar social preocupa-se com a relação do indivíduo com a sociedade e o ambiente em que se encontra.

A saúde mental pode ser entendida como “um recurso intelectual e emocional que suporta o bem-estar pessoal e fortalece a integração social (Heikkinen, 2004 *cit. in* Fragoeiro, 2008, p. 45), sendo influenciada por quatro fatores: fatores e experiências individuais, interações sociais, estruturas e recursos da sociedade e valores culturais (Lahtinen *et al.*, 1999). Das duas dimensões que integram a saúde mental, resulta a saúde mental positiva e saúde mental negativa, sendo que a primeira relaciona-se com o funcionamento ótimo do indivíduo e a segundo está associada à existência de doença mental.

O bem-estar surge como um conceito importante para a saúde mental, na medida em que esta envolve o bem-estar subjetivo, mas também a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Aliás, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013), a saúde mental e o bem-estar são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do indivíduo, pelo que este, a comunidade e a sociedade devem promover, proteger e recuperar a saúde mental, bem como o bem-estar do ser humano. Desta forma, o envelhecimento acarreta grandes mudanças para o indivíduo, e a perda de papéis que ocorre pode resultar em solidão e isolamento social, no surgimento de problemas de saúde, na falta de bem-estar e tudo isto tem impacto na saúde mental do idoso.

2.^a PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

4.1. Método e Tipo de Estudo

A metodologia adotada segue o método quantitativo, ou o método hipotético-dedutivo. Neste tipo de metodologia o investigador recolhe os factos e estuda a sua relação, predizendo e controlando os fenómenos (Bell, 2004), sendo um método que surge “do processo científico da relação causa-efeito, para estabelecer generalizações aplicáveis a diversas situações” (Meirinhos & Osório, 2010, p. 51).

Quanto ao tipo de estudo, pode dizer-se que se elegeu o estudo descritivo-correlacional, onde “o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. O principal objetivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno” (Fortin, 2003, p. 174). Neste caso, estuda-se o impacto do apoio social do idoso no bem-estar e saúde mental, analisando-se a relação existente entre estas variáveis e é também um estudo comparativo, na medida em que avalia o bem-estar, apoio social e saúde mental em idosos institucionalizados e efetuar-se-á o mesmo com idosos não institucionalizados, a fim de identificar as principais diferenças. Face ao tempo de realização do estudo, está em causa um estudo transversal, pois a recolha de dados decorreu num determinado espaço de tempo, não existindo período de continuidade dos participantes do estudo.

4.2. Objetivos do Estudo

O objetivo geral desta investigação é avaliar o apoio social, o bem-estar e a saúde mental em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Os objetivos específicos da investigação são elencados em seguida:

1. Caracterização do Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social dos Idosos
2. Análise da Relação entre Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social nos Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados

3. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados
4. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Sexo nos Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados
5. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Estado Civil em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados
6. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Escolaridade nos Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados
7. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Descendência em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados
8. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Dependência em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados
9. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Faixa Etária em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

4.3. Universo e Amostra de Estudo

O universo de estudo são idosos que se encontram institucionalizados e não institucionalizados, sendo a amostra do estudo constituída, desejavelmente, por 100 idosos, os quais serão divididos em dois grupos: grupo de cerca de 50 idosos institucionalizados; grupo de cerca de 50 idosos não institucionalizados. No grupo dos idosos institucionalizados, os indivíduos devem reunir os seguintes critérios de inclusão:

- Ter mais de 65 anos (de acordo com a Organização Mundial de Saúde é considerado idoso, uma pessoa com mais de 65 anos);
- Não ter demências a nível cognitivo;
- Viver em lares de terceira idade ou centros geriátricos.

No grupo dos idosos não institucionalizados, os indivíduos devem reunir os seguintes critérios de inclusão:

- Ter mais de 65 anos (de acordo com a Organização Mundial de Saúde é considerado idoso, uma pessoa com mais de 65 anos);
- Não ter demências a nível cognitivo;
- Não estar internado em lares de terceira idade ou centros geriátricos.

Assim sendo, participaram neste estudo 100 idosos, os quais foram divididos em dois grupos constituídos por 50 idosos: 50 encontravam-se institucionalizados no lar e os outros 50 frequentavam o centro de dia (não institucionalizados).

Em ambos os grupos a prevalência do sexo feminino foi superior, 88% no caso dos idosos não institucionalizados e 62% no caso dos idosos institucionalizados. O estado civil mais comum foi viúvo, com 78% dos não institucionalizados e 64% dos institucionalizados, sendo de referir que a prevalência de solteiros foi de 22% nos idosos institucionalizados, mas apenas 2% nos não institucionalizados.

Ainda em relação ao estado civil, constatou-se que 14% dos idosos não institucionalizados eram casados e 6% eram divorciados, ao passo que apenas 6% dos institucionalizados eram casados e 8% divorciado (Tabela 4).

Em relação ao nível de escolaridade, o ensino primário foi o mais frequente em ambos os grupos e com valores bastante próximos (64% nos idosos não institucionalizados e 66% nos institucionalizados).

No que diz respeito à filiação, 90% dos idosos não institucionalizados tinham filhos contra 72% dos institucionalizados. Este resultado reflete-se no número de netos, já que 86% dos idosos não institucionalizados tem netos 48% tem bisnetos e 68% dos idosos institucionalizados tem netos e 30% tem bisnetos.

A idade dos inquiridos variou entre 65 e 94 anos, com média global de 81.10 anos (DP=7.14). A média de idades do grupo de idosos não institucionalizados (M=79.98, DP=6.03) foi inferior à dos idosos institucionalizados (M=82.22, DP=8.01), embora sem resultados estatisticamente significativos (Z=1.89, p=.059).

Tabela 4

Características Sociodemográficas da Amostra

	Amostra (n=100)	
	Não Institucionalizados n (%)	Institucionalizados n (%)
Sexo	-	-
Feminino	44 (88%)	31 (62%)
Masculino	6 (12%)	19 (38%)
Estado civil	-	-
Casado	7 (14%)	3 (6%)
Viúvo	39 (78%)	32 (64%)
Solteiro	1 (2%)	11 (22%)
Divorciado	3 (6%)	4 (8%)
Escolaridade	-	-
Analfabeto	6 (12%)	3 (6%)
Ensino primário	32 (64%)	33 (66%)
≤ 8 anos de escolaridade	3 (6%)	5 (10%)
≥ 9 anos de escolaridade sem ensino superior	7 (14%)	6 (12%)
Ensino superior	1 (2%)	2 (4%)
NR	1 (1%)	1 (1%)
Filhos	45 (90%)	36 (72%)
Netos	43 (86%)	34 (68%)
Bisnetos	24 (48%)	15 (30%)
Reformado	50 (100%)	50 (100%)
	Min-Máx; M (DP)	Min-Máx; M (DP)
Idade por grupos	65-91; 79.98 (6.03)	65-94; 82.22 (8.01)
Teste M-W (NI vs I)*	Z=1.89, p=.059	
Idade Global	65-94; 81.10 (7.14)	

*Teste M-W (NI vs I) indica a utilização do teste Mann-Whitney para comparar a idade dos idosos não institucionalizados e a dos institucionalizados.

No grupo dos institucionalizados apenas dois idosos referiram morarem com familiares (conjuge e irmão), uma vez que têm estes familiares a morar consigo no lar. No que se refere aos não institucionalizados, cerca de 42% moram sozinhos, 38% com filhos, 16% com o conjuge e 2% moram com irmãos ou netos (ver Tabela 5). Apenas 2% dos idosos não institucionalizados têm apoio domiciliário.

Foi identificada maior dependência nos indivíduos institucionalizados (76%), tendo referido depender do lar, que nos não institucionalizados (34%), que dependem dos filhos (28%), de uma instituição (4%) ou da empregada (2%). O tipo de cuidados prestados aos idosos não institucionalizados é essencialmente ao nível das AVD's (26%), ocorrendo o mesmo nos institucionalizados (50%), que também mencionaram o banho diário (16%) e necessitarem de todos os cuidados (10%). Verifica-se ainda que apenas uma pequena parte da amostra referiu ter alguém a depender de si: 12% dos indivíduos não institucionalizados e 4% dos institucionalizados.

Tabela 5

Características do Agregado Familiar

	Amostra (n=100)	
	Não Institucionalizados n (%)	Institucionalizados n (%)
Com quem vive	-	-
Conjuge	8 (16%)	1 (2%)
Filho(s)	19 (38%)	-
Sozinho	21 (42%)	-
Irmão(s)	1 (2%)	1 (2%)
Neto(s)	1 (2%)	-
Apoio domiciliário	1 (2%)*	0 (0%)
Depende de alguém	17 (34%)	38 (76%)
Instituição	2 (4%)	38 (76%)
Empregada	1 (2%)	0 (0%)
Filho(s)	17 (28%)	0 (0%)
Tipo de cuidados prestados	-	-
Banho diário	2 (4%)	8 (16%)
Habitação	1 (2%)	0 (0%)
Alimentação	1 (2%)	0 (0%)
AVD's	13 (26%)	25 (50%)
Todos	0 (0%)	5 (10%)
Alguém depende de si	6 (12%)	2 (4%)
Marido/Esposa	3 (6%)	1 (2%)
Filhos	3 (6%)	0 (0%)
Irmão(s)	0 (0%)	1 (2%)

Nota *AVD's – Atividades da Vida Diária

O principal motivo de frequência em centro de dia, para os idosos não institucionalizados foi solidão e necessidade de convívio (84%). Já nos institucionalizados os dois principais motivos foram doença e falta de retaguarda familiar (42%) e solidão e falta de retaguarda familiar (30%), o que faz ressaltar a importância da falta da retaguarda familiar na associação com a institucionalização (ver Tabela 6).

Tabela 6

Motivo de Frequência

	Amostra (n=100)	
	Não Institucionalizados n (%)	Institucionalizados n (%)
Falta de retaguarda familiar	-	8 (16%)
Doença e falta de retaguarda familiar	5 (10%)	21 (42%)
Solidão e falta de retaguarda familiar	2 (4%)	15 (30%)
Solidão e necessidade de convívio	42 (84%)	-
Convívio e cuidado de filho com deficiência	1 (2%)	-
Recuperação de cirurgia	-	1 (2%)
Ajuda nas AVD's	-	4 (8%)
Maus tratos do conjuge	-	1 (2%)

4.4. Instrumentos de Recolha de Dados

A investigação é um processo que se desenvolve no tempo e ao longo de etapas, devendo ser coerente. De forma a concretizar o que efetivamente se pretendia com a investigação, recorreu-se a vários instrumentos psicométricos para recolher a informação adequada. Estes instrumentos são: a Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edimburgh (WEMWBS); Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF); a Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6); Questionário Sociodemográfico. Em seguida, apresenta-se cada um destes instrumentos. O alfa de Cronbach foi utilizado para medir a consistência interna das escalas e dimensões utilizadas neste estudo, considerado como critério alfa > .70 (Pestana & Gageiro, 2008). Os resultados apontam para consistência interna elevada em todas as escalas e respetivas dimensões, uma vez que $\alpha > .70$ (ver Tabela 7).

Tabela 7

Consistência Interna das Escalas Utilizadas

Escalas utilizadas	α de Cronbach
Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)	.898
Escala Continuum de Saúde Mental versão reduzida (Adultos) (MHC-SF)	
Bem-estar emocional	.877
Bem-estar social	.825
Bem-estar psicológico	.839
MHC-SF Total	.929
Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)	
LSNS família	.833
LSNS amigos	.830
LSNS total	.808

4.4.1. Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

Com a finalidade de avaliar o bem-estar mental dos idosos participantes do estudo, recorreu-se à versão portuguesa Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS), a qual foi adaptada, em 2013, pela Professora Doutora Carla Fonte e pela equipa do Observatório de Saúde Mental de Viana do Castelo. Este instrumento psicométrico integra a maioria dos aspetos da saúde mental positiva e o bem-estar e é uma escala de Likert (1-nunca e 5-sempre), composta por 14 itens que pretendem avaliar a dimensão hedónica e eudaimónica da felicidade, considerando o afeto positivo, relações interpessoais satisfatórias e funcionamento positivo (Tennant *et al.*, 2007).

A WEMWBS é uma escala de autorrelato e pode ser utilizada com vários grupos sociais (Taggart *et al.*, 2013) e culturas (Castellví *et al.*, 2013³; Maheswaran *et al.*, 2012⁴; Monte, 2014⁵; Taggart *et al.*, 2013⁶) e os 14 itens que a compõem referem-se a sentimentos e pensamentos e, a pessoa deve responder a cada um deles em função da sua experiência nas duas últimas semanas. A pontuação mínima possível é de 14 e, por sua vez, a pontuação máxima é de 70, sendo que o *score* total da WEMWBS é calculado

³ População espanhola.

⁴ População chinesa.

⁵ População portuguesa.

⁶ População paquistanesa

através da soma das respostas a cada item e uma pontuação elevada indica altos níveis de bem-estar mental (Tennant *et al.*, 2007).

Esta escala apresenta boa validade, confiança e consistência interna (Clarke *et al.*, 2011; Lloyd & Devine, 2012; López *et al.*, 2013; Tennant *et al.*, 2007), e possui boas qualidades psicométricas (Clarke *et al.*, 2011; Taggart *et al.*, 2013). A consistência interna desta escala, ou seja, o alfa de Cronbach para esta amostra foi de .898 (ver Tabela 7).

4.4.2. Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF)

A Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF) é utilizada com o objetivo de avaliar a saúde mental positiva dos participantes do estudo, recorrendo-se à versão adaptada, em 2013, pela Professora Doutora Carla Fonte e a equipa do Observatório de Saúde Mental de Viana do Castelo.

Esta escala avalia três dimensões da saúde mental positiva, ou seja, o bem-estar emocional, psicológico e social do indivíduo, sendo constituída por 14 itens, correspondendo estes itens ao sentimento de bem-estar e da frequência com que o experienciou (Lamers *et al.*, 2011). Enquanto instrumento, recorre a uma escala do tipo *Likert*, de 6 pontos, onde 0 corresponde a nunca e 6 a todos os dias e, dos 14 itens três focam-se no bem-estar emocional (itens 1-3), cinco itens debruçam-se sobre o bem-estar social (itens 4-8) e seis itens centram-se no bem-estar psicológico (itens 9-14) (Lamers *et al.*, 2011; Matos *et al.*, 2010).

A MHC-SF é uma escala de autorresposta de saúde mental, concebida por Keyes em 2002, com a finalidade de atribuir diagnósticos categoriais para a saúde mental, diferenciando *flourishing*, saúde mental moderada e *languishing*. O primeiro estado, é classificado “quando se pontua, em pelo menos um dos três itens do bem estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico, 5 pontos (quase todos os dias) ou 6 pontos (todos os dias) da escala de Likert (sendo 6 a pontuação máxima por item)” (Ferreira, 2015, p. 43).

O estado de *languishing* remete para pontuações baixas, como nunca, uma ou duas vezes, em pelo menos um dos três itens do bem-estar emocional, bem como em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico (Ferreira, 2015). O estado de saúde mental moderada “é atribuído quando se pontua três (cerca de uma ou duas vezes por semana) ou quatro (cerca de duas ou três vezes por semana) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar psicológico e social” (Keyes, 2007 *cit. in* Ferreira, 2015, p. 43). Esta escala apresenta boa validade e consistência interna para a população deste estudo, podendo ser aplicada em diferentes culturas (Matos *et al.*, 2010⁷; Monte, 2014⁸; Lamers *et al.*, 2011⁹). A consistência interna desta escala, ou seja, o alfa de Cronbach para esta amostra foi de .929 na escala total. Ao nível do bem-estar emocional foi de 0.877, no bem-estar social foi de 0.825 e no bem-estar psicológico foi de 0.839 (ver Tabela 7).

4.4.3. Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6)

A Escala de Rede de Apoio Social de Lubben, em inglês, *Lubben Social Network Scale* (LSNS), foi originalmente desenvolvida em 1988, sendo “um instrumento desenvolvido especificamente para pessoas mais velhas e constitui um dos mais utilizados junto desta população, afigurando-se como a *gold standard* da avaliação das redes sociais em gerontologia” (Ribeiro *et al.*, 2012, p. 220).

Inicialmente, esta escala era constituída por 10 itens que visavam avaliar o nível de apoio social percebido e recebido, ou seja, o apoio dos familiares, amigos e vizinhos (Lubben, 1988). É uma escala utilizada em vários estudos nacionais e internacionais e muito utilizada em gerontologia de modo a avaliar o apoio social em vários domínios da saúde e identificar situações de risco (Ribeiro *et al.*, 2012). Mais tarde, esta escala sofreu uma revisão psicométrica, tendo sido reduzida a 6 itens (LSNS-6), de forma a ser mais simples e rápida, “atendendo, por um lado, às dificuldades que as pessoas mais velhas apresentam em completar um instrumento de avaliação demorada (Lubben & Gironda, 2000) e considerando, por outro, a necessidade académica de ter um instrumento que, preenchendo tais requisitos de brevidade e fiabilidade, se afigurasse válido” (Ribeiro *et al.*, 2012, p. 221).

⁷ População portuguesa.

⁸ População portuguesa.

⁹ População holandesa.

Para o estudo, recorreu-se à versão portuguesa da LSNS-6 concebida por Ribeiro *et al.* (2012), sendo esta escala constituída por dois conjuntos de três questões cada um, que avaliam as relações familiares mas também as relações de amizade. A LSNS-6 apresenta uma escala de *Likert*, variando entre 0 e 5 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”) e para se calcular o *score* total da LSNS-6 somam-se os 6 itens, sendo a pontuação mínima 0 e a pontuação máxima 30 (Ribeiro *et al.*, 2012). Uma pontuação inferior a 12 identifica o indivíduo como socialmente isolado, ou seja, há menos de dois indivíduos para os seis aspetos de redes sociais avaliados pela LSNS-6 (Covita, 2012).

Em relação ao primeiro conjunto de questões, referente à família, as pontuações inferiores a 6 indicam a presença de laços de família marginais e a segunda subescala, referente às amizades, uma pontuação inferior a 6 indica laços de amizade marginais (Covita, 2012). A consistência interna, medida com o alfa de Cronbach, para a escala LSNS família foi de 0.833, para LSNS amigos foi de 0.830 e para a escala LSNS total foi de 0.808 (ver Tabela 7).

4.4.4. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi realizado pela investigadora construído de acordo com a finalidade da investigação. Foi aplicado com o objetivo de recolher informação que permita caracterizar a amostra, tendo em conta o género, a idade, as habilitações literárias, em que tipo de instituição se encontra, quais os motivos para estar na instituição, avaliando a dimensão social, familiar e demográfica do indivíduo. É um questionário de preenchimento simples e relativamente curto, pois é constituído por 18 questões de resposta direta.

4.5. Procedimentos

Para a investigação a realizar foram seguidos todos os procedimentos necessários, sendo que a primeira fase correspondeu à pesquisa bibliográfica de informação credível e pertinente sobre o tema que subjaz à investigação. Esta pesquisa permitiu desenvolver um quadro concetual sobre o apoio social, bem-estar e saúde mental no idoso institucionalizado, bem como do idoso não institucionalizado, sustentando, do ponto de vista teórico, todo o trabalho.

Estabelecidos os objetivos do estudo, bem como escolhida a metodologia de investigação e por isso, os métodos e os instrumentos a utilizar, foi pedida autorização ao Prof. Doutor Óscar Ribeiro, para a utilização do instrumento Escala de Rede de Apoio Social de Lubben *et al.* (2006), Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, num projeto de investigação a realizar no âmbito do ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa (ver apêndice 1).

Todos os participantes tiveram conhecimento do estudo e dos seus objetivos. Além disso, foram informados de que a sua participação era anónima, voluntária, gratuita e a informação por eles disponibilizada era confidencial. Em momento algum os participantes foram identificados, sendo que também foi entregue, a cada um deles, uma declaração de consentimento informado (ver apêndice 2).

No que diz respeito à recolha de dados, para se obter informação junto dos idosos institucionalizados em Lares de Terceira Idade e Centros Geriátricos, da região do Grande Porto, foi pedida a devida autorização às referidas instituições para se proceder à recolha de informação (ver apêndice 3). Quanto à recolha de dados para se obter informação junto dos idosos não institucionalizados, selecionaram-se vários Lares de Terceira Idade e Centros Geriátricos, que funcionassem em simultâneo como Centros de Dia, tendo sido igualmente pedida a devida autorização às referidas instituições. É importante referir que para se aferir se os idosos institucionalizados ou não institucionalizados, apresentam ou não demência a nível cognitivo, foi recolhida informação junto das equipas técnicas de cada instituição. Relativamente ao preenchimento dos questionários desenvolveram-se esforços junto das instituições, no sentido de os indivíduos o fazerem em espaço privado.

Importa aqui fazer a ressalva de que se tratando de idosos que, mesmo com capacidades cognitivas, podem ter problemas no preenchimento dos instrumentos a aplicar, pelo que se aceita que estes sejam preenchidos pela pessoa que administra os instrumentos, garantindo sempre a privacidade.

4.6. Procedimentos Estatísticos

A análise de dados foi realizada com o recurso ao Statistical Package for the Social Sciences – SPSS v. 24 (IBM Corporation, 2016). Para a caracterização da amostra foram utilizadas frequências absolutas e relativas (variáveis categóricas), médias (*M*) e desvios padrão (*DP*) (variáveis quantitativas).

A associação entre variáveis quantitativas foi medida com o teste qui-quadrado e a comparação das escalas e dimensões correspondentes ao bem-estar, saúde mental e apoio social dos idosos não institucionalizados e dos idosos institucionalizados foi realizada com recurso ao teste Mann-Whitney (2 grupos) e ao teste Kruskal-Wallis (3 grupos), após verificação do incumprimento do pressuposto da normalidade das distribuições com o teste Kolmogorov-Smirnov ($p < .05$) (Pestana & Gageiro, 2008).

Para terminar, importa referir que foi medida a correlação entre bem-estar, saúde mental e apoio social com recurso ao coeficiente de correlação de Spearman, visto que não foi verificado o pressuposto de normalidade (Pestana & Gageiro, 2008).

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

5.1. Apresentação dos Resultados

5.1.1. Caracterização do Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social dos Idosos

No que se refere à Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edimburgh (WEMWBS), tendo em conta os valores mínimos e máximos possíveis, verificou-se que a amostra de 100 idosos obteve uma pontuação relativamente elevada ($M=50.73$, $DP=9.66$) (Tabela 8).

Tabela 8

Bem-Estar dos Idosos (WEMWBS)

	Amostra ($n=100$)			
	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
WEMWBS	25.00	70.00	53.73	9.66

Na Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF) observou-se que a pontuação dos idosos desta amostra é elevada ao nível do bem-estar emocional ($M=13.44$, $DP=3.92$), bem-estar social ($M=19.60$, $DP=5.81$) e bem-estar psicológico ($M=27.21$, $DP=6.86$) (ver Tabela 9).

Tabela 9

Saúde Mental dos Idosos (MHC-SF)

	Amostra ($n=100$)			
	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Bem-estar emocional	3.00	18.00	13.44	3.92
Bem-estar social	5.00	29.00	19.60	5.81
Bem-estar psicológico	8.00	36.00	27.21	6.86

Em relação aos estados de saúde mental, os resultados da Tabela 10 encontram respaldo na divisão pelos estados de saúde mental, uma vez que foi determinada a existência de idosos em todas as categorias existentes: 59 idosos (59%) no estado *flourishing*, 27 (27%) com saúde mental moderada e apenas 10 idosos (10%) no estado

languishing (10%) (ver Tabela 10). É ainda de assinalar a existência de 4 valores omissos.

Tabela 10

Estados de Saúde Mental dos Idosos (MHC-SF)

	Amostra (n=100)	
	<i>N</i>	%
<i>Languishing</i>	10	10.0%
Saúde mental moderada	27	27.0%
<i>Flourishing</i>	59	59.0%
Valores omissos	4	4.0%

Relativamente à Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6), os resultados encontrados sugerem a existência de um apoio razoável ao nível da família ($M=8.39$, $DP=3.63$) e mais baixo ao nível dos amigos ($M=5.66$, $DP=4.05$) (Tabela 11).

Tabela 11

Apoio Social dos Idosos (LSNS-6)

	Amostra (n=100)			
	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Família	0.00	15.00	8.39	3.63
Amigos	0.00	15.00	5.66	4.05

5.1.2. Análise da Relação entre Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social nos Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados

Ao medir a correlação entre bem-estar, saúde mental e apoio social, com base no coeficiente de correlação de Spearman, foram encontradas correlações estatisticamente significativas positivas entre todas estas dimensões, quer nos indivíduos não institucionalizados e quer nos institucionalizados, exceto entre o bem-estar psicológico e apoio social da família nos institucionalizados.

Em relação aos idosos não institucionalizados (Tabela 12) foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a Escala de Bem-Estar Mental de

Warwick-Edimburgh (WEMWBS) e a Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF) ao nível do bem-estar emocional ($r_s=.703$, $p<.01$), bem-estar social ($r_s =.503$, $p<.01$) e bem-estar psicológico ($r_s=.517$, $p<.01$) e, com a Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6) ao nível da família ($r_s=.332$, $p<.05$) e amigos ($r_s=.382$, $p<.01$).

Importa também referir que foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da saúde mental: bem-estar emocional com bem estar social ($r_s=.521$, $p<.01$) e bem-estar psicológico ($r_s=.552$, $p<.01$) e bem-estar social com bem-estar psicológico ($r_s=.561$, $p<.01$). O bem-estar emocional correlacionou-se com o apoio social ao nível da família ($r_s=.424$, $p<.01$) e amigos ($r_s=.331$, $p<.05$). O bem-estar social correlacionou-se com o apoio social da família ($r_s=.307$, $p<.05$) e dos amigos ($r_s=.464$, $p<.01$). O bem-estar psicológico correlacionou-se com o apoio social da família ($r_s=.315$, $p<.05$) e amigos ($r_s=.492$, $p<.01$). Por fim, o apoio social da família correlacionou-se com o dos amigos ($r_s=.397$, $p<.01$).

Tabela 12

Correlações de Spearman entre Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social nos Idosos não Institucionalizados

	1	2	3	4	5	6
1 WEMWBS	1	.703**	.503**	.517**	.332*	.382**
2 Bem-estar emocional		1	.521**	.552**	.424**	.331*
3 Bem-estar social			1	.561**	.307*	.464**
4 Bem-estar psicológico				1	.315*	.482**
5 LSNS família					1	.397**
6 LSNS amigos						1

* $p<.05$; ** $p<.01$

Já no grupo dos idosos institucionalizados (Tabela 13) foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edimburgh (WEMWBS) e a Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF) ao nível do bem-estar emocional ($r_s=.739$, $p<.01$), bem-estar social ($r_s=.543$, $p<.01$) e bem-estar psicológico ($r_s=.565$, $p<.01$) e ainda com a Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6) ao nível da família ($r_s=.496$, $p<.01$) e amigos ($r_s=.472$, $p<.01$).

Também neste grupo se encontraram correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da saúde mental: bem-estar emocional com bem-estar social ($r_s=.615$, $p<.01$) e bem-estar psicológico ($r_s=.677$, $p<.01$) e bem-estar social com bem-

estar psicológico ($r_s=.612, p<.01$). O bem-estar emocional correlacionou-se com o apoio social ao nível da família ($r_s=.397, p<.01$) e amigos ($r_s=.473, p<.05$). O bem-estar social correlacionou-se com o apoio social da família ($r_s=.298, p<.05$) e dos amigos ($r_s=.608, p<.01$). O bem-estar psicológico correlacionou-se com o apoio social dos amigos ($r_s=.463, p<.01$).

Tabela 13

Correlações de Spearman entre Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social nos Idosos Institucionalizados

	1	2	3	4	5	6
1 WEMWBS	1	.739**	.543**	.565**	.496**	.472**
2 Bem-estar emocional		1	.615**	.677**	.397**	.473**
3 Bem-estar social			1	.612**	.298*	.608**
4 Bem-estar psicológico				1	.192	.463**
5 LSNS família					1	.241
6 LSNS amigos						1

Os resultados apresentados nas Tabelas 12 e 13 sugerem que os idosos que apresentam resultados elevados no bem-estar mental, também têm índices mais elevados de saúde mental ou apoio social.

5.1.3. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

A Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edimburgh (WEMWBS) varia entre 14 e 70 pontos, pelo que as pontuações obtidas pelos idosos não institucionalizados ($M=55.66, DP=9.54$) e institucionalizados ($M=51.80, DP=9.49$) foram consideradas intermédias. Contudo, constata-se que os resultados dos idosos institucionalizados foram mais baixos, com uma diferença estatisticamente significativa ($Z=2.47, p=.013$).

Relativamente à Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF), esta foi medida através das dimensões do bem-estar emocional, que varia entre 3 e 18 pontos, bem-estar social, cuja amplitude é de 6 a 36 pontos e bem-estar psicológico com mínimo de 5 e máximo de 30 pontos. Considerou-se que o bem-estar emocional dos idosos desta amostra é médio/elevado, sendo superior nos indivíduos não institucionalizados

($M=14.16$, $DP=3.90$), quando comparados com os institucionalizados ($M=12.72$, $DP=3.84$), havendo evidência de resultados estatisticamente significativos ($Z=1.17$, $p=.03$).

Relativamente ao bem-estar social ($Z=1.08$, $p=.281$) e bem-estar psicológico ($Z=1.83$, $p=.067$), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, apesar de se verificar uma tendência para resultados mais elevados nos indivíduos não institucionalizados.

O apoio social foi medido nas dimensões familiar e dos amigos e os resultados obtidos revelam uma identificação mais elevada de apoio social nos idosos não institucionalizados, em particular no apoio social familiar, onde foram encontrados resultados estatisticamente significativos ($Z=3.98$, $p<.001$). Aqui os indivíduos não institucionalizados obtiveram uma pontuação média de $M=9.84$ ($DP=3.30$) e os indivíduos institucionalizados uma pontuação média de $M=6.94$ ($DP=3.39$). Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos no apoio social, relativo aos amigos ($Z=1.75$, $p=.080$), embora se tenha observado uma tendência para resultados mais elevados nos idosos não institucionalizados (ver Tabela 14).

Tabela 14

Comparação das Medidas Utilizadas entre o Grupo de Idosos não Institucionalizados e o Grupo de Idosos Institucionalizados

	Institucionalização		Teste Mann-Whitney
	Não Institucionalizados ($n=50$) M (DP)	Institucionalizados ($n=50$) M (DP)	
WEMWBS	55.66 (9.54)	51.80 (9.49)	$Z=2.47$, $p=.013$
Bem-estar emocional	14.16 (3.90)	12.72 (3.84)	$Z=1.17$, $p=.030$
Bem-estar social	20.36 (5.39)	18.84 (6.16)	$Z=1.08$, $p=.281$
Bem-estar psicológico	28.44 (6.32)	25.98 (7.21)	$Z=1.83$, $p=.067$
Família	9.84 (3.30)	6.94 (3.39)	$Z=3.98$, $p<.001$
Amigos	6.38 (4.13)	4.92 (3.88)	$Z=1.75$, $p=.080$

Foi ainda verificada a associação/independência da variável institucionalizado com os estados de saúde mental, não tendo sido encontrados resultados estatisticamente significativos que suportassem esta associação ($\chi^2=2.31$, $p=.316$), sugerindo assim

independência entre estas duas variáveis (Tabela 15). Apesar disso, é de referir um número superior de idosos institucionalizados *languishing* (15.2%) comparativamente aos não institucionalizados (6.0%) e uma tendência inversa no estado *flourishing*, com 66.0% dos idosos não institucionalizados enquadrados nesta categoria e 56.5% dos institucionalizados.

Tabela 15

Teste de Associação/Independência para os Estados de Saúde mental dos Idosos não Institucionalizados e dos Idosos Institucionalizados

	Institucionalização		Teste Qui-quadrado
	Não Institucionalizados (n=50) n (%)	Institucionalizados (n=50) n (%)	
<i>Languishing</i>	3 (6.0%)	7 (15.2%)	$\chi^2=2.31$, $p=.316$
Saúde mental moderada	14 (28.0%)	13 (28.3%)	
<i>Flourishing</i>	33 (66.0%)	26 (56.5%)	

5.1.4. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Sexo nos Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

Ao comparar os resultados obtidos através das escalas utilizadas em função do sexo, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF) no grupo dos idosos não institucionalizados ao nível do bem-estar social ($p=.010$), com valores médios mais elevados nos idosos ($M=24.67$, $DP=2.07$), comparativamente às idosas ($M=19.77$, $DP=5.45$) (Tabela 16). Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edimburgh (WEMWBS) ($p=.370$), no bem-estar emocional ($p=.205$) e psicológico ($p=.881$) e também na Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6) ao nível da família ($p=.434$) e amigos ($p=.998$). Assim, constata-se que são os idosos que apresentam valores mais elevados comparativamente às idosas, com exceção da perceção do apoio social prestado pelos amigos (Tabela 16).

Tabela 16

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função do Sexo

	Sexo		M-W
	Feminino <i>n=44</i> <i>M (DP)</i>	Masculino <i>n=6</i> <i>M (DP)</i>	
WEMWBS	55.16 (9.99)	59.33 (3.83)	<i>p</i> =.370
Bem-estar emocional	13.89 (4.05)	16.17 (1.47)	<i>p</i> =.205
Bem-estar social	19.77 (5.45)	24.67 (2.07)	<i>p</i>=.010
Bem-estar psicológico	28.32 (6.64)	29.33 (3.27)	<i>p</i> =.881
Família	9.70 (3.38)	10.83 (2.64)	<i>p</i> =.434
Amigos	6.43 (4.13)	6.00 (4.43)	<i>p</i> =.998

Relativamente aos idosos institucionalizados (Tabela 17) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão bem-estar emocional ($p=.044$), pertencente à Escala *Continuum* de Saúde Mental, com resultados médios mais elevados nos idosos ($M=14.16$, $DP=3.15$) do que nas idosas ($M=11.84$, $DP=6.50$). À semelhança do que se verifica nos idosos não institucionalizados, também nos idosos institucionalizados, apesar de não terem sido encontrados resultados estatisticamente significativos nas restantes medidas, WEMWBS ($p=.051$), bem-estar social ($p=.336$), bem-estar psicológico ($p=.241$) e apoio prestado pelas redes sociais ao nível da família ($p=.365$) e amigos ($p=.450$), foram observados resultados mais elevados nos idosos do sexo masculino.

Tabela 17

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos Institucionalizados em Função do Sexo

	Sexo		M-W
	Feminino <i>n=31</i> <i>M (DP)</i>	Masculino <i>n=19</i> <i>M (DP)</i>	
WEMWBS	49.61 (10.23)	55.37 (6.99)	<i>p</i> =.051
Bem-estar emocional	11.84 (4.01)	14.16 (3.15)	<i>p</i>=.044
Bem-estar social	18.16 (6.50)	19.95 (5.56)	<i>p</i> =.336
Bem-estar psicológico	25.29 (7.25)	27.11 (7.20)	<i>p</i> =.241
Família	6.52 (3.62)	7.63 (2.93)	<i>p</i> =.365
Amigos	4.58 (4.04)	5.50 (3.62)	<i>p</i> =.450

5.1.5. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Estado Civil em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

Ao compararem-se os resultados obtidos nas escalas em função do estado civil (Tabela 18) não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos idosos não institucionalizados, em nenhuma das escalas: WEMWBS ($p=.987$), bem-estar emocional ($p=.597$), bem-estar social ($p=.732$), bem-estar psicológico ($p=.956$), percepção do apoio social da família ($p=.335$) e dos amigos ($p=.752$).

Tabela 18

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função do Estado Civil

	Estado civil			K-W
	Casado	Viúvo	Solteiro/divorciado	
	<i>n</i> =7 <i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i> =39 <i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i> =4 <i>M</i> (<i>DP</i>)	
WEMWBS	56.00 (9.13)	56.00 (8.89)	51.75 (17.19)	$p=.987$
Bem-estar emocional	13.57 (2.88)	14.41 (3.82)	12.75 (6.55)	$p=.597$
Bem-estar social	20.71 (4.64)	20.62 (5.22)	17.25 (8.50)	$p=.732$
Bem-estar psicológico	29.00 (3.65)	28.64 (6.03)	25.50 (12.29)	$p=.956$
Família	10.57 (1.90)	9.92 (3.47)	7.75 (3.20)	$p=.335$
Amigos	7.14 (3.34)	6.38 (4.23)	5.00 (4.97)	$p=.752$

Já nos idosos institucionalizados (Tabela 19) foram encontrados resultados estatisticamente significativos na WEMWBS ($p=.046$), com resultados mais elevados médios nos idosos institucionalizados casados ($M=62.67$, $DP=3.06$), comparativamente aos viúvos ($M=52.22$, $DP=9.65$) e solteiros ou divorciados ($M=48.73$, $DP=8.46$).

Foram também encontrados resultados estatisticamente significativos na Escala de *Continuum* de Saúde Mental, na dimensão de bem-estar emocional ($p=.049$), também com resultados mais elevados médios nos idosos institucionalizados casados ($M=17.33$, $DP=0.58$), comparativamente com os viúvos ($M=12.34$, $DP=4.04$) e solteiros ou divorciados ($M=12.60$, $DP=3.27$). Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos nas dimensões de bem-estar social ($p=.456$) e bem-estar psicológico ($p=.093$), embora a tendência seja para níveis médios mais elevados nos idosos casados.

Na Escala Breve de Apoio Social de Lubben também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, quer no suporte da família ($p=.189$) quer dos amigos ($p=.321$), embora seja de salientar que os idosos casados tendem a apresentar níveis mais elevados.

Tabela 19

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos Institucionalizados em Função do Estado Civil

	Estado civil			K-W
	Casado	Viúvo	Solteiro/divorciado	
	<i>n=3</i> <i>M (DP)</i>	<i>n=32</i> <i>M (DP)</i>	<i>n=15</i> <i>M (DP)</i>	
WEMWBS	62.67 (3.06)	52.22 (9.65)	48.73 (8.46)	$p=.046$
Bem-estar emocional	17.33 (0.58)	12.34 (4.04)	12.60 (3.27)	$p=.049$
Bem-estar social	20.33 (4.51)	19.59 (5.82)	16.93 (7.03)	$p=.456$
Bem-estar psicológico	33.00 (1.00)	25.22 (7.27)	26.20 (7.27)	$p=.093$
Família	9.00 (3.46)	7.41 (2.84)	5.53 (4.14)	$p=.189$
Amigos	8.00 (1.00)	4.62 (3.72)	4.93 (4.46)	$p=.321$

5.1.6. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Escolaridade nos Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

Em relação à comparação dos resultados das escalas analisadas neste estudo pelo estado civil (Tabela 20) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos idosos não institucionalizados, em qualquer uma das escalas analisadas, WEMWBS ($p=.710$), bem-estar emocional ($p=.168$), bem-estar social ($p=.962$), bem-estar psicológico ($p=.589$), percepção do apoio social da família ($p=.076$) e dos amigos ($p=.294$). Não foi possível determinar uma tendência consistente para diferenças relacionadas com a escolaridade.

Tabela 20

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função da Escolaridade

	Escolaridade		M-W
	≤ Ensino primário <i>n</i> =38 <i>M (DP)</i>	≥ Ensino primário <i>n</i> =11 <i>M (DP)</i>	
WEMWBS	54.95 (10.41)	57.55 (5.94)	<i>p</i> =.710
Bem-estar emocional	14.37 (4.00)	13.09 (3.51)	<i>p</i> =.168
Bem-estar social	20.34 (5.70)	20.45 (4.70)	<i>p</i> =.962
Bem-estar psicológico	28.00 (6.85)	29.73 (4.31)	<i>p</i> =.589
Família	10.34 (3.12)	8.00 (3.52)	<i>p</i> =.076
Amigos	6.24 (4.02)	7.45 (4.27)	<i>p</i> =.294

Quanto aos idosos institucionalizados (Tabela 21) também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das escalas utilizadas: WEMWBS (*p*=.829), bem-estar emocional (*p*=.165), bem-estar social (*p*=.352), bem-estar psicológico (*p*=.296), percepção do apoio social da família (*p*=.793) e dos amigos (*p*=.916). Também aqui não foi possível determinar uma tendência consistente para diferenças relacionadas com a escolaridade.

Tabela 21

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos Institucionalizados em Função da Escolaridade

	Escolaridade		M-W
	≤ Ensino primário <i>n</i> =36 <i>M (DP)</i>	≥ Ensino primário <i>n</i> =13 <i>M (DP)</i>	
WEMWBS	52.31 (9.46)	52.00 (8.36)	<i>p</i> =.829
Bem-estar emocional	13.22 (3.90)	11.85 (3.26)	<i>p</i> =.165
Bem-estar social	19.53 (6.08)	18.00 (5.39)	<i>p</i> =.352
Bem-estar psicológico	26.83 (6.91)	25.00 (6.56)	<i>p</i> =.296
Família	7.08 (3.39)	6.62 (3.62)	<i>p</i> =.793
Amigos	4.97 (3.87)	5.15 (3.95)	<i>p</i> =.916

5.1.7. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Descendência em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

Ao compararem-se os resultados das várias escalas utilizadas neste estudo em função da descendência, no caso dos idosos não institucionalizados (Tabela 22) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6), ao nível da família ($p=.004$), com resultados médios mais elevados nos idosos com descendência ($M=10.33$, $DP=2.98$), em comparação com os idosos sem descendência ($M=5.40$, $DP=2.88$). Apesar da ausência de resultados estatisticamente significativos em qualquer uma das restantes escalas analisadas, WEMWBS ($p=.593$), bem-estar emocional ($p=.227$), bem-estar social ($p=.795$), bem-estar psicológico ($p=.846$) e percepção do apoio social dos amigos ($p=.204$), foi observada uma tendência para valores mais elevados nos idosos com descendência.

Tabela 22

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função da Descendência

	Descendência		M-W
	Não $n=5$ $M(DP)$	Sim $n=45$ $M(DP)$	
WEMWBS	50.80 (15.48)	56.20 (8.75)	$p=.593$
Bem-estar emocional	10.00 (7.11)	14.62 (3.19)	$p=.227$
Bem-estar social	18.00 (8.80)	20.62 (4.96)	$p=.795$
Bem-estar psicológico	26.00 (10.79)	28.71 (5.75)	$p=.846$
Família	5.40 (2.88)	10.33 (2.98)	$p=.004$
Amigos	4.00 (4.42)	6.64 (4.06)	$p=.204$

Já nos idosos institucionalizados (Tabela 23) não foram encontrados resultados estatisticamente significativos em qualquer uma das escalas, WEMWBS ($p=.762$), bem-estar emocional ($p=.155$), bem-estar social ($p=.845$), bem-estar psicológico ($p=.398$), percepção do apoio social da família ($p=.931$) e dos amigos ($p=.180$), como também não foi possível determinar uma tendência consistente para diferenças relacionadas com a descendência.

Tabela 23

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos Institucionalizados em Função da Dependência

	Dependência		M-W
	Não n=14 M (DP)	Sim n=36 M (DP)	
WEMWBS	51.07 (8.72)	52.08 (9.87)	<i>p</i> =.762
Bem-estar emocional	14.00 (3.40)	12.22 (3.94)	<i>p</i> =.155
Bem-estar social	19.07 (6.29)	18.75 (6.20)	<i>p</i> =.845
Bem-estar psicológico	27.50 (6.51)	25.39 (7.47)	<i>p</i> =.398
Família	6.79 (4.49)	7.00 (2.93)	<i>p</i> =.931
Amigos	6.31 (3.95)	4.42 (3.78)	<i>p</i> =.180

5.1.8. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Dependência em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

Ao compararem-se os resultados obtidos face ao bem-estar, saúde mental e apoio social em função da dependência, no caso dos idosos não institucionalizados (Tabela 24) foi encontrado um resultado estatisticamente significativo na Escala *Continuum* de Saúde Mental ao nível do bem-estar psicológico ($p=.015$), com resultados médios mais elevados nos idosos que referem não estar dependentes ($M=29.70$, $DP=5.93$), quando comparados com os que dizem estar dependentes ($M=26.00$, $DP=6.50$). Nas restantes medidas avaliadas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente, na WEMWBS ($p=.066$), no bem-estar emocional ($p=.820$), no bem-estar social ($p=.435$), na perceção do apoio social da família ($p=.380$) e dos amigos ($p=.392$), não tendo sido possível determinar uma tendência consistente para diferenças relacionadas com a dependência.

Tabela 24

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função da Dependência

	Dependência		M-W
	Não <i>n=33</i> <i>M (DP)</i>	Sim <i>n=17</i> <i>M (DP)</i>	
WEMWBS	57.39 (8.70)	52.29 (10.44)	<i>p</i> =.066
Bem-estar emocional	14.09 (4.10)	14.29 (3.58)	<i>p</i> =.820
Bem-estar social	20.64 (5.35)	19.82 (5.59)	<i>p</i> =.435
Bem-estar psicológico	29.70 (5.93)	26.00 (6.50)	<i>p</i>=.015
Família	9.48 (3.44)	10.53 (2.98)	<i>p</i> =.380
Amigos	6.76 (4.25)	5.65 (3.89)	<i>p</i> =.392

Por fim, nos idosos institucionalizados (Tabela 25), não foram encontrados resultados estatisticamente significativos em qualquer uma das escalas: WEMWBS (*p*=.701), bem-estar emocional (*p*=.284), bem-estar social (*p*=.175), bem-estar psicológico (*p*=.381), percepção do apoio social da família (*p*=.571) e dos amigos (*p*=.099).

Tabela 25

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados em Função da Dependência

	Dependência		M-W
	Não <i>n=11</i> <i>M (DP)</i>	Sim <i>n=38</i> <i>M (DP)</i>	
WEMWBS	50.45 (13.21)	52.74 (7.68)	<i>p</i> =.701
Bem-estar emocional	11.82 (3.79)	13.16 (3.75)	<i>p</i> =.284
Bem-estar social	17.00 (6.31)	19.74 (5.70)	<i>p</i> =.175
Bem-estar psicológico	24.82 (7.19)	26.79 (6.71)	<i>p</i> =.381
Família	6.64 (3.32)	7.05 (3.49)	<i>p</i> =.571
Amigos	3.45 (3.56)	5.49 (3.86)	<i>p</i> =.099

5.1.9. Análise das Diferenças no Bem-Estar, Saúde Mental e Apoio Social por Faixa Etária em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

No que diz respeito à idade foram criadas três faixas etárias que visaram a descrição da amostra relativamente aos seguintes pontos de corte: idosos jovens (65-74 anos), idosos na fase intermédia (75-84 anos) e idosos muito velhos (≥ 85 anos). Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a faixa etária e a institucionalização ($\chi^2=10.97$, $p=.004$), com maior prevalência de idosos com idade intermédia no grupo não institucionalizado (65.4% vs 34.6%) e maior prevalência de idosos muito velhos no grupo dos institucionalizados (70.6% vs 29.4%) (Tabela 26).

Tabela 26

Teste de Associação/Independência para a faixa etária dos Idosos não Institucionalizados e dos Idosos Institucionalizados

	Institucionalização		Teste Qui-quadrado
	Não Institucionalizados ($n=50$)	Institucionalizados ($n=50$)	
	n (%)	n (%)	
<i>Idade</i>			
<i>65-74 anos</i>	6 (12.0%)	8 (16.0%)	
<i>75-84 anos</i>	34 (65.4%)	18 (34.6%)	$\chi^2=10.97$, $p=.004$
<i>≥ 85 anos</i>	10 (29.4%)	24 (70.6%)	
<i>Total</i>	50 (100%)	50 (100%)	

Ao comparar os resultados obtidos através das escalas utilizadas em função dos grupos de idade separadamente por idosos não institucionalizados e institucionalizados foram encontrados resultados estatisticamente significativos no grupo de idosos institucionalizados ao nível do WEMWBS ($p=.023$) e percepção do apoio social dos amigos ($p=.037$) (Tabela 27). Em ambas as medidas foram observados resultados mais baixos no grupo de idosos institucionalizados entre os 75 e 84 anos de idade (Tabela 29).

Tabela 27

Comparação das Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados e Institucionalizados em Função da faixa etária

	Idosos não institucionalizados			Idosos institucionalizados		
	65-74 anos (n=6)	75-84 anos (n=34)	≥ 85 anos (n=10)	65-74 anos (n=8)	75-84 anos (n=18)	≥ 85 anos (n=24)
WEMWBS		<i>p</i> =.413			<i>p</i> =.023	
Bem-estar emocional		<i>p</i> =.086			<i>p</i> =.195	
Bem-estar social		<i>p</i> =.690			<i>p</i> =.371	
Bem-estar psicológico		<i>p</i> =.657			<i>p</i> =.953	
Família		<i>p</i> =.052			<i>p</i> =.861	
Amigos		<i>p</i> =.293			<i>p</i> =.037	

Ao comparar os resultados obtidos através das escalas utilizadas em função dos grupos de idade separadamente por idosos não institucionalizados e institucionalizados foram encontrados resultados estatisticamente significativos na faixa etária dos 75-84 anos ao nível do WEMWBS (*p*=.023), bem-estar emocional (*p*=.025), percepção do apoio social da família (*p*=.005) e amigos (*p*=.016) (Tabela 28). Os idosos institucionalizados obtiveram valores médios mais baixos em todas as medidas referidas (Tabela 29).

Na faixa etária dos idosos com pelo menos 85 anos foram encontrados resultados estatisticamente significativos no que toca ao bem-estar emocional (*p*=.025) e percepção do apoio social da família (*p*<.001) (Tabela 28). Tal como na faixa etária entre os 75-84 anos, nos idosos institucionalizados estas medidas apresentaram valores mais baixos (Tabela 29).

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos nos idosos mais jovens (65-74 anos) (Tabela 28).

Tabela 28

Comparação das Medidas Utilizadas por faixa etária entre o Grupo de Idosos não Institucionalizados e Institucionalizados

	65-74 anos		75-84 anos		≥ 85 anos	
	NI (n=6)	I (n=8)	NI (n=34)	I (n=18)	NI (n=10)	I (n=24)
WEMWBS	<i>p</i> =.662		<i>p</i> <.001		<i>p</i> =.209	
Bem-estar emocional	<i>p</i> =.852		<i>p</i> =.025		<i>p</i> =.025	
Bem-estar social	<i>p</i> =.181		<i>p</i> =.084		<i>p</i> =.381	
Bem-estar psicológico	<i>p</i> =.999		<i>p</i> =.138		<i>p</i> =.238	
Família	<i>p</i> =.852		<i>p</i> =.005		<i>p</i> <.001	
Amigos	<i>p</i> =.950		<i>p</i> =.016		<i>p</i> =.137	

NI= Idoso não institucionalizado; I= Idoso institucionalizado

Tabela 29

Estatísticas Descritivas para as Medidas Utilizadas no Grupo de Idosos não Institucionalizados e Institucionalizados por faixa etária

	Idosos não institucionalizados			Idosos institucionalizados		
	65-74 anos (n=6)	75-84 anos (n=34)	≥ 85 anos (n=10)	65-74 anos (n=8)	75-84 anos (n=18)	≥ 85 anos (n=24)
WEMWBS	51.17 (13.50)	55.32 (9.37)	59.50 (6.49)	54.00 (5.98)	47.33 (8.24)	54.42 (10.31)
Bem-estar emocional	12.00 (5.93)	13.88 (3.70)	16.40 (2.01)	13.00 (3.51)	11.67 (3.61)	13.42 (4.09)
Bem-estar social	17.67 (7.47)	20.50 (5.04)	21.50 (5.25)	20.25 (6.88)	17.33 (6.58)	19.50 (5.62)
Bem-estar psicológico	25.33 (9.63)	28.53 (6.24)	30.00 (3.71)	25.25 (8.53)	25.89 (6.99)	26.29 (7.23)
Família	8.00 (2.97)	9.65 (3.40)	11.60 (2.46)	7.25 (4.40)	6.67 (3.51)	7.04 (3.06)
Amigos	6.00 (4.86)	5.82 (3.94)	8.50 (4.03)	6.00 (5.18)	2.88 (3.48)	6.00 (3.18)

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível dos estados de saúde mental na associação da sua prevalência pelas faixa etárias, separadamente no grupo dos não institucionalizados ($\chi^2=6.10$, $p=.176$) e institucionalizados ($\chi^2=6.10$, $p=.303$) (Tabela 30).

Tabela 30

Teste de Associação/Independência para os Estados de Saúde mental dos Idosos nas diferentes faixas etárias por condição de Não Institucionalizado e Institucionalizado

	Idosos não institucionalizados			Idosos institucionalizados		
	65-74 anos (n=6)	75-84 anos (n=34)	≥ 85 anos (n=10)	65-74 anos (n=8)	75-84 anos (n=18)	≥ 85 anos (n=24)
Languishing	2 (33.3%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	2 (12.5%)	4 (18.2%)
Moderate	1 (16.7%)	11 (32.4%)	2 (20.0%)	3 (37.5%)	7 (43.8%)	3 (13.6%)
Flourishing	3 (50.0%)	22 (64.7%)	8 (80.0%)	4 (50.0%)	7 (43.8%)	15 (68.2%)
Total	5 (100%)	34 (100%)	10 (100%)	8 (100%)	16 (100%)	22 (100%)
χ^2	$\chi^2=6.10$, $p=.176$			$\chi^2=4.75$, $p=.303$		

Do mesmo modo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível dos estados de saúde mental na associação da sua prevalência no grupo dos não institucionalizados, separadamente por faixa etária, 65-74 anos ($\chi^2=1.28$, $p=.790$), 75-84 anos ($\chi^2=2.93$, $p=.184$) e ≥ 85 anos ($\chi^2=1.89$, $p=.488$) (Tabela 31).

Tabela 31

Teste de Associação/Independência para os Estados de Saúde mental dos Idosos não Institucionalizados e dos Idosos Institucionalizados por faixa etária

	65-74 anos		χ^2	75-84 anos		χ^2	≥85 anos		χ^2
	NI (n=6)	I (n=8)		NI (n=34)	I (n=16)		NI (n=10)	I (n=22)	
Languishing	2 (33.3%)	1 (12.5%)	$\chi^2=1.28$ p=.790	1 (2.9%)	2 (12.5%)	$\chi^2=2.93$ p=.184	0 (0.0%)	4 (18.2%)	$\chi^2=1.89$ p=.488
Moderate	1 (16.7%)	3 (37.5%)		11 (32.4%)	7 (43.8%)		2 (20.0%)	3 (13.6%)	
Flourishing	3 (50.0%)	4 (50.0%)		22 (64.7%)	7 (43.8%)		8 (80.0%)	15 (68.2%)	

5.2. Discussão dos Resultados

Como já se tem vindo a referir ao longo de todo o trabalho, o grande objetivo desta investigação foi avaliar o apoio social, o bem-estar e a saúde mental em idosos institucionalizados e não institucionalizados. À luz dos resultados obtidos, é chegado o momento de os confrontar com os dados presentes na literatura sobre o tema.

Na caracterização da amostra verificou-se que em ambos os grupos, idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados, a prevalência do sexo feminino foi superior, resultados dados que refletem a realidade portuguesa, onde a população feminina é superior à masculina (INE, 2012). Dados referentes ao período de 2001-2011 revelam que, em 2011, as mulheres abrangiam mais de metade da população residente em Portugal (52%, aproximadamente, 5,5 milhões), tendo aumentado 2,9% (INE, 2012). Em relação ao estado civil da amostra constatou-se que a maior parte dos idosos são viúvos, resultados que podem ser justificados pelo facto da amostra ser composta por mais mulheres do que homens e, também porque as mulheres têm maior longevidade, sendo elas as mais afetadas pela viuvez (INE, 2012; Suzuki, Silva & Falcão, 2012).

No grupo dos idosos institucionalizados, a maior parte não vive com nenhum familiar, o que também é referenciado na literatura, pois a institucionalização ocorre, maioritariamente, quando o idoso começa a precisar de apoio e a rede familiar está incapacitada para dar resposta a esta necessidade (Ferreira, 2009). Já no caso dos idosos não institucionalizados, quase metade vive sozinho, sendo congruente com dados da

OMS (Monk, 1988 *cit. in* Paúl, 1997). Além disso, os resultados revelam que o tipo de cuidados prestados aos idosos não institucionalizados e aos idosos institucionalizados é, maioritariamente, ao nível das atividades da vida diária. De facto, estejam institucionalizados ou não, a verdade é que a população em estudo é a população idosa e, particularmente na terceira fase do envelhecimento, a fase da senilidade, o idoso torna-se dependente na realização de quase todas ou todas atividades da vida diária (Santos, 2002).

O principal motivo apontado pelos idosos não institucionalizados para frequentarem o centro de dia, são a solidão e a necessidade de convívio, fazendo parte dos motivos mais apontados na literatura. Os centros de dia, atualmente, são uma alternativa à institucionalização, pelo que o idoso continua a habitar a sua casa, mantendo o seu relacionamento com pessoas que lhe são significativas (Pereira, 2015). Passar o tempo, conversar, não gostar de ficar isolado, porque gosta do centro, porque está reformado, ou porque não tem alternativa são dos motivos mais referidos na literatura (Moreno, 2015). No seu estudo, Pereira (2015) verificou que os utentes procuram o centro de dia, principalmente, pelas atividades de âmbito sociocultural e pelo processo relacional que o centro proporciona. Face aos idosos institucionalizados, e que por isso frequentam o lar, os dois principais motivos indicados foram a falta de retaguarda familiar, a doença e a solidão. Estes resultados vão ao encontro do que é referido por Pimentel (2005), que explica que a institucionalização do idoso, em muitas situações, é a única solução pois os familiares mais próximos, geralmente os filhos, por motivos pessoais ou profissionais, não podem cuidar do idoso, nomeadamente, quando estes necessitam de cuidados específicos. A este respeito, também Nogueira (2009) refere que o principal motivo de ingresso no lar é a incapacidade do idoso em gerir as suas actividades de vida diária, a par da impossibilidade da família poder assegurar o apoio necessário, sendo que a solidão é uma das queixas mais referidas pelos idosos (Rossel, Herrera & Rico, 2004).

Quando se procedeu à análise da relação entre bem-estar, saúde mental e apoio social dos idosos, verificou-se ao nível do Bem-Estar, a amostra constituída pelo total de idosos (100) obteve uma pontuação relativamente elevada, uma das condições para um envelhecimento bem-sucedido (Fontaine, 2000). Constatou-se ainda uma pontuação elevada ao nível do bem-estar emocional (hedónico ou subjetivo), bem-estar social e

bem-estar psicológico eudaimónico. Quanto ao apoio social os resultados encontrados sugerem a existência de um apoio razoável ao nível da família, mas baixo ao nível dos amigos. A família é a fonte predileta de apoio para grande parte dos idosos, quer se trate de doença crónica ou de incapacidade, devido à maior capacidade estrutural para resolver os problemas biopsicossociais com base no esforço e na implicação de todos os seus membros, e na realização de tarefas de proteção ou adaptação, de crescimento, de participação, de suporte e de afetividade (Nina & Paiva, 2001; Zarit, Pearlin, & Schaie, 1993).

Através da análise da relação entre bem-estar, saúde mental e apoio social nos idosos em estudo, foram encontradas correlações estatisticamente significativas positivas entre quase todas estas dimensões, quer nos indivíduos não institucionalizados e quer nos institucionalizados. Também Monte (2014) e a própria Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) realçam que o bem-estar e o apoio social adequados são fundamentais para uma saúde mental positiva e portanto, para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do indivíduo.

No caso dos idosos não institucionalizados existem correlações estatisticamente significativas entre bem-estar, saúde mental e apoio social (incluindo-se a família e os amigos) e, entre o bem-estar emocional com o bem-estar social e o bem-estar psicológico e, o bem-estar social com bem-estar psicológico. É também de referir que o bem-estar emocional correlacionou-se com o apoio social ao nível da família e amigos; o bem-estar social correlacionou-se com o apoio social da família e dos amigos; o bem-estar psicológico correlacionou-se com o apoio social da família e amigos; e, o apoio social da família correlacionou-se com o dos amigos. Os resultados obtidos espelham-se noutros estudos já realizados, como o de Silva (2009), por exemplo, onde se verifica a existência de relações significativas entre a qualidade de vida e bem-estar psicológico dos idosos. O facto de ser atribuída grande importância ao apoio social dos amigos, comprova o que é defendido por Barros (1994, 2002 *cit. in* Guzmán *et al.*, 2003) e Fernandes (2000), que explicam que os amigos são uma fonte secundária de apoio que, contudo, ganham relevo quando o idoso tem poucas, ou nenhuma, relações familiares, o que substitui, frequentemente e com vantagens, as relações de dependência pais-filhos.

No grupo dos idosos institucionalizados, os resultados evidenciam a existência de correlações estatisticamente significativas entre bem-estar e saúde mental ao nível do bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico, sendo que também se verificaram correlações estatisticamente significativas no apoio da família e dos amigos. Os resultados obtidos neste grupo permitem ainda comprovar a existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da saúde mental, ou seja, do bem-estar emocional com o bem-estar social e com o bem-estar psicológico e, do bem-estar social com o bem-estar psicológico. O bem-estar emocional e o bem-estar social correlacionaram-se com o apoio social ao nível da família e dos amigos, e o bem-estar psicológico correlacionou-se com o apoio social dos amigos.

Ao comparar o bem-estar, saúde mental e apoio social considerando os dois grupos em causa, não institucionalizados e institucionalizados verificou-se uma tendência geral para resultados mais elevados no primeiro grupo. Em particular salientam-se as dimensões do bem-estar, saúde mental, mais especificamente o bem-estar emocional e apoio social da família. Estes resultados encontram respaldo nos estudos de Jacob (2007) e Carvalho (2013) que referem que o envelhecimento ativo se relaciona com melhores índices de qualidade de vida. Ao nível do apoio social Paúl e Fonseca (2005) referem que o envelhecimento degrada as redes sociais e a institucionalização torna mais difícil a sua reorganização. Carvalho e Dias (2011) referem que os idosos apesar de estarem satisfeitos com a instituição sentem-se insatisfeitos e tristes face ao contexto familiar, à falta de autonomia, à existência de doenças e outras limitações físicas.

Face ao bem-estar, saúde mental e apoio social por sexo nos idosos institucionalizados e não institucionalizados, os resultados demonstram que nos primeiros são os idosos que apresentam valores mais elevados em relação às idosas, com exceção da perceção do apoio social prestado pelos amigos. No caso dos idosos institucionalizados foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão bem-estar emocional, onde os idosos apresentam resultados médios mais elevados do que as idosas. E de facto, alguma literatura refere que as amizades femininas são diferentes de amizades masculinas desde a infância (Souza & Garcia, 2008), sendo que as amizades masculinas baseiam-se em atividades compartilhadas, já as amizades femininas são mais íntimas, próximas, dinâmicas e intensas (Himes &

Reidy, 2000 *cit. in* Guzmán *et al.*, 2003; Scott & Wagner, 1996 *cit. in* Guzmán *et al.*, 2003).

Quando se procedeu à mesma análise e comparação entre os dois grupos de idosos em estudo mas em função do estado civil, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos idosos institucionalizados no Bem-Estar, com resultados médios mais elevados nos idosos institucionalizados casados, do que nos idosos institucionalizados viúvos e solteiros ou divorciados. Estes resultados sugerem que a presença de um companheiro(a) na vida das pessoas suporta o bem-estar, saúde mental e percepção de suporte social, tal como afirma Carvalho (2013).

No que diz respeito ao impacto da escolaridade na percepção de bem-estar, saúde mental e apoio social dos idosos institucionalizados e não institucionalizados os resultados apontam para uma similitude entre os dois grupos. O nível escolar da amostra em causa foi considerado reduzido, uma vez a maior parte dos idosos tinha no máximo o ensino primário, dado condicente com a demografia da amostra em causa (INE, 2012). A escolaridade não se mostrou uma variável importante na distinção da percepção de bem-estar, saúde mental e apoio social no grupo de não institucionalizados e institucionalizados, o que pode ser explicado pela relativa indiferenciação entre os níveis escolares considerados (no máximo ensino primário vs acima do ensino primário).

Também aqui não foi possível determinar uma tendência consistente para diferenças relacionadas com a dependência verificando que são os idosos institucionalizados que, tendencialmente, apresentaram resultados mais elevados em todas as medidas analisadas. Estes resultados convergem com os resultados de várias investigações que estudam a relação entre o apoio familiar e o bem-estar dos idosos, sendo visível a relação existente entre ambos.

Ao compararem-se as diferenças entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados face ao bem-estar, saúde mental e apoio social em função da descendência, os resultados obtidos no grupo dos não institucionalizados revelam diferenças estatisticamente significativas ao nível do apoio social na família, com resultados médios mais elevados nos idosos com descendência do que os idosos sem

descendência. Num estudo com idosos institucionalizados, Chaves (2015) verificou que a vida marital e viver com filhos têm um impacto negativo na satisfação com a vida.

No grupo dos institucionalizados não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na no apoio social ao nível da família, com resultados médios mais elevados nos idosos com descendência do que os idosos sem descendência. O facto dos idosos institucionalizados com filhos apresentarem melhores resultados face ao bem-estar, saúde mental e apoio social, reflete o que é elencado na literatura. Bisconti e Bergeman (1999), Cockerham (1991), Pruchno, Burant e Peters (1997) sublinham a importância do apoio familiar na saúde e bem-estar do idoso, colocando as relações sociais no centro e, especificamente em relação às redes familiares e de amigos, são notórios os efeitos que amenizam o stress nos idosos que experienciam problemas de saúde, a perda do cônjuge ou uma crise financeira ao fornecerem amor, afeição, preocupação e assistência.

Relativamente ao bem-estar, saúde mental e apoio social por dependência nos idosos institucionalizados e nos não institucionalizados, os resultados obtidos em relação a estes últimos revelam uma diferença estatisticamente significativa na saúde mental, ao nível do bem-estar psicológico, com resultados médios mais elevados nos idosos que referem não estar dependentes do que os que indicam estar dependentes. No que se refere aos idosos institucionalizados não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das escalas. Estes resultados estão em consonância com os que são apresentados na literatura, na medida em que o grau de dependência influencia diretamente na vida do idoso e dos seus familiares, já que a dificuldade de realizar as atividades da vida diária gera impacto na estrutura familiar (Jede & Spuldaro, 2009). Os idosos não institucionalizados que não estão dependentes têm melhores resultados na saúde mental, apoio social e bem-estar.

Os indivíduos institucionalizados apresentam maior prevalência na faixa etária dos idosos mais velhos (≥ 85 anos), ao contrário dos não institucionalizados cuja faixa etária com maior prevalência é a intermédia (75-84 anos), resultados condizentes com o estudo de Almeida (2008).

No grupo de idosos institucionalizados foram encontrados resultados mais baixos na faixa etária intermédia (73-84 anos) ao nível do bem-estar mental e percepção do

apoio social da família. Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Rodrigues (2008), que menciona maior satisfação com a vida em idosos mais jovens, medida que se correlaciona com o bem-estar mental e suporte social.

Por outro lado, quando comparados os grupos de idosos não institucionalizados e institucionalizados, separadamente por faixa etária, os resultados sugerem que a institucionalização afeta mais os idosos mais velhos, na faixa etária intermédia, ao nível do bem-estar mental, bem-estar emocional e percepção do apoio social da família e amigos e na faixa etária dos idosos mais velhos, ao nível do bem-estar emocional e percepção do apoio social da família. A idade parece assim estar relacionada com níveis mais baixos de bem-estar e percepção mais baixa de apoio. Também Rodrigues (2008) aponta a institucionalização como um fator precipitante para a diminuição da satisfação com a vida, principalmente nos idosos mais velhos, que pela falta de autonomia, vêm vedadas, muitas vezes repentinamente as suas habituais redes de suporte, causando sofrimento psíquico e mal-estar.

CONCLUSÃO

A presente investigação pretendeu avaliar o apoio social, o bem-estar e a saúde mental em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Para tal foi recolhida uma amostra de 100 idosos equitativamente distribuídos pelos dois grupos e foi avaliado o bem-estar, saúde mental (bem-estar emocional, social e psicológico) e apoio social (família e amigos).

A relação positiva encontrada entre quase todas as variáveis consideradas permite concluir que o bem-estar saúde mental e apoio social se encontram relacionados. Assim, idosos com maior bem-estar apresentam também níveis mais elevados de saúde mental e têm perceção de apoio social mais elevado. Esta conclusão é válida para os idosos não institucionalizados e institucionalizados. Apesar disso é de salientar que nos idosos institucionalizados não foi encontrada relação entre a perceção de apoio social da família e o bem-estar psicológico, o que pode em parte ser explicado pela diminuição considerável da perceção do suporte da família nos idosos institucionalizados. São de facto os idosos institucionalizados que apresentam os níveis mais baixos de bem-estar, saúde mental e apoio social sugerindo que a institucionalização está relacionada com perdas a nível da perceção de bem-estar, saúde mental e apoio social dos idosos e consequente vulnerabilidade a estes níveis.

De uma forma geral são as idosas que apresentam resultados mais baixos, principalmente ao nível da saúde mental, em particular no bem-estar psicológico nos não institucionalizados e institucionalizados. Este resultado sugere que as idosas constituem um grupo mais vulnerável no que se refere aos aspetos do bem-estar, saúde mental e suporte social.

Os idosos solteiros ou divorciados apresentam resultados mais baixos quando comparados com viúvos ou casados, principalmente no grupo dos institucionalizados e ao nível do bem-estar e saúde mental (bem-estar emocional). Estes resultados sugerem que viver ou ter vivido com um companheiro pode agir como um fator protetor face à diminuição da perceção de bem-estar, saúde mental e apoio social dos idosos, principalmente os institucionalizados onde estes resultados foram mais evidentes, sendo também o grupo mais vulnerável, conforme já foi referido.

A percepção de bem-estar, saúde mental e apoio social dos idosos não se distingue entre os grupos de maior e menor escolaridade. Este resultado pode estar relacionado com os níveis baixos de escolaridade transversais à amostra, que não permitiram dividir a mesma em mais de dois grupos (\leq ensino primário vs $>$ ensino primário). No entanto estes resultados também podem sugerir que a escolaridade não desempenha um papel diferenciador na percepção de bem-estar, saúde mental e suporte social, sendo mais importantes variáveis como a institucionalização, sexo ou estado civil.

Nos idosos não institucionalizados a descendência representou um papel importante, uma vez que de uma forma geral os idosos com descendência apresentou níveis mais elevados de bem-estar, saúde mental e suporte social, em particular ao nível da família. Já nos idosos institucionalizados a descendência parece não representar um papel relevante. Estes resultados sugerem que ter descendência e assim probabilidade mais elevada de ter família mais próxima tem impacto benéfico na percepção de bem-estar, saúde mental e apoio social nos idosos não institucionalizados. Já no grupo dos institucionalizados a descendência parece não ter um impacto tão importante, mais uma vez enfatizando o papel negativo representado pela institucionalização na percepção de bem-estar, saúde mental e apoio social nos idosos.

A dependência de outrem representou um papel importante nos idosos não institucionalizados, com resultados mais elevados nos que não estão dependentes, principalmente ao nível do bem-estar psicológico. Já nos idosos institucionalizados os resultados não sugerem nenhuma tendência clara, corroborando mais uma vez que a variável institucionalização é a que mais parece contribuir para a evidência de diferenças ao nível do bem-estar, saúde mental e apoio social nos idosos.

Neste estudo a prevalência de idosos mais velhos (≥ 85 anos) fez-se sentir mais nos idosos institucionalizados. São os idosos institucionalizados, em particular os mais velhos, quem apresenta níveis mais baixos de bem-estar mental, bem-estar emocional e percepção do apoio social da família e amigos, ressaltando a importância de agir em particular sobre este grupo de indivíduos.

Deste modo, como conclusão principal deste estudo pode referir-se que a institucionalização desempenha um papel negativo na percepção do bem-estar, saúde

mental e apoio social nos idosos, parecendo assim estar relacionado com a perda de qualidade de vida.

Atendendo aos resultados obtidos e ao que é exposto na literatura é de realçar a importância das respostas sociais para a população idosa serem ajustadas às suas necessidades e condições, entendendo o idoso como um ser humano que é e que tem um papel na sociedade. Além disso, é visível a relação entre bem-estar, saúde mental e apoio social pelo que, no caso dos idosos institucionalizados, este estudo destaca também a relevância da família, que deve fazer parte de todo o processo de institucionalização do idoso, acompanhando-o e sendo coresponsabilizada no processo.

Pretende-se refletir sobre algumas das limitações encontradas neste estudo, transversal, descritivo, correlacional e comparativo. Assim uma das limitações foi o tipo de estudo que, apenas permite uma avaliação no momento de administração dos instrumentos selecionados, e não ao longo do tempo, o que poderia vir a tornar a investigação mais robusta. Face ao número limitado de estudos comparativos, existentes, para estes dois grupos, constituiu mais uma limitação

De referir ainda o número limitado de participantes da amostra, o que implicou algum desequilíbrio, quando houve a necessidade de subdividir a mesma por sexo, escolaridade, estado civil, descendência, idade e outros.

Como sugestões para investigações futuras, sugere-se a realização de um estudo semelhante, mas com uma amostra mais significativa, de modo a generalizar-se para a população.

De acordo com os resultados obtidos, traduz-se como implicações para a prática na intervenção, algumas propostas.

Face ao exposto, sugere-se aos profissionais de saúde nesta área específica, a implementação de programas de intervenção inovadores, tendo em linha de conta o benefício do apoio social, na melhoria do bem-estar e saúde mental dos idosos.

Para além disso, salienta-se a necessidade de estimular a independência bem como a autonomia, fomentando atividades nesse sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. J. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspetos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto De Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Araújo, A. (2015). *Sobrecarga e Satisfação com o Apoio social do Cuidador Informal do Idoso no Concelho de Vila Nova de Famalicão*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Arriagada, J. & Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación com la autoestima y la autoeficácia. *Contribución de enfermaria. Ciencia y enfermeria*, 15(1), 25-31.
- Associação Nacional de Jovens Empresários (s/d). *Guia Prático – Como Criar um Lar*. Porto: ANJE.
- Barrón, A. (1996). *Apoio social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, (13)1, 17-23.
- Bisconti, T. & Bergeman, C. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well-being and perceived health. *The Gerontologist*, 39, 94-103.
- Boen, H. (2012). Social Support, mental health and effectiveness of a senior centre programme for elders living at home. Cross-sectional studies and a randomized controlled trial. Doctoral Thesis. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psico-fisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Boniwell, I. (2012). *Positive psychology in a nutshell: the science of happiness*. 3th edition. New York: Mcgraw-Hill.
- Bowling, A., Farquhar, M. & Browne, P. (1991). Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 549-566.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Carvalho, M. (2013). Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In Carvalho, M. (Org.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 1-12). Lisboa: Pactor Editora.
- Castro, R., Campero, L. & Hernandez, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Castellvi, P., Forero, C., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., Gabilondo, A., Mompart, A., Colom, J., Tresserras, R., Ferrer, M., Stewart-Brown, S. & Alonso, J. (2013). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*, 22, 1099-1104.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa; Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.
- Chaves, M. (2015). *Bem-Estar Subjetivo e Perceção de Suporte Familiar em Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Évora: Escola de Ciências Sociais - Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.
- Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., Adi, Y., Parkinson, J., Flynn, P., Platt, S. & Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh mental wellbeing scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland, a mixed methods assessment. *BMC Public Health*, 11, 487.
- Cockerham, W. (1991). *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall.
- Correia, C. (2009). *O Apoio Social e a Qualidade de Vida dos Idosos do Concelho de Faro*. Dissertação de Mestrado. Faro: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.
- Cornwell, E., & Waite, L. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31-48.
- Covita, M. (2012). *Apoio Social e Autoavaliação da Saúde: Estudo do envelhecimento na cidade da Covilhã*. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

- Cukrowicz, K., Franzese, A., Thorp, S., Cheavens, J. & Lynch, T. (2008). Personality traits and perceived social support among depressed older adults. *Aging & Mental Health*, 12(5), 662-669.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Egea, P., Vasquez, A., Bosch, J. & Puerto, A. (2004). Le poids des réseaux sociaux dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées. In Quaresma, M. (Org.), *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 109-120).
- Erikson, E. (1998). *O Ciclo Vital de Vida Completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandes, P. (2002). *Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Ferreira, A. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, C. (2015). *Caracterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

- Fragoeiro, I. (2008). *A Saúde Mental das Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Freitas, E. & Py, L. (2007). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- García-Viniegras, C. & Benitez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación com otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- Giesta, L. (2016). *Saúde mental e nível de atividade física em estudantes do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Gómez, 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.
- González, T., Andrade, A., & Veá, H. (2001). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Revista Cubana Medicina General Integrada*, 17, 418-22.
- Gottlieb, B. & Bergen, A. (2010). Social supports concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511-520.
- Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Guadalupe, S. (2010). *Intervenção em Rede, Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guzmán, J., Huenchuan, S. & Mondes de Oca, V (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población XXIX* (77), 35-70.
- Hefferon, K. & Boniwell, I. (2011). *Positive psychology: theory, research and applications*. England: McGraw Hill.
- IBM Corporation (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows. Version 24.0*. Armonk: IBM Corporation.
- Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau.
- Inouye, K., Barham, E., Pedrazzani, E. & Pavarini, S. (2010). Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 582-592.

- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Israel, B., A. (1985). Social Networks and Social Support: Implications for Natural Helper and Community Level Interventions. *Health Education Quarterly*, 12(1), 65-80.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Âmbar.
- Jede, M. & Spuldaro, M. (2009). Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *RBCEH*, 6(3), 413-421.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 539-548.
- Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing - a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C., Dhingra, S. & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371.
- Keyes, C. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the united states: a descriptive epidemiology. In Brim, O., Ryff, C. & Kessler, R. (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Chicago: IL The University of Chicago Press.
- Kendler, K., Thornton, L. & Prescott, C. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158, 587-593.
- King, L. & Napa, C. (1998). What makes a life good? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 156-165.
- Korkeila, J. (2000). *Measuring aspects of mental health*. Helsinki: Stakes Publisher.

- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen, J. (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Helsinki: Stakes Publisher.
- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P. & Keyes, C. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67(1)*, 99-110.
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lloyd, K. & Devine, P. (2012). Psychometric properties of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) in Northern Ireland. *Journal of Mental Health, 21(3)*, 257-263.
- Lopes, R., Lopes, M. & Câmara, V. (2009). Entendendo a Solidão do Idoso. RBCEH, pp. 373-381.
- López, M., Gabilondo, A., Codony, M., García-Forero, C., Vilagut, G., Castellví, P., Ferrer, M. & Alonso, J. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample. *Quality of Life Research, 22*, 1099-1104.
- Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health, 11*, 42-52.
- Lubben, J., Blozik, E., Gilman, G., Iliffe, S., Kruse, W., Beck, J. & Stuck, A. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist, 46(4)*, 503-13.
- Lucas, R. & Diener, E. (2008). Subjective well-being. In Lewis, M., Haviland-Jones, J. & Barrett, L. (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 471-484). New York: The Guilford Press.
- Lubben, J. & Gironde, M. (2000). Social support networks. In Osterweill, D., Brummel-Smith, K. & Beck, J. (Eds.), *Comprehensive Geriatric Assessment* (pp. 121-37). New York: McGraw Hill Publisher.
- Maheswaran, H., Weich, S., Powell, J. & Stewart-Brown, S. (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental WellBeing Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*, 156.
- Maia, R. (2002). *Dicionário de sociologia*. Porto: Porto Editora.

- Matud, M. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- McGregor, I. & Little, B. (1998). Personal projects, happiness, and meaning: On doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 494-512.
- Mallon, I. (2000). *A Protecção de Si no Lar de Idosos*. Lisboa: Dom Quixote.
- Martín, M. (2002). El bienestar subjective. *Escritos de psicologia*, 6, 18-39.
- Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Educação, Ciência e Tecnologia*, 31, 128-134.
- Matos, A., André, R., Cherpe, R., Rodrigues, D., Figueira, C. & Pinto, A. (2010). Estudo psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica*, 53, 131-156.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de Educação*, 2 (2), 49-65.
- Melo, L. & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: Solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia Educação e Cultura*, Vol. VIII, pp. 107-121.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Monte, K. (2014). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem dos Açores: da psicopatologia ao bem-estar*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Moreno, V. (2015). *O papel dos Centros de Dia na Qualidade de Vida dos Idosos na Cidade da Praia*. Dissertação de Mestrado. Cabo Verde: Universidade Jean Piaget de Cabo Verde.
- Neto, F. (2000). *Psicología social (Vol. II)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. & Monteiro, H. (2008). *Universidade da Terceira Idade: Da Solidão á Motivação*. Porto: Livpsi.
- Nina, E. & Paiva, C. (2001). Idosos Rurais e urbanos: Estudo comparativo. *Geriatrics: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 14, 138, 9-32.
- Nogueira, J. (2009). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos. A dependência: O Apoio Informal, a Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados*

- Continuados Integrados*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Novo, R. (2003). *Para além de eudaimonia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: Asa.
- Osório, A. (2007). Os idosos na sociedade actual. In Osório, A: & Pinto, F. (Orgs.), *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa* (pp. 11-46). Lisboa: Instituto Piaget.
- OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Climepsi Editores.
- Oni, O. (2010). *Social Support, Loneliness and Depression in the Elderly*. Master Thesis. Ontario: Queen’s University.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Orgs.), *Envelhecer em Portugal – Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 21-43). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist*, 8(3), 160-167.
- Peralta, E. & Silva, D. (2002). *Purpose in life in old age*. Poster apresentado a Conference of European Health Psychology Society. Lisboa.
- Pereira, C. (2015). *A Relevância do Desenvolvimento Humano versus Desenvolvimento Comunitário: Uma Nova Perspetiva do Apoio ao Envelhecimento Ativo no Centro de Dia*. Dissertação de Mestrado. Leiria: Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria.
- Pereira V. (2013). *A Satisfação e a Qualidade de Serviços e de Vida nas Instituições para Séniores*. Dissertação de Mestrado. Viseu: Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Phatchanan, R. (2013). *Effects of Health and Social Supports on Life Satisfaction Among the Thai Elderly in Kanchanaburi Province*. Master Thesis. Miami: Miami University.

- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Portugal, A. (2011). *Questões Éticas e Jurídicas na Institucionalização de Idosos: Um estudo na Santa Casa da Misericórdia*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pruchno, R., Burant, C. & Peters, N. (1997). Understanding the well-being of care receivers. *The Gerontologist: Social Science*, 37, 1, 102-109.
- Qualls, S. (2000). Therapy with aging families: Rationale, opportunities and challenges. *Aging & Mental Health*, 4, 191-199.
- Quaresma, M. (2004). Interrogar a dependência. In Quaresma, M. (Org.), *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 37-50). Lisboa: Cesdet Edições.
- Queirós, M. (2012). *Depressão Geriátrica e Apoio social Percebido*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Portucalense.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S. & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 217-234.
- Rioux, L., & Werner, C (2011). Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology*, 31, 158-169.
- Rodrigues, S. I. (2011). *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga.
- Rosa, T. (2007). Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2982-2992.
- Rossell, N., Herrera, R. & Rico, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ruini, C. & Fava, G. (2013). The polarities of psychological well-being and their response to treatment. *Terapia psicológica*, 31(1), 49-57.
- Ryan, R., Huta, V. & Deci, E. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal on Happiness Studies*, 9, 139-170
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Santos, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, P. (2002). *A Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychological Association*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. (2002). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. In C. R. Snyder & S. H. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (3-9). New York: Oxford University Press.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- SERGA (2011). *Rede de Serviços e Equipamentos Sociais*. Lisboa: QREN; FSE.
- Serra, V. (2006). *Que significa envelhecer*. In Pinto, L. et al., (Org.). *Psicogeriatrics*. Coimbra: Clinica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra. P. 21-33.
- Serra, A. (1990). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição do Autor.
- Sidik, S., Rampal L. & Afifi, M. (2004). Physical and Mental Health Problems of the Elderly in a Rural Community of Sepang, Selangor. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 11(1), 52-59.
- Silva, S. (2009). *Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.
- Siqueira & Padovam, 2008
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 9, 461-77.
- Sousa, L., et al. (2004). *Envelhecer em família – cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

- Sousa, L., Galane, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-371.
- Souza, L. & Garcia, A. (2008). Amizade em idosos: Um panorama da produção científica recente em periódicos estrangeiros. *Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento*, 13, 173-190.
- Spar, J. & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Climepsi: Lisboa.
- Suzuki, M., Silva, T. & Falcão, D. (2012). Idosas viúvas: da perda à reorganização. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(4), 207-223.
- Taggart, F., Friede, T., Weich, S., Clarke, A., Johnson, M. & Stewart-Brown, S. (2013). Cross cultural evaluation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) – a mixed methods study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(27), 1-12.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (63).
- Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- Vaux, A. (1988). *Social Support, Theory, Research and Interventions*. New York: Praeger.
- Veenhoven, R. (2005). Is life getting better? How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist*, 10, 330-343.
- Veríssimo, C. (2001). *Envelhecer em família: Qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes em domicílio: Contributos para uma intervenção multidisciplinar*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Victor, C. & Boldy, L. (2005). Measuring loneliness in later life: A comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 63-70.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychologist*, 64, 678-691.

- Westerhof, G. & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*, 110-119.
- White, A., Philogene, G., Fine, L. & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health, 99 (10)*, 1872-8.
- World Health Organization (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Zarit, S., Pearlin, L., & Schaie, K. (1993). *Caregiving Systems: Formal and Informal Helpers*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Zimmerman, G., (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS

Albuquerque, I. & Lima, M. (2007). Personalidade e Bem-estar Subjetivo:

Uma Abordagem com os Projetos Pessoais.

Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>.

[Consultado em 22/04/2016].

Instituto da Segurança Social (s/d). *Manual de Processos-Chave do Lar Residencial*.

Disponível em:

http://www.segsocial.pt/documents/10152/13454/gqrs_lar_residencial_processos-Chave/f1f50be0-d188-4016-8a5c-25cf3191da6a?version=1.1.

[Consultado em 15/04/2016].

Ordem dos Enfermeiros (s/d). Envelhecimento e a Promoção da Saúde Mental.

Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202013%20A%202015/ARTIGOFERNANDA-%203de%20outubro.pdf>. [Consultado em 22/11/2015].

Organização Mundial de Saúde (1946).

Constituição da Organização Mundial de Saúde.

Disponível em: [http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-](http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html)

[Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html). [Consultado em 22/04/2016].

PORDATA (2016). BI de Portugal.

Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal>. [Consultado em 08/07/2016].

PORDATA (2016). Números de Portugal – Quadro Resumo.

Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-7013>. [Consultado em 08/07/2016].

APÊNDICES

Apêndice 1 – Pedido de Autorização para Utilização da Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben *et al.* (2006)

Lucia Alves 25990@ufp.edu.pt

27/11 (há 2 dias)

para osribeiro

Exmo.Sr. Professor Doutor Óscar Ribeiro

Eu, Lúcia Maria Travassos Alves, aluna nº 25990, do 2.º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Porto), venho por este meio, muito respeitosamente, solicitar a Vossa Exa. Autorização para uso da Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben et al. (2006) num projeto de investigação a realizar no âmbito da tese de mestrado, em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Doutora Carla Fonte.

Esta investigação tem como objetivo avaliar o suporte social, o bem-estar e a saúde mental em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Estou disponível para, caso seja do vosso interesse, fornecer em os dados recolhidos com o instrumento.

Sem outro assunto,

Subscrevo-me atenciosamente,

Lúcia Maria Travassos Alves

Apêndice 2 – Consentimento Informado

Dissertação de Mestrado: Apoio Social, Saúde Mental e Bem-estar em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

Eu, abaixo-assinado -----

-----,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive uma resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel, serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/2016

Assinatura do participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome: Lúcia Maria Travassos Alves

Assinatura: _____

Apêndice 3 – Carta de Pedido de Autorização para a Recolha de Dados

Ao Excelentíssimo Diretor (a) da Instituição _____

Assunto: Pedido de Autorização para a Recolha de Dados

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a),

Eu, Lúcia Maria Travassos Alves, aluna n.º 25990, do 2.º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Porto), do ano letivo 2015/2016, venho por este meio, muito respeitosamente, solicitar a Vossa Exa^a. autorização para proceder à recolha dos dados necessários à prossecução da investigação referente ao trabalho final intitulado de *Apoio Social, Saúde Mental e Bem-estar em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados*.

O objetivo principal do estudo é avaliar o apoio social, o bem-estar e a saúde mental em idosos institucionalizados e não institucionalizados e, os instrumentos a utilizar para o concretizar são os seguintes: a Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) (versão portuguesa); a Escala *Continuum* de Saúde Mental (MHC-SF) (versão reduzida para adultos); a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) (versão portuguesa); e, o Questionário de Identificação Geral..

Desta forma, solicito a Vossa autorização para a aplicação dos instrumentos supramencionados juntos dos utentes da instituição, os quais só serão aplicados após o consentimento dos mesmos. Os utentes terão conhecimento do estudo e dos seus objetivos, sendo informados de que a sua participação é anónima, voluntária, gratuita e a informação por eles disponibilizada, é confidencial. Para além disso deverão ser pessoas sem demência a nível cognitivo, sinalizados pela instituição.

Subscrevo-me com elevada estima e consideração.

Porto, 15 de fevereiro de 2016.

A requerente

Lúcia Maria Travassos Alves