

Rui Manuel de Oliveira Campos Teixeira

A Qualidade de Vida do Idoso e as Influências que têm
sobre ela a Domiciliação e as Construções do Idoso sobre os
Problemas com a Família

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2004

Rui Manuel de Oliveira Campos Teixeira

A Qualidade de Vida do Idoso e as Influências que têm
sobre ela a Domiciliação e as Construções do Idoso sobre os
Problemas com a Família

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2004

Rui Manuel de Oliveira Campos Teixeira

A Qualidade de Vida do Idoso e as Influências que têm
sobre ela a Domiciliação e as Construções do Idoso sobre os
Problemas com a Família

ORIENTADOR: Professor Doutor Milton Madeira

CO – ORIENTADORA: Mestre Sónia Alves

Parecer do Orientador:

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia- Ramo Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária

Resumo

O aumento da longevidade do idoso é um dado adquirido. Já esse aumento da longevidade não tem sido acompanhado por um aumento da qualidade de vida nessas idades de forma tão pronunciada. Dentro dos factores que interferem com essa qualidade de vida, são os conflitos que surgem nas relações intergeracionais do idoso com a sua família os mais proeminentes. Opinião semelhante é manifestada por Aranda e Horna (2002) que refere que problemas familiares estão relacionados com maus-tratos. Um outro é a domiciliação do idoso (no Seio Familiar ou no Lar).

Os objectivos deste trabalho foram o de estabelecer qual a relação entre a *qualidade de vida do idoso* e as *construções do idoso sobre os problemas com a sua família* e o de avaliar comparativamente os sistemas de *domiciliação* dos idosos (no Meio Familiar ou em Lares de Idosos) no que concerne à *qualidade de vida* sentida por eles.

Foram definidas, para um 1º objectivo, as variáveis *Qualidade de Vida (QV)*, uma variável ordinal quantificada pela escala do *Perfil de Qualidade de Vida - Idosos* de Raphael, Renwick e Brown (1996) e *As Construções do Idoso sobre os Problemas com a Família* que é uma variável ordinal quantificada através da Escala de Construções dos Problemas (CPS) de Heathrington et al. (1998); para um 2º Objectivo utilizaram-se *Qualidade de Vida*, enquanto variável dependente e a *Domiciliação* do Idoso, enquanto variável do tipo qualitativo dicotómica.

Trata-se de um estudo do tipo correlacional para o 1º objectivo, através de uma correlação de Pearson, e ex-post-facto-prospectivo, com análise comparativa, no 2º objectivo, através do teste t de Student.

Os resultados para o 1º objectivo confirmam a existência de uma correlação negativa significativa entre as variáveis QV e CPS que foi fraca para o valor global do teste ($r = -0,228$), e foi forte e negativa quando se comparou com a sub-escala dos *Outros e Interpessoal* ($r = -0,657$) e forte e positiva quando se comparou com a sub-escala do *Self* ($r = 0,648$). Para o 2º objectivo, encontrou-se uma diferença significativa entre os idosos domiciliados no Seio Familiar e os domiciliados nos Lares com um $t = -22,802$ e uma significância de $p < 0,01$.

Concluiu-se neste estudo, de acordo com os estudos de Aranda e Horna (2002) e de Santos, S., Santos, I., Fernandes e Henriques (2002), que existe uma correlação forte e positiva entre qualidade de vida e as construções sobre os problemas da família atribuíveis à sub-escala *Self*, e forte e negativa com as construções atribuíveis à sub-escala *Outros e Interpessoal*. Por outro lado, a qualidade de Vida dos idosos a viver no Seio Familiar é maior dos que a dos que estão institucionalizados de acordo com os resultados de Queen e Freitag (1978) e de Noro e Aro (1996).

Summary

Long life increase on aged people is a fact.

This increase is not followed by the increase on the quality, of life on aged people in an expressive way.

Many different factors can interfere in that quality of life. The most distinguished factors are the conflicts which rise inside family relationships.

This opinion is also shared by Aranda and Horna (2002). They point out that family problems are related not only to bad family care, but also to the place where the aged people live. (The family household or Home Residence)

The aims of this work were those of establishing a relation between the quality of life of elderly people and the problems inside their family, as well as an assessment comparable to both systems of elderly people home (the family household or home residence) concerning their quality of life.

For a first aim two items were determined ; the item about quality of life, an ordinal item quantified by the scale of life quality model – aged people from Raphael, Renwick and Brown (1996).

The second item, an ordinal quantified item through the scale of problems structure, Heathrington and al (1998) is related to aged people structure connected with family conflicts.

For a second aim, aged people quality of life was used not only as a dependent item but also as a dichotomic item, related to aged people domiciliation.

This is a sort of correlation work for the first aim through a correlation from Pearson, and ex-post-fact prospective compared analysis on the second aim through the t test of Student. The results for the first aim confirm the existence of a negative and expressive correlation between both items, which was poor for the total test result ($r = -$

0,288) but it was strong and negative when it was compared with The Others and the Inter-individual sub-scale ($r = -0,657$).

It was strong and positive when it was compared with a subscale from self ($r = 0,648$).

For the second aim there was an expressive difference between aged people living in family households and aged people living in home residences with a $t = -22,802$ and a strong expression of $p < 0,01$.

After Aranda and Horna (2002) and Santos, S.; Santos, I., Fernandes and Henriques (2002) essay the conclusion is that there is an expressive and positive correlation between quality of life and aged people structure connected with family conflicts conferred to the sub-scale Self, and a strong and negative conferred to the sub-scale The Others and the Inter-individual.

On the other hand, aged people quality of life, living in family household is bigger than those who are living in home residences, after the results from Queen and Freitag (1978) and Naro and Aro (1996)

Sommaire

L'accroissement de la longévité chez les personnes âgées c'est un fait.

Cet accroissement de la longévité ne signifie pas l'accroissement de la qualité de vie.

Dans les facteurs qui interfèrent avec cette qualité de vie, on peut distinguer les conflits qui se présentent dans les rapports de relation de la personne âgée envers sa famille et ceux qui l'entourent.

La même opinion est partagée par Aranda et Horna (2002) qui affirme que les problèmes de famille sont en rapport avec les sévices et aussi l'endroit où la personne âgée habite.

Les objectifs de cette thèse ont été l'établissement d'un rapport entre la Qualité de Vie de la personne âgée et sa structure par rapport aux conflits au centre de sa famille, ainsi que l'évaluation en comparaison des deux systèmes de résidence de la personne âgée (en famille ou en foyer public).

Pour le premier objectif, deux items ont été établis. Un item ordinal qualifié par l'échelle du portrait de la Qualité de Vie – Âgée de Raphael, Renwick et Brown (1996). Le deuxième item, la structure de la personne âgée envers les conflits de famille c'est un item ordinal qualifié par l'échelle des Constructions des Problèmes avec la Famille de Heathrington et al. (1998).

Pour un deuxième objectif l'item Qualité de Vie a été abordé en tant que item dépendant et le foyer de la personne âgée a été abordé en tant que item de type qualitatif dichotomique.

Il s'agit d'une étude du type corrélatif pour le premier objectif à travers d'une corrélation de Pearson et «ex-post-fact-prospectif» avec analyse comparable pour le deuxième objectif, à travers du test t de Student.

Les résultats pour le premier objectif confirment l'existence d'une analogie négative et significative entre les items. Cette analogie a été faible pour la valeur total du test ($r = 0,228$) et a été fort et négatif lors que celle-ci a été comparable a sub-échelle Les Autres et Interaction Personnel. La même analogie a été fort et positive lors que celle-ci a été comparable a la sub-échelle «Self» ($r = 0,648$).

Pour le deuxième objectif on a trouvé une différence significative entre les personnes âgées au foyer familial et ceux qui se trouvent au foyer publique avec un $t = -22,802$ et une expression de $p < 0,01$.

En conclusion, et après les études de Aranda et Horna (2002) et Santos, S., Santos, I., Fernandes e Henriques (2002), il existe une analogie fort et positive entre la Qualité de vie et la structure sur les problèmes de famille rapportée à la sub-échelle «Self» ; il existe une analogie fort et négative pour les structures rapportés à la sub-échelles «les Autres et Interaction Personnel».

Au contraire la Qualité de Vie des personnes âgées qui habitent au foyer familial est mieux que celle des personnes âgées qui habite au foyer publique, d'accord les études de Queen et Freitag (1978) et de Noro et Aro (1996).

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à memória do meu Sogro, Manuel António, por a sua vida ter sido um exemplo de como se pode viver com qualidade de vida apesar de todas as dificuldades que possam existir.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido viável sem a colaboração de algumas pessoas a quem quero deixar expresso os meus agradecimentos:

Aos idosos todos que me acolheram e tiveram a paciência de colaborar comigo;

Aos Lares que colaboraram comigo pela sua inestimável colaboração;

Às colaboradoras que me ajudaram, preenchendo os testes com os idosos dos lares;

Aos meus colegas de trabalho que me ajudaram de maneira a permitir que eu pudesse frequentar este mestrado e sempre me deram alento para continuar;

À Dra Melanie pela simpatia com que sempre me apoiou na ligação com a Universidade;

Aos meus Orientadores, Professor Doutor Milton Madeira e Mestre Sónia Alves porque me empurraram durante um ano e meio para este fim que pensei que não atingiria e pela paciência e dedicação com que me facilitaram os contactos com eles, por vezes abdicando das suas próprias horas de descanso

À minha filha, Ana, pela ajuda que me deu no trabalho que realizei.

Por fim, à minha família que sempre me apoiou, abdicou frequentemente da minha presença, substituiu-me em muitas tarefas que a mim me competiam e me deram alento para cumprir os meus objectivos.

INDÍCE

RESUMO.....	V
SUMMARY	VI
SOMMAIRE	VIII
DEDICATÓRIA	XI
AGRADECIMENTOS	XII
INTRODUÇÃO.....	1
JUSTIFICAÇÃO	7
CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	10
A) O IDOSO E O SEU MUNDO.....	11
1) <i>Introdução</i>	11
2) <i>Alguns conceitos básicos</i>	17
3) <i>Aspectos demográficos da velhice</i>	23
a) Demografia mundial	25
b) Aspectos demográficos nacionais	27
4) <i>Mitos da 3ª Idade</i>	30
5) <i>Aspectos biopsicossociais</i>	37
a) Aspectos físicos	37
b) Aspectos psíquicos.....	47
c) Aspectos sociais.....	66
6) <i>As perdas do idoso</i>	83
B) O IDOSO E A FAMÍLIA.....	91
1) <i>Introdução</i>	91
2) <i>A Família</i>	93
3) <i>Relações intergeracionais na velhice</i>	114
4) <i>Aspectos sociológicos da família</i>	134
5) <i>Conclusão</i>	139

C)	QUALIDADE DE VIDA	140
1)	<i>Conceito de Qualidade de Vida</i>	140
2)	<i>Dimensões da qualidade de vida</i>	146
a)	Introdução.....	146
b)	Físico	151
c)	Psíquico e espiritual.....	157
d)	Sócio-cultural.....	161
3)	<i>Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida</i>	173
a)	Introdução.....	173
b)	Alguns instrumentos	176
ESTUDO EMPÍRICO		183
A)	METODOLOGIA	184
1)	<i>Preâmbulo</i>	184
2)	<i>Objectivos</i>	185
3)	<i>Hipóteses</i>	186
4)	<i>Tipo de Pesquisa</i>	186
5)	<i>Variáveis</i>	187
6)	<i>Universo da Pesquisa</i>	190
7)	<i>Amostragem</i>	190
a)	Procedimentos de Amostragem	190
b)	Caracterização da população obtida na amostragem.....	191
c)	Perfil do participante no estudo	196
8)	<i>Instrumentos</i>	196
a)	O “Perfil de Qualidade de Vida – Idosos” (Quality of Life Profile – Seniors).	196
b)	Escala de Construção de Problemas – CPS.....	208
9)	<i>Procedimentos experimentais</i>	210
B)	RESULTADOS.....	213
10)	<i>Definição dos dados</i>	213
11)	<i>Levantamento de dados</i>	214
12)	<i>Métodos de tratamento e análise de dados</i>	215

a) Tratamento de dados.....	216
b) Análise e Interpretação dos Resultados	216
DISCUSSÃO	223
CONCLUSÕES.....	227
BIBLIOGRAFIA	230
ANEXO.....	268

INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida é cada vez mais uma preocupação da população mundial. Ouvimos frequentemente falar de qualidade de vida e da sua promoção: são os políticos que prometem uma melhor qualidade de vida, são os industriais que promovem produtos que dão melhor qualidade de vida, são cidades onde se habita com qualidade de vida e são os medicamentos que vão promover a qualidade de vida do doente.

O conceito de Qualidade de Vida embora seja muito antigo, só após a Segunda Guerra Mundial é que passou a ser estudado com mais profundidade. Talvez se deva este facto à notoriedade que políticos de todo o mundo lhe começaram a dar. O primeiro instrumento para avaliar a *Qualidade de Vida* foi criado em 1937, em Nova York. Já nessa altura o instrumento pretendia avaliar as necessidades de saúde da população idosa da cidade (Prutkin, 2002).

Com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, como sendo o completo bem-estar físico, psíquico e social, deu-se uma revolução no conceito de qualidade de vida (Prutkin, 2002). Este conceito passou, então, a basear-se nesta definição e assim os conceitos de qualidade de vida ganharam a abrangência que tem hoje.

Em 1966 surgiu o interesse na qualidade de vida dos sobreviventes a doenças potencialmente fatais. O objectivo dos tratamentos dessas doenças deixou de ser só a cura da doença mas também a qualidade de vida que o doente teria após a cura. Uma das primeiras doenças a ser alvo dessa preocupação foi o cancro da mama, tendo sido preocupação dos terapeutas os aspectos biopsicossociais da doente após a cura (Prutkin, 2002).

Dois factores importantes promoveram o interesse na investigação sobre a qualidade de vida: o primeiro foi a exigência da Food and Drug Administration, em 1985, de todos os produtos para o cancro propostos para aprovação de comercialização necessitarem de apresentar estudos de qualidade de vida; o outro foi a publicação de um artigo sobre qualidade de vida numa revista conceituada de medicina ao qual foi dada grande divulgação e gerou grande polémica à sua volta (Prutkin, 2002).

Foi em 1947 que, pela primeira vez, se fez um trabalho de investigação para avaliar a qualidade de vida dos idosos a viver em ambiente institucional (Zeman, 1947, cit por Prutkin, 2002).

Com o envelhecimento populacional que se desenvolve nos últimos anos, a preocupação veio estabelecer-se na qualidade de vida do idoso. Viver mais não significa viver bem. Assim era necessário desenvolver-se instrumentos que avaliassem a qualidade de vida desse escalão etário (Santos, S., Santos, I., Fernandes & Henriques, 2002).

A utilização dos instrumentos usados na adultez demonstrou-se incapaz de avaliar a dimensão qualidade de vida nos idosos já que as características específicas deste grupo etário padronizavam essa dimensão em expectativas muito diferentes (Santos, S., et al., 2002). Estes mesmos autores referem a importância de implementar a avaliação da qualidade de vida nos idosos para permitir a implementação de medidas que permitam corrigir alguns aspectos da sua vida de maneira a poderem ser escolhidos os objectivos de acordo com as carências sentidas por eles. De igual importância reveste-se a possibilidade de servirem para avaliar as medidas que forem implementadas.

Assim, houve que procurar entender a população idosa para procurar encontrar quais as expectativas que deveriam estar presentes no instrumento para que a avaliação de qualidade desse alguma fidedignidade.

Uma das circunstâncias que frequentemente tem sido responsabilizada pela má qualidade de vida do idoso é a sua institucionalização. Os idosos que vivem em instituições têm pior qualidade de vida como foi demonstrado por numerosos estudos como os de Queen e Freitag (1978) e de Noro e Aro (1996). Mas a família pode não ser sempre uma fonte de qualidade de vida. No seu seio desenvolvem-se problemas que podem afectar de forma importante a satisfação do idoso com ela. No estudo de Aranda e Horna (2002) demonstrou-se que quando existem problemas familiares e maus-tratos, estes são preditores de baixa qualidade de vida.

Assim duas grandes questões se levantaram pelos achados que foram referidos: a primeira é se existe correlação entre a qualidade de vida do idoso e a forma como ele vê os problemas com a sua família como acontecia nos trabalhos de Aranda e Horna (2002) e de Santos, S., Santos, I., Fernandes e Henriques (2002); a segunda é se a diferença entre a qualidade de vida dos idosos que vivem no seio familiar e os que vivem em lares numa população rural é tão significativa como a diferença encontrada em populações urbanas como eram as de Queen e Freitag (1978) e de Noro e Aro (1996).

Para isso recorreu-se a dois instrumentos para avaliação quantitativa da *Qualidade de Vida* e para avaliação das construções sobre os problemas com a família: O *Quality of Life Profile – Senior Version* de Raphael et al. (1996) e a *Escala de Construções dos Problemas (CPS)* de Heathrington et al. (1998). Com estes

instrumentos definiram-se duas variáveis que se designaram por *Qualidade de Vida e Construções do Idoso sobre os Problemas com a Família*. Definiu-se ainda uma variável para o registo da *Domiciliação*. Foram ainda criadas as variáveis demográficas para proceder à caracterização da amostra que incluíam a *Idade*, o *Género*, o *Grau de Instrução*, o *Estado Civil* e o *Grau de Dependência*.

Com este trabalho pretende-se verificar se há realmente concordância nos resultados comparativos da qualidade de vida entre os idosos a viverem nos lares ou a viverem no seio da família em populações rurais como acontece com as de meios mais citadinos e se realmente a forma como o idoso faz as construções sobre os problemas que tem com a família tem alguma relação com a qualidade de vida e se tiver de que tipo é essa correlação.

O estudo realizado nesta dissertação poderá permitir actuar nos lares de idosos, alertando para a necessidade de dar mais condições de vida aos idosos para que eles sintam com maior qualidade de vida, e alertar as famílias para terem atenção com os problemas que têm com os idosos e a forma como lidam com esses problemas.

O trabalho de dissertação que se vai apresentar consta de duas partes: uma contextualização do problema e uma exposição do trabalho empírico realizado.

A contextualização teórica abordará o tema da terceira idade em três capítulos, tendo sempre presente a sua interrelação com a qualidade de vida. A problemática da velhice inserida no ambiente em que vive é abordada no capítulo 1, *O Idoso e o seu Mundo*. Nela se referirá de forma sucinta alguns aspectos demográficos do envelhecimento, os mitos sobre a terceira idade, os aspectos biopsicossociais ligados ao envelhecimento e as perdas do idoso. Já as relações entre o idoso e a sua família são

abordadas no capítulo 2, *O Idoso e a Família*. É ao longo deste capítulo que se fará a reflexão sobre a família, as relações do sistema familiar com o idoso numa perspectiva de intergeracionalidade e o papel sociológico da família. Por fim, no capítulo 3, *O Idoso e a Qualidade de Vida*, reflectiu-se sobre o que é a qualidade de vida, quais as dimensões da qualidade de vida que poderão ser mais importantes para o idoso e a forma como podemos avaliar a qualidade de vida.

Na Parte II far-se-á uma apresentação minuciosa dos métodos utilizados no estudo desta dissertação, analisar-se-á os resultados obtidos e serão discutidos esses resultados.

O trabalho será terminado com a apresentação das Conclusões a que se chegaram com ele.

JUSTIFICAÇÃO

Quando se inicia um trabalho de investigação a motivação do investigador para a escolha de um tema é condicionado por múltiplas influências, algumas internas ao investigador, outras provenientes do próprio meio e ainda outras por sugestões que a literatura da especialidade podem dar.

Na vivência pessoal do autor, a convivência com pessoas idosas foi muito frequente, tendo-se apercebido desde muito cedo dos problemas físicos, psíquicos e sociais que esses idosos manifestavam.

A nível profissional, os problemas dos idosos, quer dos que vivem na comunidade quer dos que estão institucionalizados, chamaram também a atenção do autor para a forma como este grupo etário sente os problemas que tem com a família. É frequente que esses problemas sejam causa de grande stress e de psicopatologia.

O estudo da Qualidade de Vida do idoso foi despertado pelos conhecimentos adquiridos na leitura de artigos científicos de diversos autores. Paúl (1997) refere a importância de se estudar o idoso e a sua Qualidade de Vida, referindo-se aos factores físicos, psíquicos e sociais que condicionam a sua satisfação com a vida. Vercauteren, Predazzi e Loriaux (2001a) salientam o papel das relações intergeracionais no bem-estar do idoso. Couvreur (2001) interveio nesta influência pela chamada de atenção para o carácter multifactorial da Qualidade de Vida e a descrição das diferentes dimensões que pode assumir.

Por fim a curiosidade científica de mais conhecer. Quando se tenta atribuir a falta de Qualidade de Vida dos idosos que vivem nos Lares de Terceira Idade ao deficiente funcionamento da instituição, uma questão se nos levanta: será que é essa a única causa da má Qualidade de Vida? Será que um idoso institucionalizado não sentirá

que a sua família o desprezou ou abandonou enviando-o para uma profunda depressão muito mais condicionante de má Qualidade de Vida do que o próprio funcionamento do Lar?

Foram estas as grandes motivações desta dissertação.

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A) O IDOSO E O SEU MUNDO

1) Introdução

Ser idoso num mundo que privilegia a juventude e a geração de riqueza é uma aventura. No entanto, de uma forma paradoxal, a percentagem de idosos no mundo actual tem vindo a aumentar, quer pelo aumento da esperança de vida quer pela redução da natalidade. Este fenómeno é tão mais evidente quanto mais desenvolvido for o país em que ocorre.

Num mundo em que do binómio rentabilidade/doença é privilegiada a primeira, o idoso vai ter que se adaptar e reorganizar a sua vida de maneira a evitar o isolamento e a manter a sua autonomia. Desta forma a melhor ou pior forma de encarar o envelhecimento e superar as dificuldades depende dessa adaptação e dessa autonomia (Alvarenga, Sousa, Ferreira, Romariz & Botelho, 1990).

Das consequências mais importantes do envelhecimento, são as sociais que condicionam uma imagem negativa ao idoso (Ebrahim & Kalache, 1998).

Se no passado os idosos eram consagrados pela sua sabedoria adquirida ao longo dos anos e feita de experiência, a evolução dos conhecimentos é hoje de tal forma rápida que toda a sabedoria feita de experiência é transformada em desactualização. Se, mesmo durante o período activo da vida, uma pequeno desvio da atenção sobre essa evolução pode conduzir a um desenquadramento do indivíduo da realidade social e profissional, muito mais isso poderá acontecer com os idosos que por motivo da sua reforma e pela diminuição da sua capacidade de memorização acabam por se afastar da actualização e com isso transformarem-se em “ultrapassados”.

Burguess (1960, cited por Debert, 1999) fala de *roless role* referindo-se à velhice salientando assim que o papel atribuído pela sociedade ao idoso é o manter-se inactivo.

O afastamento do idoso é assumido pela sociedade como a solução ideal. O idoso é institucionalizado, é encaminhado para actividades destinadas só a idosos, é afastado do trabalho e é “poupado” das actividades sociais (Lima & Viegas, 1988 cited por Paúl, 1997).

Bessa (1994, p. 35) afirma que “a velhice não é uma invenção do homem”. Refere, ainda, que é um momento de angústia pelas limitações económicas, sociais e individuais (independência e autonomia).

O idoso tem uma imagem negativa ao olhar da sociedade sendo visto como uma pessoa pobre, não produtiva, sozinha e necessitando de apoio de terceiros (Linhares e Cunha, 1999).

Costa (1998, p. 19) afirma que “se existe uma angústia e uma nostalgia por parte do próprio idoso, provavelmente suas causas estão ligadas não somente aos comprometimento biológico que, inevitavelmente – em vários casos – se faz presente, como também aos maus tratos, à falta de respeito, à postura preconceituosa dos demais que tendem a arremessá-lo à margem da sociedade, a ponto de qualificá-lo de um quase fora de lei”.

Não seriam estes factos importantes por si só se não condicionassem consequências psicológicas, físicas e sociais para o idoso que conduzem muito frequentemente a uma redução da qualidade de vida. Assim, é perceptível porque é que o grande objectivo da OMS é dar qualidade de vida aos anos. Os avanços da medicina

têm condicionado um aumento da quantidade de idosos que têm conseguido atingir idades avançadas o que por si foi uma grande conquista. Os indivíduos conseguem viver mais tempo... Mas será que vivem bem? A este aumento do tempo de vida não fomos ainda capazes de fazer corresponder um aumento da qualidade de vida. Hormigo (1996, p. 26) afirma que “*para idosos internados em lares, a avaliação ambiental deve focar a qualidade de vida*”. A terceira idade e, principalmente, a quarta idade acompanham-se de alterações a nível físico, cognitivo e social que impedem a manutenção de um estilo de vida considerado compatível com a vida moderna e com a evolução dos tempos. A doença e as incapacidades que dela decorrem, os escassos apoios sociais que promovem o isolamento e a depressão e as alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento ou das doenças que nele mais prevalecem tornam estes indivíduos como potenciais dependentes e encargos para a sociedade que o mantém.

Condicionantes como a situação económica, a limitação do seu acesso a uma segunda actividade, uma quebra brusca entre tempo laboral e tempo de reforma, uma baixa qualidade dos lares para idosos e uma incompreensão do verdadeiro papel do idoso na sociedade conduzem o idoso a uma má qualidade de vida deste grupo (Alvarenga et al., 1990).

Contudo, as estatísticas reflectem que a maioria dos idosos chegam a idades bem tardias sem qualquer dependência importante, vivendo sozinhos ou com o seu cônjuge na sua habitação de origem. Para Gaminde (1999), o aumento das incapacidades com a idade terá consequências quer nas estruturas formais quer nas informais já que cerca de 89% da população com incapacidade vive no domicílio (próprio ou de familiares). Muitos deles mantêm actividade laboral até bem tarde na vida.

Na geração dos *Baby Boomers* a população idosa irá ter perspectivas diferentes já que a maioria “vão iniciar uma nova carreira, iniciar um negócio familiar, trabalhar com um horário flexível” (Alvarez, 1997, p. 1037)

Só 7% dos idosos de 65 aos 75 anos necessitam de ajuda de terceira pessoa para a execução das tarefas básicas da vida diária. Este número aumenta para 44 % após os 85 anos (Hormigo, 1996).

Daqueles que necessitam de apoios para manter a sua qualidade de vida, a grande maioria está dependente da família e só uma minoria de instituições. Quaresma (1994) refere-se ao papel da família na prestação de cuidados ao idoso salientando as suas grandes potencialidades e virtuosidades. De facto, a assistência ao idoso é frequentemente prestada pela família - cônjuge, filhos ou sobrinhos.

Mas a disponibilidade destes apoios é cada vez mais limitada. A capacidade de proporcionar apoios informais aos idosos está reduzida pela entrada da mulher, até aí a principal fornecedora destes tipos de cuidados, no mercado de trabalho (Butler, 1997)

Os apoios formais poderão, assim, ser um contributo importante para o bem-estar do idoso e da sua família. Quaresma (1994, p. 75) escreve que “*alargar e diversificar o esquema de protecção social à família é contribuir para a melhoria da eficácia do sistema de cuidados disponíveis numa comunidade*”.

Os idosos saudáveis são um bem precioso da família, da comunidade e economias nacionais quer pelo trabalho convencional, pelo trabalho alternativo ou como voluntários (WHO, 2002).

Para isso temos de promover a saúde do idoso em todos os aspectos biopsicossociais de forma a que se mantenham independentes. Para Ermida e Veríssimo (1999, p. 16) “*tudo o que fizermos na área da saúde do idoso (...) reflectir-se-á seguramente no bem-estar da sociedade*”.

Uma comunidade que “esconde” os seus velhos não poderá ser uma sociedade saudável. O director da OMS declarou que “a saúde e a qualidade de vida ao longo de toda a existência reforçam a capacidade das pessoas se realizarem, edificarem uma comunidade onde diferentes gerações vivem em harmonia e constroem uma economia dinâmica” (WHO, 1999f)

Contudo, a família actual com o seu afastamento físico e psicológico pode não corresponder ao apoio ideal do idoso. Debert (1999) refere que a família nem sempre é uma garantia da qualidade de vida do idoso. Quer o desprezo quer os maus-tratos contra idosos são frequentes no seio da família.

É pois possível pensar que a capacidade da sociedade dar resposta aos seus idosos é uma forma de avaliação da sua qualidade de vida. Pode-se, assim, afirmar que “*a saúde dos idosos é hoje, nas sociedades civilizadas, um espelho dessa mesma sociedade*” (Ermida & Veríssimo, 1999, p. 16).

Mas a saúde é um factor da qualidade de vida quando vista de uma forma holística. Um reflexo da saúde do idoso é a sua capacidade de se manter activo ao longo dos anos. Aliás, manter a actividade é, para a OMS, uma chave para o envelhecimento bem sucedido. Por esse motivo no ano internacional do doente idoso (1999) escolheu como lema “*manter uma actividade para bem envelhecer*” (WHO, 1999f).

Manter uma actividade é, pois, uma mais valia para o idoso e para a sociedade. Mais valia que demonstra que o papel do idoso mantém-se relevante na maioria das sociedades quer seja nas mais industrializadas com apoio directo aos netos e a pessoas dependentes quer nas sociedades em vias de desenvolvimento com a manutenção do papel de trabalhador activo (Ebrahim & Kalache, 1998).

Apesar de toda a evolução obtida nos últimos anos a busca da qualidade de vida para os idosos está longe de poder ser considerada como um fenómeno mundial. Nos países do terceiro mundo a grande meta dos cuidados é evitar a morte pela fome (Alvarez, 1997b).

Mas quer seja em países em vias de desenvolvimento ou em países desenvolvidos o problema da terceira idade passa pela dependência e esta da existência ou não de doença. Mas será que a doença é inevitável na velhice? Peto e Doll (1997, p. 1030) afirmam que “*a velhice está associada com a doença mas não a causa*”.

Pode não haver relação directa entre o envelhecimento e a doença mas fica por explicar a maior incidência de doença nas idades mais avançadas (Peto e Doll, 1977).

Fica também por explicar as grandes diferenças no processo de envelhecimento podendo mesmo ser considerado como um processo individual. Fontaine (2000) refere a diversidade do envelhecimento que é condicionada pela idade biológica, pela idade psicológica e pela idade social cuja interrelação resulta numa idade que poderá diferir muito da idade cronológica.

E se estes condicionalismos justificam a individualidade não foi ainda encontrada a forma de evitar os seus efeitos. Uma das metodologias defendidas por alguns autores é o comportamento do indivíduo em termos de hábitos de vida saudável.

Mas outros defendem que muito embora o comportamento do indivíduo vá condicionar o envelhecimento não pode atrasá-lo ou invertê-lo. Podemos actuar em algumas causas exógenas, mas não podemos alterar as endógenas (Fontaine, 2000). No entanto, a maioria continua a defender os estilos de vida saudável ao longo da vida como prevenção das doenças e da incapacidade na velhice.

A responsabilidade de prestar os apoios aos idosos pertence a todos: governo, instituições privadas e ao cidadão comum (Butler, 1997). Mas acima de tudo a qualidade de vida do idoso depende de si próprio promovendo a sua saúde desde muito novo com adopção de hábitos de vida saudáveis e a sua manutenção em actividade quer mantendo-se no emprego mais tempo quer iniciando novas actividades (Butler, 1997)

Aqui e na forma como encarar-se-á a nossa própria velhice a educação tem um papel essencial no desenvolvimento de uma velhice bem sucedida na medida em que, por um lado, induz novas aprendizagens e, assim, novas competências e, por outro, promove a funcionalidade, a flexibilidade e a capacidade de adaptação (Neri & Cachioni, 1999).

Neste capítulo procurar-se-á algumas respostas a estas questões, pretendendo salientar as que interferem de forma mais importante na qualidade de vida do idoso de forma a que pudéssemos passar a ver o idoso como um cidadão com direitos e não como um peso social (Ebrahim & Kalache, 1998).

2) Alguns conceitos básicos

O ciclo de vida humano é um contínuo desde o nascimento do indivíduo até à sua morte. Muito embora se reconheça nesse contínuo várias etapas, os limites estabelecidos não são claros e a transição de uma fase para a outra é muito variável de

pessoa para pessoa tornando-o num fenómeno quase individual. “*O decurso da vida é entendido como uma sequência de mudanças regulares desde a infância até à velhice*” (Silva & Lima, 2002) ou como o conjunto de processos que um organismo sofre depois da fase de desenvolvimento (Tortosa & Motte, 2001).

Carmona (1995, p. 117) afirma que o envelhecimento “*não é uma doença. É um período da vida em que as manifestações patológicas são particularmente frequentes*”. É esta susceptibilidade aumentada que a população idosa terá de enfrentar lidando com as adaptações necessárias para obter o melhor índice de qualidade de vida possível. O conceito de senilidade põe em evidência as perdas que o idoso vai tendo de carácter patológico enquanto a senescência tem a ver com o idoso que na sua evolução progressiva e normal vai caminhando para o fim de vida (Tortosa & Motte, 2001). Mas a saúde e a qualidade de vida dos idosos dependem de vários factores dos quais se salientam os apoios sociais que podem alterar a dignidade com que vivem e da possibilidade do contacto social, dos abusos psíquicos e físicos de que são frequentemente vítimas e da existência ou não de doença, não sendo esta, contudo, a mais importante (WHO, 2003).

Contudo, para facilitar a implementação de uma política para a velhice foi estabelecido pela OMS que a velhice começaria pelos 65 anos de idade (Aragão & Sacadura, 1994), tendo esta sido considerada, para efeitos de investigação, a idade de referência.

Esta idade, contudo, não reflecte as diferenças individuais dos idosos. Tendo em conta que a involução é progressiva, é muito provável que existam diferenças entre idosos mais jovens e idosos mais velhos. Assim, com o avançar da idade média de vida,

cada vez mais idosos atingem idades mais avançadas criando problemas de grupo que são diferentes dos outros mais jovens. Assim, Correia (2003) propõe que subdividamos em três grupos, seguindo a classificação do Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América: O subgrupo dos idosos jovens que englobaria cronologicamente os que possuíam entre 65 e 74 anos de idade, os idosos que incluiriam os de 75 a 84 anos e os muito idosos que compreenderiam os indivíduos com mais de 85.

Paúl (1997) refere a classificação de Schroots e Birren (1980), dividindo o envelhecimento em três componentes importantes: Um componente biológico composto por todas as alterações orgânicas da senescência, um componente social que englobam as alterações decorrentes dos novos papéis sociais assumidos pelo indivíduo e um envelhecimento psicológico que englobam as alterações cognitivas e os mecanismos de adaptação às alterações provindas do processo de envelhecimento. Estes três componentes são, contudo, interdependentes e indissociáveis.

Uma classificação do envelhecimento é categorizá-lo em envelhecimento primário ou normal em que as mudanças que são próprias da senescência se salientam, um envelhecimento secundário que resultam de alterações condicionadas por situações patológicas associadas frequentemente à degenerescência e um envelhecimento terciário correspondente à perda acelerada de capacidades associada à fase terminal da vida (Neri & Cachioni, 1999).

A velhice bem sucedida pode ser observada por três prismas: A realização do potencial individual físico, psíquico e social, o funcionamento semelhante ao do resto da população e a promoção ou manutenção de competências em domínios pré-definidos (Neri & Cachioni, 1999).

O envelhecimento humano, apesar de ser um contínuo na vida do indivíduo, é acompanhado de alterações no estado físico e psíquico que levam ao declínio das funções do organismo que culminam na morte do ser humano. Para Neri e Cachioni (1999, p.117) “*o duplo movimento - selecção e optimização de capacidades em que o idoso tem bom nível de desempenho – garante a compensação de perdas ocasionadas pelo envelhecimento e, conseqüentemente, a continuidade de funcionalidade em domínios seleccionados e o aumento de motivação para a realização*”. Apesar de se ter aumentado o tempo médio de vida não foi possível até hoje prolongar o tempo máximo que a nossa espécie pode atingir. Mas a questão que se pode colocar é se a involução do organismo é responsável pelas doenças crónicas e potencialmente fatais que acompanham a terceira e a quarta idade ou, pelo contrário, as doenças que ocorrem com tanta frequência nessas idades justificam a deterioração orgânica e mental? Várias teorias tentam explicar os fenómenos biológicos que acompanham o envelhecimento. Na teoria imunológica a senescência é atribuída a uma incapacidade do sistema imunitário de reconhecer se as suas próprias células são normais ou patológicas e assim fazendo a destruição indiscriminada. Na genética defende-se que o envelhecimento seria programado no genoma de cada indivíduo e os processos de senescência teriam origem nesta programação prévia. Na teoria do erro postula-se como causa o erro na produção de proteínas celulares pelo ADN, tendo pontos comuns com a teoria genética. Na teoria do desgaste atribui-se a velhice à deterioração causada pelo tempo e pelos eventos da vida. A teoria dos radicais livres aponta para o fenómeno da peroxidação e a conseqüente produção de substâncias tóxicas para as células. Por fim, a neuroendócrina direcciona o envelhecimento para alterações das funções da regulação da homeostasia do organismo pelo sistema endócrino (Mailleux-Poirier, 1995).

Leitão (2000) refere que há evidência que a senescência estaria programada geneticamente. Quase todas as teorias se baseiam na existência de alterações celulares que condicionariam as alterações estruturais orgânicas que acompanham o envelhecimento (Silva & Saldanha, 1993). Segundo estes autores estas alterações orgânicas poderão ser causadas por determinismo genético ou por indução por agressões externas como doenças e influências do meio onde o indivíduo está inserido. Muito provavelmente haverá um mecanismo multicausal em que um determinismo genético determina a idade máxima que se poderá atingir e mecanismos externos determinarão a antecipação precocidade dos processos de senescência e a antecipação da morte. Contudo, não será fácil distinguir entre os efeitos que advêm da carga genética daqueles que são influenciados pelo ambiente, já que a genética condiciona predisposição para as doenças e estas podem alterar a informação genética contida no nosso genoma.

Uma das consequências que daqui advém é que apesar da ciência e dos meios sócio-culturais permitirem uma maior sobrevida, esta só terá algum interesse quando conseguirmos actuar sobre os meios externos de forma a retardar os seus efeitos sobre a função do organismo humano e assim permitir uma velhice com maior qualidade de vida.

As incapacidades dos idosos nos países desenvolvidos têm sofrido um decréscimo nos últimos anos. A justificação para este facto parece estar na aquisição mais precoce de hábitos de vida saudáveis e por uma melhor resposta da biotecnologia (WHO, 2004).

Se estas explicações poderão tentar justificar o envelhecimento físico já o envelhecimento psicossocial poderá ter outros motivos de cariz menos fisiológico.

Como nos aspectos físicos o envelhecimento psicossocial não é explicado totalmente por nenhuma das teorias existentes. Se a teoria da actividade promove como essencial para uma velhice bem sucedida a manutenção da integração social do indivíduo e da sua actividade, a teoria da desinserção prefere salientar o afastamento entre sociedade e idoso como causa do envelhecimento e a teoria da continuidade defende a necessidade da continuidade nos hábitos de vida para desenvolver uma velhice saudável (Mailloux-Poirier, 1995). Muito embora diferentes, as teorias são complementares e desenvolvem aspectos importantes da vida do idoso. Se a manutenção da actividade é importante, a sua inserção social e a continuidade no processo evolutivo podem ser a diferença para uma velhice bem sucedida.

Correia (2003), citando Rowe e Kahn, refere que mais importante que classificarmos os idosos seria classificar a velhice. Com isto pretender-se-ia valorizar mais a forma como a velhice é enfrentada pelo idoso do que a idade cronológica que como vimos poderá ter muitos motivos de viés. Aqueles autores dividiram a forma como envelhecemos em três grupos: O da velhice bem sucedida em que os padrões de vida seriam semelhantes aos dos da população adulta com mais sucesso, o da velhice habitual em que os padrões se aproximariam aos padrões médios da população adulta, e a velhice mal sucedida que revelariam padrões inferiores ao da população adulta. Se tem a vantagem de salientar o contínuo psicossocial entre adulto e idoso e de retirar à cronologia o papel classificativo mais importante, não respeita as particularidades da população idosa ao compará-la com a dos adultos mais jovens.

Vaz e Sousa (2003) distinguem entre envelhecimento demográfico e envelhecimento individual salientando que este, longe de ser uniforme, é tão variável como os percursos de vida de cada pessoa.

Com o envelhecimento apresentam-se-nos as alterações de tipo cognitivo. Estas, se não coexistirem patologias, são pouco frequentes antes dos 70 anos, e mesmo depois não são muito importantes até muito tarde na vida. Salientam-se nestas alterações as da memória recente e as que exijam alguma velocidade mental. Estas alterações são muitas vezes compensadas por adaptações que o próprio idoso assume de maneira a minimizar as suas consequências (Gaminde, 1999).

As necessidades de cuidados de saúde ao idoso englobam as actividades da vida diária, a saúde mental, saúde física, o suporte social e os recursos económicos e ambientais ou, por outras palavras, o bem-estar a que se refere a OMS na definição de saúde (Silva & Lima, 2002).

O conceito de velhice produtiva não se limita a um conceito estritamente economicista mas engloba papéis sociais quer familiares (cuidar dos netos ou dos familiares dependentes) quer comunitários (voluntariado) e papéis de consumidores e por isso promotores de riqueza (turismo, compras). Contudo, não são de excluir os papéis laborais que podem desempenhar como, por exemplo, os idosos que continuam a dedicar-se à agricultura ou ao artesanato (Neri & Cachioni, 1999).

3) Aspectos demográficos da velhice

Ser idoso no século XXI é fazer parte de um grupo etário em franco crescimento. Apesar disso tem sido dada pouca importância a este novo facto que se tem vindo a agravar no fim do século passado e neste início de século. Aspray (1994) prevê que até ao ano 2020 a população idosa nos países desenvolvidos possa aumentar cerca de 58 a 72 %. Com este argumento desafia a sociedade actual a tomar medidas para melhorar a vida desta classe etária.

Mas como podemos entender esta evolução tão rápida e tão preocupante do número de idosos? Paúl (1997, p. 9) afirma que “o principal factor responsável pelo envelhecimento das populações é o declínio da fecundidade, que provoca um envelhecimento na base e conseqüentemente um aumento da importância relativa dos idosos”. O envelhecimento e a reprodução são fenómenos quase universais do ser humano (Lessa, 1982 cited. por Silva & Lima, 2002). Nazareth (1988) refere a existência de dois tipos de envelhecimento: um, na base, com a redução dos jovens e outro, no topo, com o aumento dos idosos. Também o fluxo migratório pode justificar o envelhecimento ou rejuvenescimento populacional. O envelhecimento populacional é mais evidente nos países e nas regiões do país onde há maior fluxo emigratório (Nazareth, 1988). No entanto, o fenómeno não é totalmente explicável pela redução da natalidade e outros factores, como as migrações e a redução da mortalidade, são também factores importantes justificativos do envelhecimento populacional (Correia, 2003). As evoluções científicas e a melhoria das condições sócio-ambientais são por si só motivos para que haja um retardamento do aparecimento da morte. Do início do século XX até ao início do século XXI as principais causas de morte passaram das doenças infecciosas que atingiam os indivíduos em idades mais jovens para as doenças cérebro-vasculares, cardíacas e tumorais muito mais características da terceira idade. Se o envelhecimento populacional causou esta alteração ou se foi a alteração que condicionou o primeiro não será muito importante já que estes dois factos estão interligados.

As conseqüências sociais do aumento da população incluem os problemas económicos inerentes à contribuição social para este estrato etário, o aumento da procura de cuidados de saúde, os conflitos resultantes das novas necessidades

familiares, o aumento do recurso a soluções institucionais e o aumento das necessidades de apoio formal (Butler, 1997).

a) Demografia mundial

Procurar-se-á agora analisar a evolução que ao longo dos últimos anos teve a distribuição etária para melhor estabelecer a magnitude do problema.

A população mundial nos últimos 60 anos teve um aumento de 2,5 vezes na sua globalidade mas este valor ascende às 4 vezes na população com mais de 65 anos e 5 vezes na população com mais de 80 anos (Costa, 1999).

Segundo a WHO (2000a) em 2025 a população idosa terá duplicado e em 2050 cerca de 20% da população terá mais de 60 anos.

Bernard e Phillips (2000) referem que 20% da população está na idade da reforma mas onde houve maior evolução foi nas idades superiores a 75 anos e as previsões para o ano 2030 dão um aumento ainda mais substancial. Este aumento seria da ordem dos 400% nas idades superiores a 100 anos.

Segundo Costa (1999) a população idosa entre o ano de 1970 e o 2000 terá tido um incremento de 54% nos países desenvolvidos e de 123% nos países em via de desenvolvimento.

Observando a realidade mais restrito dos países desenvolvidos, uma previsão das tendências sociais europeias aponta para que em 2020 a população de mais de 65 anos atingirá a percentagem de 25% da população do continente europeu (Silva e Lima, 2002).

Numa perspectiva do género há também cambiantes acentuados. Bernard e Phillips (2000) afirmam que a proporção das mulheres é muito superior à dos homens, tendo na população inglesa uma proporção de 2:1 entre 75 a 84 anos, 4:1 entre os 85 a 89 anos e 7:1 acima dos 100 anos.

Há diferenças significativas no tempo de vida entre homens e mulheres com vantagens para estas em 6 a 8 anos. Contudo esta maior quantidade de vida não implica necessariamente uma melhor qualidade de vida. Parece que as mulheres vão viver a maior parte dos últimos anos de vida com mais limitações do que os homens (WHO, 2000b; WHO, 2003).

Contudo, esta situação não é comum a todo o mundo. Factores como uma mortalidade materna elevada, dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e a segregação de bebés do ser feminino (por negligência ou morte) poderão, em alguns países, reduzir a idade média das mulheres para a mesma ou para idade inferior à dos homens (WHO, 2003).

A situação social da mulher é modelada de forma a fazê-la perder poder em relação ao homem. Os aportes económicos inferiores, as limitações à socialização da mulher por restrições às suas actividades sociais e a maior frequência de incapacidade são as suas grandes causas (WHO, 2003).

Meryn e Jadad (2001) afirmam que, apesar de terem melhores condicionantes sociais, os homens têm mais altos índices de mortalidade em todas as causas de morte mais frequentes e uma vida média mais curta que a mulher em 7 anos. Estes autores atribuem esta diferença algo paradoxal a perturbações psicossociais como as toxicodependências (incluindo o álcool), à crise da meia-idade, à depressão e à

violência doméstica. Mas mesmo sabendo que estas poderão ser as determinantes mais importantes, é discutível que esta diferença se mantenha pois a mulher está a adoptar o mesmo tipo de comportamentos prejudiciais do homem.

Capacitando e dando poder aos idosos para desenvolver as suas contribuições à família e comunidade poderá ser uma forma de reduzir a pobreza individual e colectiva (WHO, 2000a).

b) Aspectos demográficos nacionais

Portugal é um dos países mais jovens da União Europeia (5º país menos envelhecido) antes do alargamento. Com uma população mais jovem só a Irlanda, o Luxemburgo, a Holanda e a Finlândia (INE, 1999). A esperança de vida em Portugal é a menor da União Europeia antes do alargamento, só tendo menor esperança de vida a Irlanda (INE, 1999).

E em Portugal como tem evoluído a população Portuguesa nos últimos anos? O índice de longevidade tem aumentado progressivamente (Correia, 2003).

As zonas de Portugal mais envelhecidas localizam-se mais no interior que no litoral já que é neste sentido que se dão predominantemente as migrações no nosso país (Nazareth, 1988).

As populações rurais e urbanas portuguesas apresentam diferenças em algumas características. Segundo Nina e Paiva (2001) num estudo feito entre populações de Coimbra (urbana) e Montemor (rural) encontraram diferenças significativas entre as duas populações quanto à habitação, ao rendimento mensal, ao auxílio na doença e ao suporte sociofamiliar com vantagens para as populações urbanas. Contudo, as variáveis

definidas neste estudo são essencialmente sociais que dependem muito das actividades anteriormente exercidas. Os aspectos psíquicos e físicos não foram abordados.

Já numa população rural do interior, Nunes (1991) analisa alguns aspectos dos apoios informais e psicológicos salientando que 60 % dos idosos referem solidão e 40 % não têm apoio familiar (filhos inexistentes ou afastados – migrações).

O índice de envelhecimento é mais elevado nos concelhos do interior do país e tem vindo a aumentar nos últimos anos (Correia, 2003). Como no resto do mundo, Portugal não é uniforme nas diferentes idades da velhice. Por exemplo o crescimento da população idosa é superior nas idades acima dos 85 anos do que nas outras idades mais jovens (INE, 1999). Numa perspectiva do género também no nosso país a esperança de vida dos homens é mais curta que a das mulheres mas podem esperar viver mais anos sem incapacidade (INE, 2000).

Em 1960 a relação de masculinidade (homens:mulheres) em idosos era 66:100 e em 1980 69:100. Esta relação vai reduzindo com o avanço da idade considerada. Assim nos idosos com mais de 75 anos a relação em 1998 era de 59:100 e no grupo com mais de 85 anos era de 42:100 (INE, 1999).

O índice de dependência aumentou entre 1990 e 1998 e é maior nas mulheres (26 dependentes:100 idosos) do que nos homens (14:100). Este facto poderá ter a ver com a maior longevidade delas (INE, 1999).

Das incapacidades, apenas naquela que está relacionada com a comunicação é que as mulheres terão mais vantagem (quadro 1).

Quadro 1 Comparação dos diversos tipos de incapacidade segundo o sexo em idosos com mais de 85 anos (INE, 2000)

	Incapacidade de locomoção	Incapacidade funcional	Incapacidade de criatividade	Incapacidade para a comunicação	Sem nenhuma incapacidade
Masc	45%	27,9%	47,3%	38,5%	13,4%
Fem	37,3%	18,6%	37,7%	39,3%	9,7%
% da esperança de vida					

A incapacidade que reduz a actividade, porque relacionado com as actividades da vida diária, podem condicionar uma diminuição da qualidade de vida no idoso (INE, 2000).

A incapacidade funcional está relacionada essencialmente com a mobilidade do idoso o que reflecte especialmente a autonomia do idoso (INE, 2000).

Em 1998 cerca de 83% dos idosos eram inactivos, muito embora nestes estejam considerados os reformados (80,9%) que em muitos casos mantêm a actividade após a reforma (INE, 1999).

Uma das consequências do envelhecimento nacional é a redução das entradas económicas já que sendo os recursos económicos do país limitados o aumento da população acarreta uma diminuição da quantidade de recursos adstritos a cada membro dessa população (Nazareth, 1988).

Outra das consequências é a redução do ratio entre activos e não activos que condicionam um aumento do peso contributivo sobre os primeiros. Desta pode resultar alguma conflitualidade intergeracional (Nazareth, 1988).

Só cerca de 2,5 % da população idosa vive em instituições e esta percentagem é variável com a idade, aumentando de 0,8% no grupo etário dos 65 aos 69 anos até aos 6,1% nas idades superiores a 80 anos (INE, 1999).

Em 1995 mais de um terço dos idosos eram pobres, isto é, viviam abaixo do limiar da pobreza (INE, 1999).

Será que estas condições poderão justificar que cerca de 40% dos suicidas são idosos e destes a maioria era do sexo masculino (INE, 1999)?

4) Mitos da 3ª Idade

A imagem negativa do idoso na sociedade está impregnada de estereótipos que estão interiorizados na memória colectiva e que são assumidos por todos como realidades. Estes mitos vão provocar no idoso uma resposta psicológica negativa, uma atitude social de deslocamento e tem consequências físicas importantes. Também os idosos assumem estes estereótipos e adoptam-nos sem contestação.

Sob o aspecto de auto-percepção os estereótipos da velhice são muito frequentes. Num estudo de Silva e Peralta (2002) verificou-se haver uma percepção negativista da velhice associando-a a conceitos como sofrimento, perda, menos valia e abandono. Estes conceitos são predominantes nos não-religiosos e nas mulheres.

É a própria sociedade que os impõe. Linhares e Cunha (1999) referem-se à imagem negativa do idoso que relacionam com a pobreza, improdutividade, solidão e dependência.

No entanto, como poderemos ver mais à frente, na grande maioria demonstraram-se como desinseridos da realidade mas com potencial agressivo sobre a saúde física, mental e social do idoso.

Num estudo realizado nos Estados Unidos por Levy, Slade, Kunkel e Kasl (2002) chegou-se à conclusão que a criação de estigmas na população de meia-idade e nos idosos reduzem a longevidade até 7 anos.

Mas ser idoso implica por si só, na sociedade actual, ter uma conotação negativa que se poderá designar por “idiosismo”. O conceito de “idosismo” reporta-se ao processo que transforma o “ser idoso” como um factor de discriminação negativo (Rodrigues, 1994). A autora (1994, p. 27) afirma que *“entre outros ele exprime-se pela criação e adopção de preconceitos sobre a natureza e experiência da velhice, como se de uma patologização das suas características se tratasse”*.

E se estas atitudes podem parecer pouco frequentes, a verdade é que a discriminação de forma mais ou menos aparente condiciona a vida de muitos idosos.

O idosismo existe mesmo em programas dirigidos à velhice nas suas práticas, por mais bem intencionados que sejam. Manifesta-se subestimando as capacidades dos idosos, baseando-os no que o idoso não consegue fazer, focalizando-os nas necessidades básicas e pouco nas socializantes e dando-lhes um carácter caritativo (Rodrigues, 1994).

Estas imagens negativas reflectem-se nas várias facetas da vida social. Leite (2002) refere-se à imagem social negativa do idoso que se reflecte nos média. Ele refere um estudo de Gerbner e Gross (1982-1992) que verificou que só 5,4% das personagens dos anúncios eram idosos.

Esta deficiente utilização social pode ser justificada por um conceito negativo da terceira idade. Por exemplo, Lenoir (1985, in Correia, 2003, p. 35) refere que ser velho “*representa ser diminuído, carenciado, alguém que precisa da nossa solidariedade, da nossa ajuda*”.

Mas quais os mitos com que mais frequentemente nos deparamos?

O “Idoso é um chato” é um dos mais frequentes que assumidos pela sociedade e pelo próprio idoso dão uma sensação de desinteresse nas suas conversas (Correia, 1993).

Este preconceito poderá ter a ver com a repetição frequente das mesmas histórias, a tentativa de chamar a atenção sobre as suas opiniões ou apenas porque coarctam a liberdades dos outros nas suas actividades laborais e de lazer. Este preconceito condiciona condutas de exclusão que os idosos vão sentir intimamente. Esse sentimento de ser um empecilho para a realização de projectos dos outros poderá também ser uma motivação negativa à socialização do idoso (Correia, 1993).

A WHO (1999e) refere um dos estereótipos mais frequentes da velhice e que afecta a visão que a sociedade e os próprios idosos fazem desta etapa de vida: A velhice é um peso económico para a sociedade. No entanto quer a capacidade laboral do idoso (continuam activos durante muitos anos após a reforma oficial) quer os papéis sociais que frequentemente desempenham contradizem esta hipótese.

Entre as atitudes estereotipadas da personalidade do idoso Barreto (1988, p. 162) inclui aspectos negativos como a “rigidez e o dogmatismo, o conservadorismo exagerado, o pessimismo e a desesperança, o egocentrismo e a avareza, a dependência e o desleixo, a irritabilidade e a incontinência emocional”. Mas o que é considerado

próprio desta idade não passa de características individuais que coexistem em todas as idades. As atitudes defensivas contra a sua despromoção social (rigidez, dogmatismo), um menor acesso a programas de actualização (conservadorismo), uma vida socialmente não reconhecida (pessimismo e desesperança), as dificuldades económicas (avareza) e os problemas de saúde (dependência e desleixo) são mais consequência do que causa das limitações impostas pela sociedade. Mas se o idoso tiver oportunidades, aproveita-as e através de uma aprendizagem ultrapassa as dificuldades. Mas mesmo popularmente a capacidade de aprendizagem do idoso não é reconhecida. Um ditado popular disseminado por todo o país defende que “burro velho não aprende línguas”. Este foi atribuído à noção de incapacidade que o idoso teria para a aprendizagem. No entanto, Ferrer (2000) contradiz afirmando, baseado em numerosos estudos, que a aprendizagem se mantém ao longo da vida só variando o tempo de aprendizagem pelo que devemos entender o idoso como alguém que aprende mas a uma velocidade menor.

Uma desvalorização das suas opiniões é um outro acontecimento que ocorre pelo mito da desactualização do idoso (Correia, 1993). Esta desactualização depende da redução das oportunidades de formação já que não há interesse em manter o idoso equipado com conhecimentos mais actualizados.

Zimerman (2000) refere que, de forma errónea, a sociedade impõe que os velhos devem dar lugar aos mais jovens quer com o significado da necessidade de aumentar as possibilidades laborais para estes quer com a intenção de salientar a necessidade de renovar o pessoal trocando pessoas menos capazes (os velhos) por outras mais actualizadas (os jovens).

Outro dos salientados pela WHO (1999c) foi o da falta de produtividade dos idosos. Este mito é contrariado pelos papéis sociais do idoso, quer na família quer na sociedade (com trabalho pago ou não pago) que são cada vez mais frequentes e importantes.

Outro estereótipo é o da inutilidade. O indivíduo numa sociedade industrial é valorizado pela capacidade de produção e quando deixa de produzir deixa de ter um lugar no seu seio discriminando as suas opiniões e afastando-o do controlo sobre a sua própria vida (Santos, 2002).

Moreira (2000, p. 25) afirma que “a palavra ‘velho’ traduz um arsenal de estereótipos sociais e de sentimentos negativos: é aquilo que não tem utilidade, que está fora de moda, que é antigo, que está gasto, ou que não se adequa à realidade presente”.

Outro estereótipo é o do idoso ser teimoso. Provém essencialmente da capacidade que mantém de defender as suas convicções embora estejam abertas a mudar de opinião quando lhe é demonstrada a veracidade das afirmações em discussão (Santos, 2002).

Existe um estereótipo cultural que define a velhice como sinónimo de doença impedindo o idoso de vivenciar plenamente este momento de vida. Este estereótipo tem variabilidade antropológica (Santos, 2002).

Frequentemente estabelecemos uma confusão entre doença e limitação social. De facto a doença não é por si só uma limitação à participação social activa do idoso como o não é do jovem e com os tratamentos adequados podem permitir a manutenção de uma qualidade de vida elevada do idoso (Santos, 2002).

Várias doenças vão modificar a imagem social do idoso. Entre elas encontram-se as perceptivas que são frequentemente generalizadas como a perda da audição. O “idoso é surdo” e por causa desta diminuição de acuidade que por vezes ocorre, o idoso sente que os indivíduos que com ele convivem se sentem enfastiados pela necessidade de repetir frequentemente frases para serem entendidos (Correia, 1993). De qualquer forma a perda não é comum a todos os idosos de forma a dificultar a comunicação humana.

Outro dos mitos é considerar o idoso como um ente sempre igual e com as mesmas características. A WHO (1999d) salienta em contrapartida que o idoso é como em qualquer outra idade um indivíduo diferente de todos os outros, quer física, quer psíquica quer socialmente.

A WHO (1999b) refere-se ao estereótipo de que a mulher e o homem envelhecem da mesma forma. Segundo esta organização quer o tempo de vida (maior na mulher do que no homem) quer o desenvolvimento de incapacidades (maior na mulher do que no homem) quer o reconhecimento social no envelhecimento (maior no homem do que na mulher) quer na vitimização a que são sujeitos (maior na mulher) provam a falsidade deste mito.

A sexualidade do idoso foi durante muito tempo considerado como inexistente e desnecessário. Estudos mais recentes como os de Katz (1999, cited por Katz & Marshall, 2003) vieram contrariar este estereótipo e facilitou o desenvolvimento de soluções para as disfunções sexuais ligadas à idade.

Bowd (2003) numa análise de anedotas sobre a terceira idade detectou diversos estereótipos sobre a terceira idade. Um foi o desinteresse sexual e impotência embora

este estereótipo tenha sido contradito por estudos feitos por Matthias e colaboradores (1997, cited por Bowd, 2003) e por Starr e Weiner (1981, cited por Bowd, 2003).

Outro dos estereótipos que Bowd (2003) encontrou foi a perda cognitiva do idoso perda que acontece apenas numa pequena percentagem de idosos.

Um dos mitos muito frequente é que o idoso frequenta abusivamente os cuidados de saúde. Mañas (2000) refere a existência de evidências de que os idosos utilizam os serviços de saúde de forma mais adequada que a população adulta.

Tem-se a percepção de que existem mais idosos nos países desenvolvidos do que nos países em via de desenvolvimento, influenciados pelo conceito de demográfico que atribui às sociedades desenvolvidas uma taxa de envelhecimento maior. Contudo, o facto da maioria dos idosos viverem nos países desenvolvidos é também um mito (WHO, 1999a) já que a maioria dos idosos vivem em países em vias de desenvolvimento. Isto pode trazer preocupações pois as medidas protectoras da velhice são muito menos aplicadas nestes países.

Mas se as consequências da existência de mitos para a vida dos idosos podem ser catastróficas como vimos anteriormente, é também certo que cada vez mais idosos lidam de uma forma positiva com os mitos. No estudo de Levy et al. (2002) mostrou-se que uma grande quantidade de indivíduos era capaz de lidar com sucesso com os estereótipos da velhice.

Santos (2002), afirma que existe uma construção cultural negativa de envelhecimento muito forte e que está a ser desconstruída à medida que os idosos longevos e saudáveis aumentando consideravelmente na nossa sociedade.

5) Aspectos biopsicossociais

a) Aspectos físicos

Fisicamente o idoso apresenta alterações próprias do envelhecimento. No âmbito do presente trabalho não há necessidade de explorar todas estas alterações, mas referir algumas que mais frequentemente interfiram com a qualidade de vida durante a velhice.

O idoso é um indivíduo com diminuição da capacidade de reacção à doença, condicionando uma patologia múltipla e condicionando as condições sociais que o envolvem (Ermida, 1996).

Berger (1995a) apontam para as alterações estruturais que conduzem ao envelhecimento manifestam-se progressivamente a partir dos 40 anos carecendo de adaptações sucessivas orgânicas para conseguir o equilíbrio funcional.

As alterações funcionais do idoso que mais interferem com a sua qualidade de vida englobam:

Alteração do aparelho cardiovascular com diminuição da capacidade funcional cardíaca

Alteração do aparelho respiratório com diminuição da capacidade respiratória máxima

Diminuição do olfacto e do paladar baixando a capacidade de sentir prazer na alimentação

Redução da acuidade auditiva que dificulta a sua comunicação interpessoal

Alterações visuais, quer relacionadas com a adaptação do cristalino (presbiopia) quer com a sua transparência (cataratas)

Alterações do ritmo de sono com diminuição de quantidade do tempo do sono e fraccionamento desse sono (Berger, 1995a).

Fisicamente o idoso caracteriza-se pela existência de patologia múltipla, apresentação atípica das doenças, funções fisiológicas limite, diminuição das reservas funcionais e limites entre o normal e a patologia pouco definidos (Martinez & Correia, 1997).

O impacto da doença no idoso não é semelhante em ambos os sexos. Segundo a WHO (2003) existem diferenças na distribuição: das doenças cardiovasculares, onde existem mais mulheres com doenças cardiovasculares mas em percentagem a doença atinge mais frequentemente o homem; do cancro, em que o homem apresenta maior incidência, predominando os do pulmão, estômago, fígado, cólon e próstata, enquanto na mulher são os da mama, pulmão e cólon; dos problemas osteo-articulares onde a predominância é da mulher quer nas doenças degenerativas quer nas traumáticas; da saúde mental onde as mulheres também lideram principalmente pela depressão já que a demência tem uma distribuição semelhante; dos défices perceptivos onde a mulher apresenta muitos mais casos de cegueira provavelmente por fazer muito menos cirurgias às cataratas; de incontinência que também afecta mais o sexo feminino.

Assim sendo, os homens apresentam mais frequentemente patologias conducentes à morte enquanto nas mulheres dominam as patologias que provocam a incapacidade e a dependência.

Segundo a OMS (2000b) as mulheres apesar de terem uma maior longevidade não têm vidas mais saudáveis já que são mais propensas à incapacidade do que o homem. Esta situação torna-as mais frágeis e, por isso, passam mais anos dependentes.

Também em Portugal as mulheres vivem mais mas os homens vivem mais tempo sem incapacidades (INE, 2000).

Contudo, uma coisa é alterações orgânicas, outras são as preocupações que mais atingem o idoso quanto à sua saúde.

Willcox e Stefanick (1999) realizaram um estudo sobre percepção que as mulheres de meia idade e as idosas têm da incidência de mortalidade por doença cardiovascular e da mortalidade por cancro da mama, pulmão e cólon chegaram à conclusão que as mulheres idosas não se preocupam com a doença cardiovascular como causa de morte e todas as mulheres sobrevalorizam o cancro da mama e subvalorizam o do pulmão e do cólon.

Uma das condições que interferem com a saúde física do idoso é a alimentação. Se bem que a alimentação deverá ter características semelhantes à do adulto só com alterações que sejam necessárias sugeridas pelas mudanças físicas. No entanto, ultimamente alguns pormenores têm sido valorizados de forma especial. Um deles é a obesidade.

O tratamento da obesidade envolvendo um programa composto por dieta e exercício tem um efeito positivo na avaliação da qualidade de vida. Das diversas componentes da qualidade de vida só a saúde mental não apresentou diferenças entre o grupo testado e o grupo de controlo (Rejeski, et al., 2002).

O papel das substâncias redutoras na saúde do idoso é também uma das questões que estão em discussão actualmente. A vitamina C é uma substância redutora que tem sido alvo dessa investigação. Provou-se que a ingestão de vitamina C está relacionada

negativamente com a mortalidade e com o défice cognitivo (Gale, Martyn & Cooper, 1996).

A prática de exercício físico no idoso é um factor promotor de autonomia e de qualidade de vida.

No estudo de Lessa, Rendas, Samouco, Botelho e Ramilo, (1994) a prática de exercício físico na terceira idade estava presente em cerca de 10% da amostra mas tinha sido iniciado quase sempre tardiamente (mais de 55 anos).

O exercício físico no idoso pode rejuvenescê-lo em 10 a 15 anos (McMurdo, 2000). Este actua por estimulação muscular e consequentes quedas. Para além disso também reduz a osteoporose.

O exercício físico no idoso é um factor importante de promoção de saúde e de qualidade de vida. A justificação para esta afirmação baseia-se num maior tempo com independência nos seus praticantes, num maior estímulo para a adopção de outros estilos de vida saudáveis, numa promoção de bem-estar afectivo e cognitivo e a redução de algumas patologias associadas a hábitos de vida sedentária (Nunes, 1987).

O resultado do exercício físico continuado, revelou num estudo de Martins, Gomes e Sobral (2002), um aumento da força muscular e uma melhoria na flexibilidade, agilidade, equilíbrio e coordenação motora, que no seu conjunto prediz uma redução das incapacidades e uma menor incidência de quedas.

Uma prática de exercício físico não precisa de ser intensa para se obterem vantagens na saúde e na actividade do idoso, sendo os campos cardiovascular,

respiratório, locomotor e neurológico os que atingem níveis superiores de benefícios (Veríssimo, 1999).

McMurdo (2000) afirma que os familiares de idosos, muitas vezes com boa intenção, actuam de forma a reduzir os seus movimentos quando os substituem nas actividades domésticas.

Esta atitude retira o que é, muitas vezes, o único exercício físico que o idoso faz.

A sexualidade tem um papel importante no envelhecimento bem sucedido e contribui para um envelhecimento saudável (Katz & Marshall, 2003).

No idoso a função sexual não tem necessariamente de corresponder a uma cópula já que alterações como erecções menos rígidas e mais retardadas e períodos de latência muito superiores são alterações frequentes. Contudo, psicologicamente, a falta de erecção é vivida como uma frustração e a manutenção de uma erecção eficaz uma motivação para uma vivência mais satisfatória (Requixa, 1999).

A disfunção erétil pode atingir cerca de 67 % dos homens aos 70 anos e é tanto mais provável quanto mais factores patológicos concomitantes existirem (hipertensão arterial, diabetes, doença neurológica e doenças cardíacas) (Requixa, 1999).

Com a emergência da investigação sobre a disfunção erétil e das possíveis soluções para ela obteve-se formas de prolongar no tempo a sexualidade com cópula e assim conseguiu-se a extensão duma satisfação essencial a um envelhecimento saudável (Katz & Marshall, 2003).

Uma das limitações à qualidade de vida é a diminuição dos órgãos dos sentidos já que estes podem ser altamente limitantes do contacto social, do movimento e do controlo interno.

As alterações sensoriais diversas têm um envelhecimento diverso e variável, embora sejam progressivas (Feitosa, 2001).

A limitação sensorial é um factor negativo para a qualidade de vida e para a saúde mental do idoso (Feitosa, 2001).

A visão é afectada pela idade na discriminação de algumas cores, na capacidade de adaptação a condições luminosas extremas e na acuidade visual (Fontaine, 2000).

As alterações visuais podem manifestar-se por falta de acuidade, hipersensibilidade à luz e menor contraste. Esta incapacidade conduz frequentemente ao isolamento social do idoso (Feitosa, 2001).

A audição está muito reduzida com o envelhecimento mais acentuado nos sons de alta-frequência. Perde, também, na capacidade da percepção da linguagem o que se pode traduzir por uma necessidade do aumento do volume na comunicação interpessoal (Fontaine, 2000).

Em alguns graus de perda visual e auditiva desencadeiam-se limitações no contacto social e conduzem a um maior risco de morbilidade e mortalidade (Feitosa, 2001).

O paladar apresenta um limiar mais elevado perante a velhice o que conduz a uma redução da percepção gustativa com tendência a acentuar os temperos para melhorar a sua sensibilidade (Fontaine, 2000).

As alterações do gosto no idoso vai alterar não só o apetite mas também alterar a dieta do idoso e reduzir o prazer sentido pela ingestão de alimentos (Falcão, 2001).

O olfacto está também diminuído com o envelhecimento por reduções das terminações nervosas (Fontaine, 2000)

“As condições músculo-esqueléticas constituem as situações mais frequentes que podem ter repercussão na capacidade locomotora e na actividade física e, como tal, na capacidade funcional dos indivíduos” (Harwood, 1996 cited por Botelho, 2000, p. 28).

O envelhecimento do sistema osteoarticular é uma das causas mais importantes no desenvolvimento de situações de aumento de morbilidade e de mortalidade da terceira idade. Dentro deste destaca-se a perda de resistência óssea pela existência de osteoporose que condiciona frequentemente imobilidade e fracturas ósseas com a consequente dependência (Mestre, 1999).

Com o repouso absoluto na cama a parte muscular pode ser reduzida em cerca de 1 a 3 % por dia o que em algumas semanas de aleitamento obteremos a perda acentuada da força muscular (Parada & Pereira, 2003). Os mesmos autores referem que também a função cardíaca, respiratória e gastrointestinal são afectadas pelo alectuamento prolongado.

Cerca de um terço da população idosa já teve uma ou mais quedas. As quedas são mais frequentes na mulher e vai aumentando com a idade até chegar a ter uma queda cada ano após os 85 anos (Swift, 2001).

As causas das quedas no idoso podem ser fisiológicas, psicológicas e iatrogénicas e actuam por alteração dos mecanismos fisiológicos da manutenção da posição erecta: mecanismo proprioceptivo, visão e ouvido interno (Swift, 2001).

Qualquer destes mecanismos podem estar alterados e se houver alterações em dois ou mais as quedas tornam-se mais frequentes.

Das consequências das quedas salienta-se a alta mortalidade e o grande número de idosos com incapacidade. Esta é devida essencialmente às fracturas do fémur (Swift, 2001).

As fracturas da anca têm relação com as quedas e o enfraquecimento muscular do idoso.

Factores de risco da fractura da anca incluem as quedas, osteoporose, baixo peso corporal, diminuição da força muscular, inactividade, alterações cognitivas, alterações perceptivas (visuais, auditivas, etc.), circunstâncias ambientais, drogas e doença crónica (Marks, Allegrante, Mackenzie & Lane, 2003).

Por fim serão tecidas algumas considerações sobre as situações físicas mais importantes porque na sua ausência a perda da qualidade de vida pode ser muito importante.

A autonomia do idoso, em termos biológicos, depende da sua idade (maior nos mais novos), do seu sexo (o homem tem maior probabilidade de a manter) e de uma boa saúde. Em termos psicossociais, depende da existência de depressão e da função cognitiva do idoso. (Ford et al., 2000)

A incapacidade vai aumentando com a idade tanto nos homens como nas mulheres (INE, 2000).

O idoso tem necessidade de adaptar as suas circunstâncias de vida às alterações que acompanham o envelhecimento de maneira a conseguir o melhor bem-estar possível e um potencial funcional o mais satisfatório possível. A autonomia é, assim, o resultado destas duas condições anteriores (Berger, 1995a).

Linhares e Cunha (1999) apontam a doença como uma das causas mais importantes para a perda de independência e de autonomia, principalmente se for acompanhada pela solidão.

Uma das causas da perda de autonomia é a inutilidade.

Múltiplas causas podem provocar a imobilidade no idoso. As mais frequentes são a perda de equilíbrio e os tremores mas outras poderão alterá-la como as doenças osteo-articulares, a má nutrição, os problemas dos pés e as situações psicopatológicas (Montecinos, 2003).

Stuck e colaboradores (1999, cited por Hogan, 1999) referem como factores de risco para a incapacidade a presença de síndrome depressivo, a abstinência ou o abuso do álcool, os défices cognitivos, a associação de diversas doenças crónicas, as quedas, a polimedicação, o abuso do tabaco, o baixo nível económico, a baixa educação e a auto-percepção de falta de saúde.

Sánchez et al. (2001) encontrou uma relação entre imobilização crónica nos idosos e factores como alterações sensoriais, alterações osteo-articulares, internamento hospitalar, número de doenças crónicas e quedas.

Para Stott (2003) as incapacidades mais frequentes são na locomoção, na audição, na visão, na motricidade, na capacidade intelectual e no comportamento. Estas incapacidades atingem em Inglaterra 11% dos homens e 19% das mulheres idosos.

Umas das causas muito frequentes da perda de capacidade são as doenças cardiovasculares.

O acidente vascular cerebral conduz a incapacidade temporária ou permanente importante que resultam em situações de dependência na execução das actividades básicas da vida diária (Nunes & Alves, 2003).

A capacidade para avaliar e executar as tarefas da vida diária, as básicas e as instrumentais, pode ser avaliada pelo Índice de Actividade de Vida Diária de Katz, que nos permite graduar a dependência do idoso (Ermida, 1996).

Estas limitações poderão atingir diversos níveis de funcionalidade do idoso.

Broeiro, Ramos, Tavares, Cunha e Amorim (1995), num estudo feito em Lisboa verificaram que 23% dos idosos, referiam limitações físicas importantes, 25% estados afectivo-emocionais desfavoráveis, 12% redução da capacidade de executar as actividades diárias básicas e 7% com problemas de relacionamento social.

Contudo, num estudo realizado em Oeiras a maioria dos idosos tinham uma capacidade funcional que lhes permitia serem independentes (Lessa et al., 1994).

Mas nem só as situações físicas conduzem a situações de dependência.

As condutas dos grupos de apoio, formais ou informais, que pretendam (mesmo que bem intencionadamente) reduzir a intervenção dos idosos nas suas próprias

actividades são promotoras de dependência e de baixa do controle interno (Baltes & Werner-Wahl, 1990)

Pelo contrário, para Baltes e Werner-Wahl (1990) qualquer conduta que um indivíduo dependente seja capaz de executar de forma independente é de estimular já que conduz a níveis de satisfação pessoal elevados.

Qualquer atitude que seja promotora de autonomia do idoso é de promover já que poderá conduzir a uma melhor qualidade de vida.

b) Aspectos psíquicos

No processo normal do envelhecimento para além das alterações físicas que ocorrem no corpo do indivíduo teremos de considerar as alterações do psíquico que ocorrem concomitantemente.

O declínio físico e mental do idoso é multifactorial. Destes salientam-se a quebra de ritmo da vida profissional e ocupacional e conseqüente redução de contactos humanos, a diminuição de recursos e de rendimentos, uma perda de objectivos de vida com sensação de inutilidade e conseqüente desinteresse. Estes factores conduzem à solidão, à imobilidade e à inactividade (Mestre, 1999).

Por outro lado, Steverink, Werterhof, Bode e Dittmann-Kohli (2001) referem que a experiência individual do envelhecimento é multifactorial com três dimensões: uma relacionada com o declínio físico, outra relacionada com as perdas sociais e a última relacionada com o desenvolvimento pessoal.

É neste sentido de desenvolvimento pessoal que Novo (2002, p. 143) afirma que “para viver bem, a vida tem de ter um sentido e as pessoas devem estar envolvidas em

projectos que permitam o desenvolvimento da sua personalidade e que dêem dignidade e significado à sua existência pessoal. O sentido, o significado e os objectivos de vida, o conhecimento e a aceitação de si, o crescimento pessoal e a realização de si são dimensões definidoras de bem-estar psicológico e, provavelmente, elementos preditivos para a saúde em geral”.

“A realização pessoal está estreitamente ligada à busca dos fins e do sentido da vida. A maior parte das pessoas realiza tarefas que lhe parecem mais importantes do que outras” (Vandenplas-Holper, 2000, pg 145).

Em termos da psicologia do desenvolvimento e segundo os conceitos de Erikson (1968, 1972, cited por Nunes, 2001) o par de sentimentos característicos da terceira idade séria o da Integração/desespero. Nunes (2001, p. 20) afirma que *“este (o idoso), se integrado, já tinha aceiteado a vida que levou e as relações que estabeleceu com as pessoas significativas; estará consciente do que há de relativo nos diversos estilos de vida, manifesta um interesse desprendido por esta e tem consciência que é limitado pela morte”*.

As perspectivas futuras do idoso são limitadas no tempo e nas capacidades de atingir pelo que há a necessidade de estabelecer prioridades sobrevalorizando os objectivos emocionalmente significativos através da redução das redes de apoio pessoais, o aumento da satisfação social e diminuindo a pressão social (Lang & Carstensen, 2002).

Os idosos que apresentam melhor sensação subjectiva da saúde, maiores rendimentos económicos, menor solidão, mais alto nível educacional e maior esperança vivenciam o seu envelhecimento menos nos domínios do declínio físico e nas perdas

sociais e mais no do desenvolvimento pessoal. O inverso se passa com o avançar da idade (Steверink et al., 2001).

Continuidade e Transformação serão os dois aspectos essenciais do envelhecimento psíquico. Na continuidade poder-se-á referir que é na velhice que se concluem os projectos de vida de cada indivíduo e/ou se faz a sua avaliação final (balanço de vida). É deste balanço que resultaria o sucesso ou insucesso do processo adaptativo (transformação) (Barreto, 1988).

“O envelhecimento envolve momentos de estabilidade, crescimento ou declínio, dependendo da função em estudo. O sentido das mudanças ocorridas pode ser positivo implicando ganhos, negativo implicando perdas ou ter um carácter mais neutro sendo-se simplesmente diferente do que se era antes” (Silva, 1998, p. 19).

Para Vandenplas-Holper (2000) quatro objectivos importantes podem ser atingidos quando os idosos estão comprometidos com o processo de auto-realização: a satisfação de necessidades enquanto resposta como prazer, sexualidade, amor, segurança e capacidade de auto-cuidar; a adaptação autolimitante incluindo a prudência, cumprimento de compromisso e a propensão para ajudar; a expansão criadora referindo-se esta à capacidade de intervenção, às realizações, ao poder e à reputação; e a manutenção de ordem interna como as capacidades de auto-organização, de controlo interno, de manutenção de valores morais e religiosos.

Intimamente relacionado com a auto-realização está o bem-estar psicológico.

No bem-estar psicológico no idoso é predominantemente valorizado a componente relações com outras pessoas e em menor grau, o controlo do meio (Silva, 1998).

No contacto com os outros é importante a troca de serviços.

Encorajar os idosos a terem atitude de ajuda para com os outros pode reduzir o stress psicológico donde se deduz as vantagens do voluntariado sénior e da produção de actividade produtiva. Pelo contrário quando estamos a fornecer cuidados ao idoso devemos manter uma atitude cuidadora e atenta para não chegarmos a níveis que desencadeiam stress (Liang, Krause & Bennett, 2001). É neste cuidado de gerir as atitudes geradoras de *stress* que reside o segredo de manter uma qualidade de vida do idoso.

Silva (1996, p. 17) afirma que “as pessoas que interagem com os idosos estão mais disponíveis para lhes proporcionarem actividades dirigidas, frequentemente manipulativas, do que para os ouvirem”.

Verdugo e Gutiérrez-Bermejo (2000) salientam o papel importante das atitudes habituais de ignorância de manifestações de autonomia dos idosos por parte dos seus cuidadores favorecendo ainda mais a dependência.

As vivências actuais do idoso estão condicionadas por alterações perceptivas (audição, visão), físicos (locomoção, doença), cognitivas (perda de memória), afectivas (depressão, lutos e antecipação da morte) e perdas sociais (mudanças sociais) (Silva, 1996).

As vivências em que as alterações sejam importantes poderão ser geradoras de doença. São assim as modificações do nosso ciclo de vida quer sejam previsíveis quer sejam inesperadas – crises.

A grande maioria das doenças que surgem no indivíduo têm uma associação de uma alteração do modo de vida ocorrido até à 2 anos antes – crise de vida. Estas crises de vida foram quantificadas por Holmes e Rahe e incluíram factores considerados geralmente como negativos (como a morte, a prisão, o divórcio, etc.) e factores geralmente atribuídos com uma conotação positiva (casamento, nascimento de um filho, ascensão na carreira) (Vandenplas-Holper, 2000).

A saúde necessita de ser baseada na auto-confiança e em pensamentos positivos para melhor lidar com os altos e baixos da vida (Stewart-Brown, 1998).

Santos (2001, p. 112) afirma que “o comportamento do idoso se deve não tanto aos acontecimentos do aqui e agora da sua vida, mas sim à representação cognitiva desses acontecimentos”.

Como afirma Silva (1998) o idoso saudável, perante as perdas experimentadas das suas capacidades e dependendo das suas reservas pessoais e da sua capacidade de recuperação põe em acção mecanismos de optimização de recursos, selecção da área a investir e compensação das perdas sofridas.

Acontecimentos que exigem mecanismos adaptativos serão motivos de modificações comportamentais no idoso. Este pode decorrer, segundo Baltes e Lang (1997), a três dimensões dos recursos: selecção, optimização e compensação. A selecção é definida como a redução activa ou passiva do número de objectivos a atingir de forma a concentrar energia e motivação em objectivos mais importantes ou para objectivos que permitam um maior desenvolvimento. A compensação é a criação e o uso de meios alternativos para atingir um objectivo onde os velhos métodos falharam. A

otimização é definida como uma melhoria dos meios e recursos necessários para atingir os objectivos.

Os tipos adaptativos a que se referia Baltes e Lang (1997) foram estudados numa coorte de idosos com osteoporose para se perceber quais os mais adoptados. Todos referiram um dos mecanismos e a maioria referiu ter utilizado três tipos. O tipo mais referido foi o da compensação que foi utilizado que foi utilizado em cerca de 50% enquanto a optimização foi utilizada em cerca de 30% e a selecção em 20% (Gignac, Cott & Badley, 2002).

O idoso tem um menor rendimento atencional que os mais jovens que pior a partir dos 70 anos para tarefas simples e complicadas, havendo já a partir dos 50 anos nas tarefas mais complicadas. Os mais idosos têm melhores performances nas tarefas complexas embora obtidas mais lentamente pelo recurso à experiência e a estratégias de resolução de problema (Rozas & Rabadán, 2000).

Outro aspecto importante da vida psíquica é o dos objectos significativos. Para o idoso os objectos a que esteve ligado uma vida são de vital importância na sensação de bem-estar.

Aragão e Sacadura (1994) salientam a importância dos idosos manterem o sentimento da sua identidade. O papel das memórias e dos objectos associados a essas memórias na manutenção da sua auto-estima é salientado por aqueles autores e baseiam-se nestes dados para defenderem a manutenção dos idosos em suas casas com ou sem apoios sociais.

Gosling, Ko, Marmarelli e Morris (2002) salientam que as divisões onde passamos a nossa vida têm particularidades pessoais quer sejam divisões da nossa casa

ou do nosso escritório. Referem que estas particularidades permitem criar nos outros algumas impressões sobre a sua personalidade e que elas são usualmente exactas. Daqui a importância da possibilidade de personalização do nosso ambiente.

Isto poderá ser particularmente importante no caso da institucionalização do idoso.

O auto-conceito tem dois caracteres essenciais: um físico (a imagem corporal) em que cada um se revê na percepção que tem do seu corpo, e um psíquico (identidade pessoal) que engloba juízos afectivos como a auto-estima, os juízos cognitivos como a auto-consciência e os juízos comportamentais como a auto-eficácia. Com o envelhecimento o auto-conceito evolui e consoante as experiências individuais e as influências ambientais esta evolução poderá ser negativa ou positiva (Ferrer, 2000).

Um auto-conceito positivo sobre o envelhecer pode prolongar a longevidade. Estes achados são independentes da idade, género, estado socioeconómico, solidão e saúde funcional. Parece que este efeito é mediado parcialmente pela vontade de viver (Levy et al., 2002). Acrescentam que este auto-conceito positivo tem um efeito mais benéfico que o controle de medidas fisiológicas (tensão arterial ou colesterol, que o controle de peso, a ausência de hábitos tabágicos ou a prática de exercício).

Uma autopercepção positiva do envelhecimento tem uma relação positiva sobre a longevidade e este efeito é mediado parcialmente pela vontade de viver (Levy et al., 2002).

A auto-estima é uma vertente psicológica importante para manter níveis de qualidade de vida elevados. Embora seja dependente de muitos factores físicos, psíquicos e sociais, depende da percepção individual das suas próprias capacidades.

Na terceira idade a auto-estima tem um declínio acentuado que começa pelos 70 anos. Este declínio poderá ser explicado pelas transições da vida (põe ex. a reforma) e as perdas que acompanham estas idades (Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling & Potter, 2002).

Linhares e Cunha (1999) referem como factor importante no desenvolvimento da auto-estima do idoso a sensação de integração e valorização social.

Os mesmos autores afirmam que uma auto-estima aumentada favorece a autonomia e a qualidade de vida.

Para Whitebourne (??, in Fontaine, 2000, pp. 141-142) a personalidade “permite ao indivíduo uma construção unificada ao longo da vida (life span construct) que confere sentido ao seu passado, ao seu presente e à sua representação do futuro. Duas componentes estruturam esta construção: o cenário e a história de vida”.

Para este autor a personalidade não passaria por estádios mas evoluiria num continuum permanente sob o controlo das actividades dos indivíduos. Aqui colocar-se-ia a questão do controle que teria um papel fundamental no desenvolvimento da personalidade no continuum definido por Whitebourne e poderia explicar algumas alterações que surgem no idoso.

Costa e McCrae (cited. por Fontaine, 2000) referem que os cinco factores essenciais da personalidade (conhecidos pelos Big Five- Estabilidade emocional, extroversão, abertura de espírito, amabilidade e consciência) não são alterados pelo avançar da idade.

A extroversão de uma forma positiva e o neuroticismo de uma forma negativa vão influenciar o sentimento de prazer nas várias culturas estudadas e aquelas características da personalidade influenciam a satisfação da vida e é mediada pelo sentimento de prazer. Esta relação é mais forte nas culturas individualistas que nas colectivistas (Schimmack, RadhaKrishnan, Oishi, Ozokoto & Ahadi, 2002).

Num estudo feito por Brissette, Scheier e Carver (2002) foi demonstrado que o optimismo está relacionado com um suporte social maior, uma rede social de amigos maior e uma melhor adaptação aos eventos de vida stressantes.

Para Loeringer (1976, cited por Fontaine, 2000) não há distinção entre o desenvolvimento da personalidade no adulto e no idoso. Considera é que existem vários estádios desse desenvolvimento que vão desde o conformista (submetido às regras sociais externas) até ao integrado (com resolução dos conflitos internos).

Para Erikson (1986, cited por Fontaine, 2000) a personalidade desenvolver-se-ia por estádios e o do idoso seria caracterizado como o da gestão da contradição entre integridade pessoal e desespero. Esta gestão dependeria da antevisão que o idoso faz da morte, da sua autonomia e do balanço que faz à sua vida anterior.

Embora ambíguo o conceito de bem-estar poderá ser considerado sob um prisma subjectivo e individual ou sob um carácter objectivo mais generalizado. Para nós, o conceito que mais nos interessa é o que o idoso poderá sentir perante a sua própria vida. Por isso adopta-se a seguinte definição de Machado (1998, pp. 44-45) que diz que o bem-estar pode ser definido como *“uma vivência de harmonia, de serenidade e de paz interiores, situado a nível profundo da consciência, e que pode até coexistir com contrariedades e verdadeiro mal-estar a níveis superficiais”*. Refere ainda que o bem-

estar está altamente relacionado com a sensação de segurança. Outra fonte de bem-estar é a ausência de egocentrismo, isto é, “*cada pessoa só vai sendo quem é com os outros; pelos outros, para os outros*”.

O interesse e a capacidade de execução de projectos pessoais onde o envolvimento pessoal seja intenso é um factor de bem-estar psicológico (Novo, 2002).

É necessário encontrar um sentido para o sofrimento para que ele seja aceite da melhor forma (Machado, 1998)

“O conceito de ‘controlo pessoal’ sobre o desenvolvimento implica que, baseando-se em certas expectativas da sociedade relativa ao desenvolvimento, em certos valores e em certas concepções de controlo – podendo este ser visto quer como externo ou heterónimo, quer como interno ou autónomo – a pessoa procure conduzir activamente o curso da sua vida” (Vandenplas-Holper, 2000, p. 218).

Paúl (1997, p. 40) refere que “a perda de controlo percebido, pode acelerar os concomitantes físicos e mentais da velhice, reduzindo a motivação individual para exercer funções de controlo, sempre que possível”.

Wilken, Walker, Sandberg e Holcomb (2002) procuravam reconhecer as causas da independência nos muito idosos (maiores de 85 anos). Chegaram à conclusão que a maioria deles valorizam a manutenção do locus de controlo como muito importante na manutenção dessa independência. Os tipos de locus de controlo mais salientados foram os internos (comportamentais e cognitivos). No entanto a maioria associava vários tipos de locus de controlo. Tradicionalmente os locus de controlo internos têm uma relação com o envelhecimento mais positivo enquanto que o externo salienta-se um quadro

mais negativo do processo. Contudo, estes autores salientam que um quadro misto de factores de locus de controlo internos e externos poderão ter resultados superiores.

As pessoas idosas têm uma noção de menor controlo pessoal do que os mais jovens. Esta perda de controlo acentua-se ainda mais no momento da sua institucionalização já que as normas e a rotina diária tiram a capacidade de decisão aos seus utentes (Vandenplas-Holper, 2000).

Schulz (1976, cited por Paúl, 1997) refere que a perda de controlo nas instituições é a causa do sentimento de desânimo e da depressão que assola os idosos que nelas vivem e é, ainda, a causa do declínio físico acelerado.

As perdas de controlo em áreas cognitivo-comportamentais como a eficácia pessoal, o controlo interpessoal, o controlo sociopolítico e o auto-controlo estabelecem uma vulnerabilidade acrescida dos idosos, interferindo com a sua auto-estima (Paúl, 1997).

O idoso perdeu a capacidade de decisão perante a sociedade e a família (Zimmerman, 2000). Com isto, todos os que o rodeiam entendem ter a obrigação de tomar decisões por ele e para bem dele mesmo sem ouvir as suas opiniões ou se as ouvem não lhe dão importância.

As atribuições do controlo interno estão altamente relacionadas com alta intensidade de desgosto e pensamentos incómodos no idoso (Wrosch & Heckhausen, 2002).

Várias evidências experimentais demonstraram que o stress emocional pode conduzir à doença. Nomeadamente o causado pela perda do controlo na sua vida aumenta a susceptibilidade para as doenças cardiovasculares (Stewart-Brown, 1998).

Paradoxalmente, as condutas dependentes podem servir para o idoso chamar sobre si a atenção e promover um maior controlo sobre o mundo exterior. Contudo, um controlo negativo (por inactividade) conduz aos mesmos efeitos que a falta de controlo (Verdugo e Gutiérrez-Bermejo, 2000).

O *stress* é a resposta que cada indivíduo dá a um estímulo externo apercebido como ameaçador. As profundas transformações a que está sujeito o idoso, a pressão social de que é alvo e as dificuldades económicas desencadeiam frequentemente nos indivíduos da terceira idade mecanismos de coping mais ou menos adequados.

Os *stressores* podem ser sentidos como perdas em que a situação não tem ou não é vista como tendo solução e atinge de forma importante a afectividade e a auto-estima do idoso, como ameaças em que os estímulos já provocam reacções muito antes de acontecerem causando emoções negativas (medo, ansiedade ou cólera) e como desafios em que o indivíduo lida utilizando mecanismos de coping construtivos traduzindo-se na oportunidade de crescimento afectivo e cognitivo (Vandenplas-Holper, 2000).

Os *stressores* mais referidos pelos idosos incluem o cansaço geral, maus vizinhos, incapacidade de usufruir plenamente da vida, falta de amor ou afecto, medo da crítica, insatisfação pessoal, ter a casa arrumada, e o cuidar de crianças, as doenças graves, a baixa motivação e a sensação de rejeição familiar (Ferrer, 2000).

A selecção das respostas face a situações stressantes é adoptada mais pelas representações cognitivas da situação do que pelo facto objectivo que está envolvido (Vandenplas-Holper, 2000)

A perda da memória é referida em 40% dos idosos dos E.U. mas só 1% deles evolui para demência (Small, 2002).

Também para Mendonça, Mendes, Guerreiro, Ribeiro e Garcia (2003) 40 a 50% dos idosos apresentam queixas de falta de memória embora só um pequeno número venha a desenvolver demência.

A memória tem uma evolução com o envelhecimento que é variável com os indivíduos e no mesmo indivíduo. Neste caso, é de salientar que a memória a longo prazo e a memória imediata parecem não sofrer alterações enquanto a memória mediata pode estar reduzida (Barreto, 1988).

O idoso perde a sua memória a curto prazo mantendo a sua memória a longo prazo. A capacidade de aprendizagem depende do tempo para o fazer e da motivação do próprio idoso podendo, em circunstâncias adequadas, manter níveis elevados na sua performance (Berger, 1995b).

Bimonte, Nelson e Granholm (2003, p. 45) numa experiência feita com ratos extrapolam para o humano idoso a conclusão de que “a capacidade para adquirir e armazenar nova informação, uma componente necessária para a memória de trabalho, está comprometida no envelhecimento normal em humanos”.

A memória de trabalho é, dentro das funções da memória primária, a que é mais afectada pelo envelhecimento (Correia, 2003)

Correia (2003) afirma que a memória sensorial é pouco afectada com o decorrer da idade.

A memória secundária é reduzida com a idade sendo este défice provocado por dificuldades de codificação e de recuperação (Correia, 2003)

A memória terciária (memória dos primeiros anos de vida) é mantida durante toda a vida e resiste ao envelhecimento (Fontaine, 2000).

Uma alteração que acontece durante o envelhecimento é o processo de tomada de decisões que no idoso é mais demorado por exigir um maior número de dados (maior necessidade de segurança) e uma redução do pensamento abstracto (rigidez conceptual) (Barreto, 1988).

Um dos aspectos psicológicos mais importantes é a diminuição da rapidez de resposta que justificaria uma maior velocidade aquisitiva (não ausência nem diminuição) nos aspectos cognitivos (Barreto, 1988).

O discurso verbal do idoso depende de várias estruturas cerebrais que intervêm no processo de uma forma não hierarquizáveis. De entre elas estão os processos mnésicos e que podem interferir naquele discurso verbal com repetições de conteúdo e fuga aos conteúdos temáticos (Castro-Caldas, 1988).

Ferrer (2000) refere que a aprendizagem seja esta de comportamentos, conhecimentos, aptidões, atitudes ou hábitos dá-se em todas as idades embora na velhice com menor velocidade. Muitas vezes o défice de aprendizagem provém mais das faltas de oportunidades para o fazer do que propriamente da incapacidade. Para se

aprender em todas as idades, mas principalmente na terceira idade, é necessário conjugar diversos factores: tempo, interesse, prática e paixão.

Small (2002) evidencia como factores predisponentes para a perda de memória a presença de alelos E4 da apolipoproteína, traumatismo craniano prévio e nível educacional.

Poderá ter algum factor protector o uso de estrogéneo na pós-menopausa, o uso de substâncias anti-oxidantes, o uso de estatinas e uma dieta pobre em gordura.

Factores que influenciam a memória do idoso inclui uma redução do stress, uma actividade mental regular, um exercício físico usual, uma restrição no tabaco e álcool e uma prática de actividades com grande significado pessoal (Small, 2002).

A sabedoria, tão reconhecida no idoso, é uma combinação de conhecimento formal, raciocínio moral, integração de aspectos cognitivos e afectos que em conjunto permite responder a questões controversas e enfrentar a incerteza (Novo, 2002).

O constructo “idade biológica” pode ser medida e usada como uma variável latente nas pesquisas da cognição na terceira idade (Anstey & Smith, 1999). Neste estudo mostrou-se que a idade biológica e a idade cronológica estão altamente correlacionadas e que a idade biológica explica uma proporção importante da variância compartilhada entre a idade cronológica e a performance cognitiva. Dentro do constructo “idade biológica” estão as medições de factores como a visão, a audição e a força muscular. Estes são repercussões do funcionamento do sistema nervoso central e por isso poderão traduzir o processo de envelhecimento daquele sistema.

Na manutenção da capacidade cognitiva parecem ter importância uma redução do stress crónico, um aumento da actividade física por estimulação de circulação cerebral, uma dieta saudável sobretudo uma dieta mediterrânica, um suplemento de vitamina C e E como anti-oxidante, actividade intelectual mais acentuada, restrições no consumo de álcool e tabaco e a prática de actividades que tenham interesse pessoal. Apesar do efeito maléfico do álcool em excesso, estudos recentes apontam que consumos moderados (1 a 4 copos de vinho por dia) predisõem a uma maior manutenção da capacidade cognitiva que os consumidores excessivos ou os abstémicos (Small, 2002).

Muitas situações são potencialmente conducentes a uma maior fragilidade cognitiva do idoso. Dentro delas podemos referir uma diminuição da estimulação ambiental, uma menor escolarização do indivíduo e a saúde mental que este possui. Por outro lado o envelhecimento por si só progressivamente aumenta esta fragilidade cognitiva (Castelblanque & Cuñat, 2002).

Clayton e Overton (1973, cited por Fontaine, 2000) defendem que a capacidade de pensamento formal é menor nos idosos que nos jovens.

Schaie (1977, cited por Fontaine, 2000) refere que as diferenças nos processos operatórios entre o jovem e o idoso teria mais a ver com os estímulos do que com a idade, isto é, seria mais provável no jovem em actividades escolares desenvolver um pensamento formal do que o idoso, isolado e sem actividade de aprendizagem frequente.

Barreto (1988) afirma que são mais susceptíveis à deterioração cognitiva os idosos com menor actividade, os que tiveram doenças físicas que afectaram a sua capacidade e os que não têm tarefas que incluam tomada de decisão.

Um défice cognitivo está relacionado de forma importante com a população com menos instrução (Gale, Martyn & Cooper, 1996).

Os idosos mais jovens passam menos tempo em actividades do tipo intelectual e cultural do que os idosos mais velhos (Baltes & Lang, 1997).

A aculturação (educação e actividade mental) tem uma influência importante na actividade cognitiva (Anstey & Smith, 1999).

A capacidade cognitiva do idoso parece manter-se apesar da idade mas é condicionada por algumas doenças (Alzheimer, Parkinson, entre outras). Parece que, contudo, há um retardamento na performance desse tipo de funções (Berger, 1995b).

O internamento hospitalar, num estudo de Borges, Reis, Liano e Clara (2000), não demonstrou que tivesse um papel importante na degradação cognitiva. Contudo, não foi determinado o tempo de internamento que tem um papel importante neste acontecimento e a população alvo tinha já no início da investigação défices cognitivos importantes pelo que não é propriamente um estudo contraditório aos conhecimentos já adquiridos.

A hospitalização do idoso é uma agressão pela mudança de ambiente que acarreta um alto nível de stress. Este efeito sobre a autonomia e a identidade do idoso pode provocar um efeito deletério sobre as capacidades cognitivas e afectivas do idoso (Dias, 2002)

Couto, Guerreiro, Martins e Garcia (1997) na avaliação do estado cognitivo dos idosos de um lar encontraram uma percentagem de cerca de 60% com défice cognitivo sendo muito maior neste grupo em relação à população em geral da mesma idade. Este facto pode ser parcialmente explicado pelo facto dos idosos que vão para o lar serão mais velhos na idade, mais vulneráveis à depressão e ansiedade (por se sentirem desprezados pela família, por estarem desinseridos da sua estrutura cultural de origem e pela falta de privacidade).

Num estudo de Tracana, Santos, Caetano, Sotto Mayor e Varandas (2000) os autores concluíram que a grande maioria dos idosos institucionalizados em lares não possuíam comprometimento cognitivo. Verificaram ainda uma correlação positiva entre dependência funcional e comprometimento cognitivo.

Para Finkel e Pedersen (2000) a velocidade perceptiva é uma medida preditiva das alterações cognitivas do envelhecimento e a relação entre estas duas variáveis é medida pela hereditariedade.

Constata-se que existe uma relação entre os marcadores biológicos (visão, audição, sentido vibratório, volume respiratório máximo e força da mão) e a capacidade cognitiva do idoso (Anstey & Smith, 1999).

O declínio cognitivo do idoso está relacionado positivamente com a presença do alelo e4 de apolipoproteína. Esta está presente nos casos de doenças de Alzheimer e a presença desta proteína predispõe para doenças com baixa cognitiva (há um quarto da população com a proteína que desenvolve uma doença com alterações cognitivas. Estas alterações são maiores quando há homozigotia e intermédios nos casos de heterozigotia para a doença do alelo) (Feskens et al., 1994).

O défice cognitivo está relacionado positivamente com a mortalidade (Gale et al., 1996).

Na adaptação às condições de vida do idoso são de valorizar os afectos quer positivos (alegria, satisfação, interesse) quer negativos (culpa, tristeza, medo) que vão condicionar um envelhecimento adequado de sucesso e permitir estimular os nossos sistemas pessoais e interpessoais (Ferrer, 2000).

Silva (1998) refere que a afectividade inclui um conjunto de comportamentos, de algumas pessoas significativas, da cognição dos comportamentos e dos seus significados e de sentimentos subjectivos.

Quando se usa o termo “feliz” não se pretende indicar o conceito de forma absoluta, isento de problemas ou sofrimentos, mas um conceito de relatividade realista em que o saldo entre os aspectos positivos e negativos da vida têm um ratio fortemente positivo (Vandenplas-Holper, 2000).

Suporte social e emocional pode proteger contra a mortalidade precoce, a morbidade e é um motor para uma recuperação mais rápida (Stewart-Brown, 1998).

Uma fragilidade afectiva com o potencial aparecimento de ansiedade e depressão poderão ser condicionados por factores genéticos, doenças crónicas com perda de função, redução de independência física, abuso de substâncias, viuvez, solidão, baixos recursos económicos, baixos recursos socioeconómicos e o ateísmo (Castelblanque & Cuñat, 2002).

Gutman (1992, cited por Silva, 1996) refere que muitas das perturbações afectivas do idoso têm relações com sentimentos de ofensa por não ser considerada como pessoa no sentido holístico da palavra.

Bermudes (1994, p. 45) afirma que “pessimismo e tristeza são inimigos duma geriatria construtiva”.

Nos idosos com recursos elevados (sensoriomotor-cognitivos e sócio-personalidade) foi verificada a existência de maiores índices de actividades criativas mas não nas actividades da vida diária, assistir a programas televisivos ou ao sono diurno (Baltes & Lang, 1997). Uma explicação avançada pelos autores para este facto é que as últimas actividades estão rotinizadas e por isso é menos sensível ao envelhecimento e porque é de esperar que apareçam ajudas para este tipo de tarefas quando as dificuldades surgem.

c) Aspectos sociais

A sociedade com todos os estereótipos sobre a velhice condiciona a valorização individual do papel social do idoso.

Segóvia (??, in Basto, 1993, p. 26) afirmou que “A tragédia da velhice não é ser-se velho mas ser-se jovem e os outros não o perceberem”.

Mas a sociedade não imutável. E no aspecto social, o idoso tem vindo a perder regalias.

As grandes modificações sociais que se efectuaram desde o pós guerra precoce até hoje inclui o desaparecimento quase total da família alargada e o aumento do

número de idosos que vivem sós ou com o cônjuge (Bernard, Phillipson, Phillips & Ogg, 2001).

A pessoa como ser eminentemente sociável vai ser redescoberto e redefinido numa sociedade em mutação.

“A concepção de pessoa surge então associada a um ideal do ser social. A categoria de pessoa é construída socialmente de diversas formas. Cada sociedade, cada cultura tem a sua “pessoa” e, portanto, o seu envelhecimento” (Lima e Viegas, 1988, p. 150).

Este envelhecimento é cada vez mais considerado pela sociedade como um mal que se tem de aceitar.

Desinseridos ou excluídos, a maioria dos idosos que apresentam problemas sociais tem concomitantemente doenças incapacitantes. Os problemas sociais são frequentemente subvalorizados, escondendo-se por trás dos problemas de índole médica (Mañas, 2000).

Em termos sociais o envelhecimento comporta 5 dimensões básicas: a reforma e perda de trabalho, a necessidade de ocupar o tempo, o recurso a cuidados de saúde, a busca de produtos e recursos relacionados com o bem-estar e a gestão da dinâmica familiar alterada pela nova etapa do ciclo vital. A readaptação nestas dimensões para se concretizar dependem da possibilidade de implicação social, da tendência que o indivíduo tem ou lhe é imposto pelo ambiente para o isolamento, a existência de perda físicas e mentais com a conseqüente dependência e, por fim, das capacidades económicas que lhe permitem ou não a reintegração num papel social activo (Rodriguez, 2000a).

Para Castelblanque e Cuñat (2002) alguns factores poderão propiciar uma maior fragilidade social. De entre eles salientam a reforma, a situação económica precária, a residência inadequada e os conflitos intergeracionais.

Correia (2003) refere que a responsabilidade de tratar dos idosos passou nas últimas décadas da família para a sociedade.

A vida social e cultural do idoso é condicionada pelos comportamentos socialmente correctos para a idade criando uma situação de auto-exclusão (Pimentel, 2001).

As possíveis actuações poderão ser inúteis se não conseguirmos valorizar o idoso aos seus próprios olhos e aos olhos da sociedade. Assim, uma das formas de promover o bem-estar do idoso é usando o seu *empowerment* para poder prestar serviços à sua família e comunidade (WHO, 2000a).

É neste sentido que podemos afirmar que “A qualidade dos cuidados (ao idoso) implica trabalhar com e não para os idosos e famílias, levando-os a ajudarem-se a si próprios” (Linhares & Cunha, 1999, p. 13)

O idoso deveria manter a actividade que tinha no período da meia-idade. Para isso tem de estar motivado. Kaplan (1990, cited por King, 1996) discute as condições necessárias para a manutenção dessa motivação destacando dez requisitos: Prestar um serviço socialmente útil, ser considerado membro da comunidade, ocupar os tempos livres de forma satisfatória, usufruir de um companheirismo normal, ser reconhecido por si só, ter a oportunidade de expressar a sua opinião e esta ser ponderada pelos outros, ter protecção na saúde, ter estimulação mental, manter relações familiares e ter satisfação espiritual.

Mas, 83% dos idosos são profissionalmente inactivos. Dos 17% activos a sua actividade laboral decorre na agricultura e nas pescas (INE, 1999).

Os idosos mais activos parecem ter uma mortalidade menor. Quer a actividade seja produtiva ou social, os ganhos de tempo de vida são similares aos ganhos com a actividade física de manutenção (Gloss, Leon, Marottoli & Berkman, 1999).

Muitos idosos prefeririam contribuir para a comunidade com o seu trabalho mas está renitente quer pelos estereótipos que vulgarmente estão ligados à velhice quer pela estagnação do mercado de trabalho (WHO, 2000a).

A rentabilidade do idoso no trabalho não é ainda conhecida com segurança. Os estudos que correlacionam a idade e o rendimento laboral são contraditórios afirmando uma correlação positiva uns e uma negativa outros e uma inexistência de correlação nos últimos (Belsky, 2001)

Os idosos que se reformam e seguem trabalhando numa segunda carreira têm maior bem-estar e melhor qualidade de vida do que os que não o fazem por não quererem ou não conseguirem (Marshall, Clarke & Ballantyne, 2001).

A actividade de voluntariado tem um potencial de fornecer oportunidades de preencher oito das dez necessidades descritas por Kaplan (King, 1996).

Mas se o trabalho pago pode não estar disponível, um dos papéis que poderá ser valorizado no idoso é o do voluntariado, principalmente junto a crianças. O contributo esperado do idoso promoverá a intergeracionalidade, a transmissão de testemunhos e das tradições. Também o idoso sairá valorizado na sua auto-estima e na luta contra a solidão (Basto, 1993).

Para Grande (1994), a evolução social do mercado de trabalho e do índice de dependência aponta para a necessidade de aproveitar o trabalho do indivíduo idoso independente. Só que este aproveitamento deverá ter em consideração os condicionalismos fisiológicos e psicológicos do idoso.

Mas a perpetuação do trabalho é um caso raro. De facto, a norma é o reformado passar à inactividade. Essa inactividade pode começar a desenhar-se ainda antes da reforma.

Cunha, M.; Cunha, A. e Frazão (1994) afirmam que é já na pré-reforma que a estagnação que se proporciona aos reformados se desenvolve. Assim, as empresas deixam de proporcionar formação, reduzem as potencialidades criativas, e promovem o desinvestimento em novos projectos. São, contudo, estas atitudes promotoras de inércia da terceira idade e, assim, para termos uma terceira idade mais produtiva temos de inverter o processo.

A reforma, para além de um carácter aliciante de liberdade de horários e de regras, carrega consigo algumas ligações negativas como o afastamento social, a redução da capacidade económica e a inépcia resultante do excesso de tempo livre (Correia, 1993).

Mas, para Moreira (2000) a ideia de reforma é uma situação sempre considerada como um choque para as pessoas já que vai proporcionar um desenquadramento da vida habitual (trabalho, mundo público e relações de amizade).

A reforma é vista como um período de transição com impacto negativo sobre o idoso mas alguns indivíduos são mais vulneráveis a ter esse impacto. O indivíduo obsessivo que vê o trabalho como uma necessidade e até as férias são vistas como um

elemento perturbador pode ser um candidato a uma transição difícil. Os que vivem o trabalho como uma forma de se sentirem úteis têm também mau prognóstico (Cuesta & Tortosa, 2002).

Os reformados têm uma menor sensação de controlo, menor capacidade de resolução de problemas e menor realização pessoal. Contudo têm níveis de ansiedade inferiores devido a uma maior autonomia e menos problemas para resolver (Drentea, 2002).

Contudo a reforma é melhor do que o trabalho porque está associado com maior afecto positivo e menor ansiedade e angústia (Drentea, 2002).

Para Neri e Cachioni (1999) três são as conotações que podem conduzir a uma velhice bem sucedida: a primeira é a realização do potencial individual avaliado pelo próprio e pelos outros através da eficácia do desempenho; o segundo é o funcionalmente em níveis semelhantes ao da média da população mais jovem, o que implica a possibilidade de actualização e reciclagem para a população idosa; por fim, a manutenção de competências em domínios seleccionados.

É neste sentido que Alvarenga, et al., (1990) apontam para a necessidade de manter a autonomia do idoso como forma de evitar a exclusão laboral e social e o afastamento das actividades produtivas e aquisitivas.

A Declaração de Princípios do conselho da União Europeia e dos ministros dos assuntos sociais salientam a necessidade de assegurar a todos os idosos um rendimento mínimo de forma a preservar o seu nível de vida, apoiar a manutenção da actividade do idoso, promover uma política de habitação que permita o idoso manter a sua vida social

e promover a sua participação nessa vida em sociedade (Secretaria Regional de Saúde e Segurança Social dos Açores, 1996).

Apesar disso, Belsky (2001) refere que a reforma tem consequências económicas já que as receitas do idoso são frequentemente menores mas por outro lado há uma redução nas despesas; emocionais com um sentimento de decepção, após o período de lua-de-mel que poderá ser resolvido se o idoso conseguir novas experiências e vivências.

Algumas das condições psicossociais que justificam a má qualidade de vida do idoso incluem as perdas (lutos), a pouca satisfação com a vida, as preocupações económicas e o isolamento social e a solidão (Gall & Szwabo, 2002).

Além dos efeitos económicos a reforma está associada com mudanças nos papéis sociais do idoso e por isso é frequentemente um factor de *stress* e depressão (Gall e Szwabo, 2002).

Os idosos têm taxas de pobreza superiores às do conjunto da população e apresentam rendimentos inferiores aos do limiar da pobreza (INE, 1999).

Lynch, Smith, Kaplan e House (2000) referem que as diferenças económicas na comunidade têm efeito na saúde, atribuindo esses efeitos a factores psicossociais, como emoções negativas (vergonha, falta de autoconfiança, etc.) e comportamentos anti-sociais (participação cívica reduzida e menor coesão social dentro da comunidade). Salientam ainda que as desigualdades económicas estão intimamente ligadas a factores sociais como educação, desemprego, bem-estar social, incapacidade laboral e assistência médica. Defendem que a intervenção social nestas variáveis reduziria as consequências para a saúde da existência de desigualdades económicas.

Em comunidades de fracos recursos a existência de grandes desigualdades económicas não predizem uma maior mortalidade (Fiscella & Franks, 1997).

Os níveis económicos mais do que as diferenças económicas têm uma relação negativa com a mortalidade. Esta associação poderá ser justificada por um maior acesso a recursos básicos (Fiscella & Franks, 1997).

Kennedy, Kawachi, Glass e Prothrow-Smith (1998) referem que, ao contrário de Fiscella e Franks (1997), as conclusões do estudo que levaram a cabo indicavam uma relação positiva entre as diferenças económicas na comunidade e a prevalência de doença e que estes efeitos seriam tanto mais acentuados quanto menor fosse a situação da família. Os efeitos da desigualdade sobre a auto-percepção da saúde são até aparentes quando se falam de famílias com rendimentos superiores aos dos do limiar da pobreza.

Para Wolfson, Kaplan, Lynch, Ross e Backlund (1999) existe uma relação positiva entre diferenças económicas na comunidade e mortalidade.

As condições socioeconómicas também têm influência. Os idosos com um estatuto socioeconómico mais elevado, com uma melhor integração social e maiores competências (quer as básicas para manter uma vida independente quer as alargadas que lhe permitem manter o tempo ocupado com actividades significativas) apresentam maior auto-estima, maior satisfação e maior felicidade (Pinquart & Sörensen, 2000).

Trocas sociais têm efeitos benéficos e maléficos no bem-estar do idoso: O receber suporte social tem um efeito stressante directo mas é atenuado pelo bem-estar causado pela redução da solidão e da depressão (Liang et al., 2001)

A actividade social é sinónima de contactos sociais e não apenas de apoio social ou de redes sociais (Carstensen, 1990).

Tucker, Schwartz, Clark e Friedman (1999), num estudo que visou relacionar os vínculos sociais com a morbilidade, salientaram que os idosos que tinham poucos filhos ou que pertenciam a poucas organizações têm um maior risco de morrer. Estas correlações eram fortes para o sexo feminino e *borderline* para o masculino. Dos factores estudados, o número de irmãos vivos foi o único vínculo social a não demonstrar relação com a mortalidade em ambos os sexos.

A qualidade dos contactos com os amigos parece ter uma importância maior para os idosos que a qualidade dos contactos com os familiares, embora esta tenha também muito importância (Pinquart & Sörensen, 2000).

A actividade social mantida essencialmente com amigos íntimos é um factor preditivo do bem-estar subjectivo (Carstensen, 1990).

A qualidade dos contactos sociais é um factor importante na qualidade de vida e, por isso, a qualidade mais do que a quantidade daqueles está relacionada com o bem-estar (Pinquart & Sörensen, 2000).

Os idosos mantêm os seus contactos sociais preferencialmente com os seus vizinhos. Estes contactos são mesmo mais frequentes do que com a família. Outro tipo de contactos sociais como as associações e organizações são pouco adoptadas pelos idosos portugueses (INE, 1999).

Os idosos preferem as relações sociais afectivamente mais próximas, como a família, e que já fazem parte das redes sociais em que estão inseridos porque

consideram a satisfação emocional como o seu objectivo social primário (Fung, Carstensen & Lutz, 1999).

Já nos lares o contacto com figuras significativas é escasso.

Dos doentes institucionalizados, 25% não recebe visitas, 22,4% só recebe 1 ou 2 vezes ao ano (Tracana et al., 2000).

Na vida do idoso existe um espaço psicológico ocupado pelos filhos e netos que é ocupado naturalmente transformando-o num espaço físico transitório ou definitivamente ocupado por eles que voluntária ou involuntariamente o idoso vai assumir (Vercauteren et al., 2001a).

Thomése e Tilburg (2000) detectaram que os idosos que vivem em áreas de maior concentração populacional têm o núcleo central da sua rede de apoio afastada da sua habitação cerca de 1 hora de viagem e não perto de si apesar de viver com muitas pessoas.

As relações intergeracionais são o espaço ideal para transmissões de conhecimentos e experiência feitos de vida e muitas vezes inexistentes noutras fontes (Vercauteren et al., 2001a).

Pimentel (2001) refere que muitos idosos sentem que existe uma relação intergeracional particularmente fraca com uma atitude de rejeição e de exclusão por parte da sociedade, a inexistência de interesses partilhados e cercada por uma grande quantidade de estereótipos que limitam o contacto.

Em termos de relações intergeracionais, Ward (2001) refere que os idosos estão preocupados com os mais jovens e estes com os mais velhos.

Muito embora os conflitos familiares possam não ser expressos ou até sejam mitigados, o idoso tem frequentemente a sensação de desenraizamento do ambiente familiar de acolhimento e opta, como recurso, a instituições (Pimentel, 2001).

Para Ward (2001) as relações intergeracionais do tipo altruísta estão mais relacionados com expectativas de ocorrer na família que noutros grupos sociais. Estas expectativas são mais intensas nos jovens em relação com os idosos do que no sentido contrário embora também existam neste sentido.

Triadó e Villar (2002) referem como papel do avô nas relações com os netos, uma ligação do presente ao passado, uma comunicação de tipo complementar (conselhos, tentativas de influenciar comportamentos e execução de tarefas parentais na ausência destes) e, em menor grau, uma função de mediador entre gerações.

Nas relações entre avôs e netos, os avôs valorizam mais a partilha de responsabilidade pelo trabalho ou estudos enquanto as avós valorizam mais os aspectos afectivos (Triadó & Villar, 2002).

O aparecimento de uma relação educacional, mitigada e corrigida por efeitos de pressão relacional, põe em relevo um papel social importante do idoso de grande valor social e psíquico para a sua auto-estima (Vercauteren et al., 2001a).

O aproveitamento do campo educacional produzido pela relação avô-neto tem necessidade, na criança mais velha, duma intervenção prévia anuladora dos estereótipos altamente divulgados na literatura sobre os idosos (Vercauteren et al., 2001b).

A relação avô-neto é permitida uma criatividade cúmplice nos domínios da imaginação e dos sonhos que os conduz a uma aprendizagem mútua que não se coaduna com o princípio da realidade do mundo dos adultos (Vercauteren et al., 2001a).

A participação cívica dos idosos poderá ser considerada como uma actividade produtiva no seu valor social, principalmente quando essa participação ultrapasse o simples acto de votar. Esta participação poderá ter um papel importante, se for activa, na prevenção da morbilidade e mortalidade do idoso (Burr, Caro & Moorhead, 2002).

O idoso e a solidão andam frequentemente a par, não só pelas incapacidades que os acompanham mas também pelos sentimentos que são desenvolvidos quer pelos seus próprios preconceitos quer pelas atitudes sociais mais usuais para com este grupo etário (Correia, 1993).

O isolamento dos idosos está institucionalizado pela própria comunidade com a redução de actividade, a entrada em lares e a hospitalização transmitindo à velhice o carácter de doença social (Lima & Viegas, 1988).

Existe uma forte correlação entre isolamento social e a esperança de vida tendo sido demonstrado que as pessoas com isolamento social têm uma taxa de mortalidade mais de 2 vezes maior do que os que têm maiores contactos sociais (Berkman & Breslow, 1983 cited por Belsky, 2001).

Mas podemos estar sós mesmo com outras pessoas à volta!

“A solidão não é estar só: é ser posto só, é ser posto de lado, marginalizado, excluído, é ser ‘arquivado’, é ser objecto de certidão de óbito antecipada, é ser tido como não existente estando vivo” (Machado, 1998, p. 46).

Para uma melhoria do bem-estar do idoso Paiva, Ribeiro e Barbosa (1994) definiam uma actuação em quatro níveis. O institucional na promoção do seu bem-estar; o grupal que estimula a participação social e relacional; o intergeracional com a valorização dos conhecimentos do idoso numa perspectiva de transmissão cultural; e a comunitária com a melhoria dos factores económicos, de saúde e equipamentos.

Os idosos têm frequentemente necessidade de apoio para a execução das tarefas básicas da vida diária sendo este progressivamente para cada vez mais tarefas à medida que vai avançando com a idade. No estudo feito verificou-se que 38% dos homens e 35% das mulheres necessitavam de apoio em mais de 5 actividades. Contudo, a amostra possuía 45% dos idosos com mais de 80 anos pelo que isso poderá influenciar os resultados (Pipaón, Oteiza & Corera, 1999).

O idoso evita procurar ajuda. Zimerman (2000) refere-se a vários motivos para o fazer. Entre eles alguns são muito importantes e frequentes como o orgulho, o medo de ver recusado o seu pedido, o medo de ser considerado uma sobrecarga, o medo de ser malvisto e a sensação de culpa.

Quando recorrem a ajuda, os cuidadores dos idosos são predominantemente mulheres (72%), cujo laço de parentesco predominante é ser filha e a ajuda provém essencialmente do núcleo familiar (Pipaón et al. 1999).

Os cuidadores com menos de 40 anos correspondem a um terço dos cuidadores dos idosos hoje (Dellmann-Jenkins & Brittain, 2003).

Para estes autores a motivação primária para tomar o papel do cuidador é o evitar a institucionalização dos seus parentes idosos.

Segundo o estudo de Bernard et al. (2001) as relações familiares mantêm-se o centro da vida de apoio dos idosos mesmo pensando que tiveram na maioria das vezes em lares diferentes. Como alternativa estavam os amigos que viviam próximo.

Contudo, os idosos não se revêem numa atitude de suporte da família baseada no conceito de “obrigação” (Ford, et al., 2000).

Outras das formas de apoio são os apoios formais.

Os idosos do sexo masculino com apoios da previdência têm uma tendência a receber outros apoios sociais, têm uma interação mais negativa com a rede social informal como os amigos e familiares e sentem-se menos satisfeitos com a assistência que recebem. O mesmo não acontece com as mulheres (Krause & Shaw, 2002).

Para Guimarães (1998) a criação de estruturas de apoio como instituições ou serviços de apoio domiciliário não será de forma alguma promotora de qualidade de vida dos idosos.

Outro aspecto que poucas vezes é valorizado é a adequação habitacional para os idosos. Na construção das casas dever-se-ão prever as necessidades de uma população idosa que são um grupo potencialmente ocupadora dessas casas (Grande, 1994).

Era útil reduzir as necessidades de cuidados aos idosos através da redução das suas incapacidades (Evans, 1995).

A religião é reconhecida como um factor muito importante na vida de muitos idosos. A religião está associada com menos depressão, melhores mecanismos de coping com a doença, menor grau de apoio e maiores contactos sociais (Gall & Szwabo, 2002).

A gestão do tempo livre é um ponto central da vida do idoso embora o conceito de tempo livre no idoso seja um conceito recente (King, 1996).

Os tempos livres são produtores de bem-estar pelo aumento da auto-estima, aumento da competência física e psíquica e aumento da sensação de controlo sobre o ambiente que o rodeia (King, 1996).

Diferenças entre os sexos nas actividades de tempo livre. Para as mulheres as actividades de carácter social, estética e dos *mass-média* são considerados os mais importantes. Para os homens o interesse localiza-se nas actividades físicas, culturais, turísticas, espirituais e domésticas (Bernard et al., 2001)

As actividades culturais, principalmente as de leitura, não são privilegiadas ainda hoje pelos idosos. Estas actividades dependem da sua cultura e posição social prévia mas a televisão é a actividade cultural do idoso mais frequente (Azeredo, 2001).

Os idosos que fazem férias fora da sua residência oficial são em número muito reduzido (13%). Este facto é atribuível a motivos financeiros e motivos de saúde (INE, 1999).

O tratamento termal para além do efeito físico intervém no bem estar psíquico e promove de forma importante a socialização do idoso (Ermida & Veríssimo, 1999).

O direito à privacidade e a honra (dimensão interna e externa, respectivamente) de cada ser humano embora seja frequentemente esquecido por quem trabalha com estes escalões etários constitui um desafio à qualidade da prestação de cuidados. Um aspecto particular deste direito é a possibilidade que deveria ser concebida aos idosos a uma auto-determinação da sua vida privada; outro é o direito a decidir sobre a sua imagem e

sobre a possibilidade de a reproduzir; por fim, o outro é o da honra com a possibilidade da manutenção da sua auto-estima e de configurar a sua imagem social (Maroto, 2000).

Em muitas das nossas atitudes quer sejam num lar quer seja num domicílio nós demonstramos uma grande falta de respeito pela privacidade a que o idoso como todos nós tem direito. Frequentemente colocamo-lo com outro com quem não se entende, entramos no seu quarto sem bater à porta ou despimo-lo e empurramo-lo para o banho sem esperar que ele peça ajuda (Guimarães, 1998).

O internamento em instituições depende do consentimento informado prévio do idoso desde que este, como em qualquer outro adulto, tenha capacidade de decisão. Na incapacidade dever-se-á proceder à interdição prévia do idoso pelas entidades judiciais com a nomeação de um tutor que tomará a decisão (Maroto, 2000).

Formas bem intencionadas de tratar o idoso como o paternalismo ou o excesso de zelo são atitudes violadoras dos direitos humanos e podem desencadear alterações graves na auto estima e no sentimento de controlo do visado (Guimarães, 1998).

Teria muito interesse que, como acontece na infância, fossem legisladas medidas protectoras da velhice que englobassem a possibilidade da assistência ao idoso pela própria família quando existisse dependência (Guimarães, 1998).

Muito mais frequente do que poderíamos pensar são os maus-tratos aos idosos.

Como definição poderemos afirmar com a “American Medical Association” (cited in Stiles, Koren & Walsh, 2002 p. 34) que os abusos sobre os idosos são “*os actos de comissão ou omissão que resulta no dano ou ameaça do dano para a saúde ou bem-estar do idoso*”.

Hugonot (cited por Cordonnier, Tabera & Olivera, 2000) define violência como “toda a acção ou omissão cometida por uma pessoa, se atinge a vida, a integridade corporal ou psíquica ou a liberdade de outra pessoa ou compromete gravemente o desenvolvimento da sua personalidade e/ou prejudica a sua segurança financeira”

O abuso dos idosos é difícil de quantificar quer porque o segredo familiar e a vergonha do idoso o impeça de reconhecer estar a ser vítima de abuso quer pela incapacidade do pessoal sanitário em reconhecer as situações de abuso ao idoso (Stiles et al., 2002).

As motivações para que os idosos não se queixem de maus-tratos podem ser várias dentre as quais Stiles et al., (2002) salientam o medo da retaliação, o sentimento de merecer o castigo e o sentimento de ser uma situação inalterável.

Podemos classificar o abuso do idoso em vários tipos como Stiles et al. (2002): Abuso físico em que o uso da força física possa causar dano ou dor mas que inclui também o uso inadequado de drogas e o castigo físico; Abuso sexual que inclui toda a actividade sexual não consensual; abuso psicológico e emocional através do sofrimento causado por mensagens verbais e não verbais ou através do isolamento dos contactos sociais com familiares ou amigos; abuso por negligência que engloba todas as atitudes que possam traduzir falta de cuidados essenciais à sobrevivência do idoso (comida, bebida, higiene, medicação, etc.). Também Cordonnier et al. (2000) se referem a estas categorias acrescentando a violência económica e financeira como sendo a que provoca privação do uso e gestão dos seus bens.

Os abusos sobre os idosos são predominantemente por negligência, perpetrado por uma pessoa da própria família (90 % dos casos) e na maioria das vezes (67%) sobre

as mulheres (Stiles et al., 2002). Cordonnier et al. (2000) acrescentam ainda, a idade avançada da vítima, o isolamento, ser possuidor de bens materiais, a coabitação, o alcoolismo familiar, a exclusão social e o stress do cuidador.

Cordonnier et al. (2000) referem que o idoso maltratado apresenta uma auto-estima muito baixa, uma ambivalência afectiva e agravam a sua fragilidade e instabilidade.

O perfil do agressor do idoso foi desenhado por Tortosa (2002) foi categorizada em três tipos: o primeiro é um filho com história de agressão aos filhos e que tenha sofrido maus-tratos na infância; o segundo são filhos autoritários com uma vida normalizada, com uma personalidade rígida, dominante e revelando intolerância; o terceiro grupo é o do filho dependente, isto é, solteiro, sem profissão definida, sem trabalho e economicamente dependente dos vencimentos dos pais.

O idoso, não é, contudo, um ser especial. Acima de tudo deve-se considerar como um ser humano cujas características são condicionadas pela involução celular do seu organismo, num caminho que vai para a morte. Esta involução justifica a panóplia de sintomas, atitudes e desinserções sociais que o acompanham.

Mas para além destas alterações não nos devemos esquecer que o ancião vive envolvido por um conjunto de alterações negativas da sua vida que são sentidas como perdas como veremos em seguida.

6) As perdas do idoso

Como se disse a terceira idade é um período caracterizado por perdas. Neste contexto, serão consideradas perdas as situações físicas, psíquicas e sociais que reduzam

o bem-estar sentido pelo idoso e a sua qualidade de vida e potencialmente possam promover o isolamento e a dependência.

A reforma é uma criação da sociedade para prover os idosos com meios mínimos de sobrevivência a partir da altura em que é reconhecido socialmente como tendo terminado o seu período de trabalho. Esta invenção se por um lado trouxe ao idoso a hipótese de passar os últimos anos de sua vida sem ter que cumprir as obrigações rígidas dos trabalhadores, por outra enviou o idoso para um afastamento de um contacto social que é sentido pelos humanos como imprescindível. Muitas formas são utilizadas para o afastar: a reforma compulsiva (mesmo contra a vontade manifesta do idoso), a promoção de actividades sociais em que o idoso só dificilmente pode participar fisicamente, a redução dos proventos mensais do idoso de maneira que ele deixa de conseguir usar as vantagens sociais para que tem tempo e o impedimento de ter acesso a actividades de cariz laboral quer pela sua incapacidade física quer pelo mito de que o trabalho de um idoso tira o lugar a um jovem (Rodríguez, 1999).

No entanto, podem-se prever que haja tantas atitudes perante a reforma como personalidades dos reformados, isto é, pode-se dizer que é um processo individual (Moragas, 2000).

A reforma pode, após um pequeno espaço de tempo de euforia, ser considerada como uma perda porque simultaneamente é acompanhada de perda de situação económica, de perda de estatuto social e de perda de contactos sociais que até aí se haviam mantido intensos (Belsky, 2001).

As atitudes perante a reforma são mais favoráveis nas classes sociais mais elevadas, quando o idoso tem um padrão cultural e educacional maior, uma melhor

qualidade de saúde física e mental e quando auferir melhores proventos económicos (Moragas, 2000).

Em termos psicológicos a reforma é vista como uma interdição a actividade profissional e numa sociedade em que a produtividade é o padrão do valor social o idoso pode sentir-se como inútil. Este sentimento é reconhecido pelo idoso como condutor à redução da qualidade de vida e de bem-estar.

Com a aproximação do fim da vida o idoso começa a viver a sua morte. Esta preocupação, acentuada pela sequência rápida da perda de familiares e amigos que o chama a atenção para a evidência, vai frequentemente alterar a sua forma de se comportar. É uma perda antecipada.

Oliveira (2002, p. 162) afirma sobre a morte que “pertence a todas as idades e condições, e está provavelmente na origem de muitos sintomas e doenças psíquicas, como as insónias, a depressão, as doenças psicossomáticas, diferentes medos e obsessões (no fundo, todos os medos são medos da morte)”.

A antevisão da morte é, assim, uma fonte de stress. Na sua génese está o desconhecido e a separação. O desconhecido é responsável por uma das dificuldades sentidas pelos doentes que têm um curto espaço de tempo de vida: Atribuir-lhe um sentido e um significado. É entenderem o que é que podem fazer de significativo no pouco tempo que lhe resta de maneira a evitar o esperar passivamente pelo momento da morte (Hennezel & Leloup, 2000).

Mas como poderá ele manifestar os seus pensamentos sobre a morte se a sociedade onde está inserido a trata como um tabu?

“O tabu da morte é um tabu do íntimo. Com efeito, se começarmos a contemplar a realidade da morte, é para as profundezas de si que o olhar se dirige. E é esta interioridade que a nossa sociedade evita e disfarça tanto quanto pode” (Hennezel & Leloup, 2000, p. 47).

A sociedade olha a morte como para o sol: rapidamente e sem fixar.

Nesta visão de evitamento poderemos entender como se desenvolvem medos e, ainda pior, se interiorizam os medos porque não é lícito falar sobre eles.

Os medos da morte podem ser divididos em vários objectos interrelacionados e diversificados como o momento da morte, o desaparecimento, o desconhecido (“Além”) e o sofrimento. Estes medos são percebidos em relação a si mesmo ou aos outros significativos (Oliveira, 2002).

Hennezel e Leloup (2000) referem que os dois grandes medos manifestados perante a morte são o da dor física e o da solidão. No entanto, também o medo da separação dos entes queridos, o de assistir à sua própria caquexia, o de perder a sua auto-imagem e o de perder a autonomia são outros receios que segundo esses autores os doentes também referem.

O medo da morte é muito acentuado nos adolescentes e nos idosos e muito menos intensa nos adultos. É mais acentuado no sexo feminino e mais nas pessoas cujas convicções religiosas não estão muito interiorizadas (Oliveira, 2002).

Mas como realidade que é mantém-se no nosso espírito. Para controlar o sofrimento que esses pensamentos desencadeavam, foi necessário criar um novo conceito que desse um cariz protector contra os medos que a morte acarreta. Este é o

conceito de “boa morte” que abrange os pressupostos de não haver sofrimento, do reconhecimento da morte como facto eminente, de ocorrer em casa entre familiares e amigos e de uma forma individual, isto é, respeitando a perspectiva do moribundo (Clark, 2003).

Nestes momentos este vivenciar em comunhão com a família é cada vez mais difícil. Todos pretendem evitar o assunto porque é doloroso e o sofrimento que causa essa fuga é mitigado. E o moribundo vai morrer só, mesmo que acompanhado.

Estes momentos de solidão são vivenciados pelos idosos mesmo muito antes da sua morte. À medida que a idade avança, os problemas físicos acentuam-se e o isolamento está mais presente, o idoso vai-se apercebendo do tempo limitado que dispõe e isso causa-lhe angústia. Mas se tenta verbalizar estes seus temores e a ansiedade que sente é imediatamente interrompido por uma simpática frase de promessa de longevidade. E ele fica mais só.

É muito importante promover o contacto da família e do moribundo pois as necessidades de contactos são bilaterais e as dificuldades de o fazer também (Hennezel & Leloup, 2000).

No fim a morte é vulgarmente aceite e até desejada. A dor e outros sintomas é que não. Começou então a pensar-se nos cuidados a doentes na sua fase terminal da vida: dar uma boa morte.

No conceito de “boa morte” estão incluídas as ideias de morte súbita, a dormir e sem causar constrangimentos aos que o rodeiam.

Clark (2003) salienta a ascensão dos conceitos de dignidade e significado em relação com a morte. Estes promoveram uma atitude activa perante a morte criando a medicina paliativa. Contudo, esta atitude não deverá ser baseada numa lógica curativa como procura encarniçada de luta pela manutenção dos sinais vitais mas numa humanista em que o sofrimento e a qualidade de vida sejam o centro das atenções de todos os intervenientes.

Mas a morte de si mesmo é muitas vezes vivenciada na morte dos outros. Se esses outros forem pessoas significativas a morte pode ser mais dolorosa.

E, no entanto, a perda das pessoas significativas é muito frequente da terceira idade. O cônjuge, os familiares e os amigos vão desaparecendo progressivamente produzindo um luto quase contínuo que é vivenciado como perdas (Belsky, 2001). Os lutos da terceira idade pressupõem uma maior dificuldade de cumprir as tarefas do luto já que o idoso tem maior dificuldade em reorganizar as expectativas no futuro já de si precárias e porque tem alguma rigidez psicológica que dificulta a adaptação.

A forma como cada um vivencia a morte dos seus entes queridos é muito variável e depende de vários factores como a proximidade afectiva, da personalidade do sobrevivente, das condições em que ocorreram a morte (súbita ou anunciada), tipo de funcionamento da família e posição do desaparecido na família e no meio (Relvas, 1989).

A viuvez afecta os indivíduos podendo conduzir a uma redução da sua saúde, não havendo diferenças significativas neste aspecto entre os sexos. Os apoios sociais que provêm destas dificuldades poderão ser aumentados mas são-no mais no sexo masculino que no feminino (Antonucci et al., 2001).

Os lutos dos idosos costumam ser mais ténues que nos indivíduos mais jovens mas apresentam frequentemente manifestações de somatização ou de depressão o que faz pensar que mais do que serem ténues estão é mascarados (Wisocki & Averill, 1989).

O mesmo defende Flórez (1999) dizendo que os lutos das pessoas de idade poderão ser mais ténues que os das pessoas mais jovens. Atribui este facto aos diferentes e múltiplos lutos que os idosos vão fazendo quando chegam à terceira idade como o do cônjuge, familiares, amigos e colegas, do luto da sociedade laboral a que pertencia e teve que abandonar com a reforma, do prestígio que tinha atingido durante a adultez ou do declínio da saúde e da mobilidade.

Contudo, a perda de um familiar é sempre vivida com um processo de luto intenso, em todas as idades. Na velhice a perda de um filho ou de um neto pode ser visto como uma morte injusta porque vai contra a ordem natural dos acontecimentos (Fontaine, 2000).

Kübler-Ross (1997, p. 18) escreveu sobre o luto: “Não menosprezo a importância dos sedativos e infusões e sei muito bem, pela minha experiência de médica do interior, o quanto são indispensáveis e, às vezes, inevitáveis. Mas sei também que paciência, familiares, alimentação poderiam ser substitutos de um frasco de soro intravenoso...”

Outras perdas são também notáveis na terceira idade. Fisicamente a mobilidade, a destreza, a capacidade cardio-respiratoria e a aparência, psicologicamente a memória e a destreza intelectual e socialmente os contactos com o mundo exterior.

Com Condessus et al. (1995, p. 25) afirmo que “o limiar dos 80 a 85 anos é frequentemente o limiar em que a memória começa a ser menos fiel, os problemas

económicos e administrativos se tornam mais complexos, a motilidade se reduz e os centros de interesse diminuem. Sem dúvida que sobretudo a perda de meios que permitam uma vida adulta responsável vem acompanhado de medo, angústia e uma busca afectiva ambivalente”.

Como as perdas são sentidas pelo idoso como insubstituíveis, deverão ser entendidas como passos de uma despersonalização irreversível. São, de facto, lutos acumulados e não resolvidos como que de um luto patológico se tratasse.

Aliás, para a maioria dos idosos, essa atitude negativa predomina e, isolados de si mesmo e do mundo, vão morrer em solidão. Se, outrora, a sua integração numa família alargada, vivendo debaixo de um mesmo tecto, com funções patriarcais, poderia atenuar os seus lutos, hoje sozinhos, vivendo num mundo hostil e afastados do convívio dos seus descendentes, vivem uma morte prolongada pelas conquistas da medicina.

B) O Idoso e a Família

1) Introdução

Na terceira idade, para se manter o nível de vida que é desejável para qualquer ser humano, é necessário manter algumas características como a independência, a capacidade de auto-controle e a possibilidade de ser útil. Mesmo que algumas destas características não sejam viáveis, deve-se procurar atingir os níveis de qualidade de vida atingíveis adequando a vida do idoso às suas capacidades, nem que para isso seja necessário promover medidas de apoio eficazes e não limitantes. Assim, o idoso necessita frequentemente de apoios sejam pelas suas manifestações físicas, psicológicas ou sociais. Esse apoio é hoje um desafio à sociedade.

Figueiredo e Sousa (2002b, p. 154) afirmam que “o fenómeno do envelhecimento da população ganha especial relevo quando, devido à conjugação de uma série de factores, adquire a dimensão de problema social”.

É este problema social que tem servido de motor às medidas que têm sido adoptadas na protecção à terceira idade. Embora nem sempre sejam promotoras de qualidade de vida, têm trazido alguma comodidade e algum bem-estar aos seus destinatários. Estes são, essencialmente, os idosos que apresentam algum grau de limitação.

Muito embora estas limitações prejudiquem gradualmente a função de alguns destes indivíduos a verdade é que a maioria deles se mantêm activos ou capazes de actividade durante muitos anos. Assim, os idosos são vistos como uma força de trabalho que podem ser mantidos activos ou afastados do trabalho conforme as necessidades sociais (Royo, 2000).

Mas para os idosos reformados o papel social da ociosidade e passividade não são respostas aceitáveis desde que não haja deficiências físicas ou mentais. É o papel de não ter papel. Este papel é acompanhado de apoios económicos por parte da sociedade que pode acarretar a noção de ser socialmente um “fardo”. Estas situações podem conduzir ao “síndrome do reformado frustrado” que se manifesta com sintomas psicossomáticos como a apatia, a depressão, o cansaço, a insónia, entre outros (Moragas, 2000)

Se o mito de ir para a reforma mantém esse significado de inutilidade, não é de bom grado que o idoso o aceita. Para Condessus et al. (1995, p. 84) *“o tempo da reforma e sobretudo a idade avançada recria uma situação de dependência (...); a pessoa idosa volta a sentir-se vexada nas suas veleidades de independência e obrigada a submeter-se às decisões dos outros”*.

Mas se o velho se mantém com capacidades para manter actividades físicas e mentais porque não cria a sociedade um espaço social para ele? Porque é que só se tomam medidas baseadas numa perspectiva de caridade?

Martinez e Correia (1997, p 334) salientam que “o idoso não precisa de piedade mas sim de se manter integrado na sociedade para a qual ele contribuiu no seu desenvolvimento. A casa é indiscutivelmente o melhor sítio onde os idosos devem acabar os seus dias”.

As medidas que podem facilitar esse objectivo são escassas. Quase todas visam a manutenção do idoso sob um apoio de qualquer tipo que normalmente lhe coarctam a capacidade de decisão. Mesmo as prestações pecuniárias são frequentemente promotoras de carência e de dependência.

A solidão, a dependência e outros factores sociais impelem-no para a necessidade de apoio. Mas onde poderá encontrar esse apoio? É na família mais próxima que é vista a fonte de satisfação das necessidades básicas não atingíveis pelas suas limitadas capacidades. É por isso que os idosos com incapacidade física vivem, na sua maioria, na sua casa ou com familiares (Monte, Alonso, Cabal & Iglesias, 1995).

Se vão viver fora de suas casas as pessoas de idade parecem preferir parceiros sociais emocionalmente significativos e estes são para eles os familiares. Contudo, essas preferências têm mais a ver com as perspectivas de vida limitada do que com a idade em si mesmo (Fung et al., 1999).

Na família o idoso procura ajuda. Pelas ligações afectivas ou pela crença social na “obrigação” dos descendentes, a escolha recai frequentemente na geração imediatamente abaixo. Socialmente é, pois, da família que se espera esse apoio.

Fernandes (1997, p. 103) afirma que “a instituição familiar é ainda o garante da solidariedade necessária aos ascendentes em situação de velhice”.

Mas algumas questões se põem. Quem é essa família que o vai receber? Como funciona? Quais as relações entre as pessoas que a compõem? Quais as consequências da inserção do idoso no seu seio? Como vivem os idosos todas as perdas que estão associadas à velhice?

2) A Família

Muitas foram as tentativas para conseguir uma definição de família. Embora pareça evidente, a multiplicidade de possíveis organizações familiares impedem uma definição suficientemente abrangente para ser consensual. Por muito extensa que seja

essa definição encontraremos sempre algumas situações que não são abrangidas por ela. Whinch (1979, cited por Fuster & Ochoa, 2000) define-a como um grupo de pessoas com funções bem diferenciadas que cumprem um conjunto de funções que estão ligadas à sobrevivência do grupo como a reprodução, a socialização das crianças e a gratificação emocional; esta definição apenas engloba grupos familiares heterossexuais.

Já Cheal (1991, cited por Fuster & Ochoa, 2000) estabelece que a designação *família* se deve atribuir aos vínculos estabelecidos entre pessoas em que se mantêm relações íntimas duradouras.

A teoria sistémica define a família como um sistema, porque formada por diversos elementos que interagem entre si e mantêm vínculos de índole afectiva, que é aberto, porque contacta com o exterior recebendo dele *feedbacks* positivos e negativos, mas auto-regulado, porque é capaz de controlar o efeito das influências exteriores adaptando-as depois de filtradas à sua dinâmica interna (Gimeno, 2003).

Sampaio (1985, in Alarcão, 2000) define família como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantêm o seu equilíbrio ao longo do processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificada” (pp. 11-12).

Relvas (1999, p. 31) define família como “*uma organização de subsistemas sujeitos a transições funcionais evolutivas (ciclo vital) que implicam a definição de limites e hierarquias, alianças e distanciamentos e, por vezes, coligações*”. Salienta, essencialmente, os aspectos da dinâmica do sistema, relegando para segundo lugar a sua estrutura. Mas essa lacuna é compensada pela mesma autora quando escreve que “*família é um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e*

organizada, interações particulares que lhe conferem individualidade grupal e autonomia” (Relvas, 1997, in Relvas, 1999, p. 395). Nesta, o aspecto estrutural do sistema é já o mais salientado.

Para Gameiro (1998a, p. 45) a família é *“uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados”*.

Nesta definição há uma valorização do componente afectivo em detrimento do social.

É neste contexto social que outros autores procuram uma definição. Uns deles, Martinez e Correia (1997, p. 330) referem que a família é *“o grupo social básico onde existe um intercâmbio de ajuda, para a realização das tarefas diárias”*.

Mas se estas diferentes perspectivas abarcam muitas das situações habituais não nos devemos esquecer que o conceito de família não é universal. Numa perspectiva antropológica, esses conceitos podem variar tanto quanto o número de culturas.

Em termos de uma definição de um sistema familiar quanto à sua composição, Jones (1999) defende que deverá ser feito atendendo a um conceito cultural de família e por isso pode ter composições diversas consoantes as diversas comunidades onde estão inseridas.

Ver a família como uma realidade social (grupo social), desenquadrada dos componentes afectivos e físicos, poderá conduzir a uma visão simplista do sistema familiar o que acarretaria a incompreensão de muitos acontecimentos que ocorrem no

seu seio e uma exclusão de muitos grupos de famílias cujas características são muito diferentes da família padrão.

Fuster e Ochoa (2000) referem que devido à multiplicidade com que se apresenta a estrutura da família seria melhor falar de famílias mais do que de família.

Assim, além da sua composição estrutural estaria tentado a sublinhar Jones (1999) quando afirma que na perspectiva sistémica os sistemas familiares devem ser observados mais como locais de transacções comunicacionais e de afectividade do que grupos de pessoas individualizadas.

Mas, se mesmo assim continua-se sem uma definição concreta e abrangente de família, pelo menos obteve-se alguns pontos essenciais que ajudarão a reflectir a família e a perceber o grupo que vai numa qualquer fase do seu ciclo vital, receber um idoso em casa.

Uma das noções básicas sobre a família é o seu desenvolvimento ao longo do tempo em três aspectos fundamentais: estrutural, interaccional e funcional. Cada família, assim, vai passar por diversas fases de desenvolvimento em que se vai adaptar às suas próprias circunstâncias e aos objectivos que a define como grupo (Relvas, 2000).

A estrutura da família não é mais do que a forma como a família se organiza nas suas transacções e na sua composição. No fundo é a resposta às questões “quem, com quem, para fazer o quê, como, quando e onde?” (Alarcão, 2000).

Muito embora se possa entender que a estrutura da família é o vector que vai permitir entendê-la no eixo espacial, há autores que defendem que quando se fala de

estrutura familiar não se está a falar das características físicas do grupo de pessoas em questão (número de pessoa ou actividades das pessoas) mas de um tipo de vínculo existente entre pessoas que convivem quer horizontalmente, intrageracional, quer verticalmente, intergeracional (Saraceno, 1997).

Entende-se que a noção de estrutura da família tem uma abrangência maior englobando não só os vínculos mas as suas quatro dimensões: As fronteiras ou limites entre os seus elementos e do sistema com o exterior, a relação inter e intra subsistemas, a distribuição do poder e conseqüente organização hierárquica e as regras transaccionais (Relvas, 1999).

Estas quatro dimensões vão integrar os conhecimentos sobre a família e o seu funcionamento mas também a capacidade de resposta que ela tem perante as influências e intromissões externas.

Não se pode ver o sistema familiar como um sistema isolado, mas como um sistema que tem subsistemas incorporados em si, está em relação directa com outros sistemas e, por fim, é ele mesmo um subsistema de um outro sistema mais complexo (Jones, 1999).

O sistema família é composto por diversos elementos que se mantêm em relação com outros sistemas com que interagem num contínuo no tempo. A família é, assim, numa perspectiva cibernética, um sistema mas, ao mesmo tempo, um subsistema do sistema mais abrangente que é a sociedade. Esta organização sócio-psicológica permite entender porque a estabilidade na organização da família não é mais que um mito que se consegue atingir de forma muito precária e muito transitória (Gameiro, 1998a).

As famílias interagem com atitudes de aproximação como os afectos, o apego, a intimidade, a fusão e a mutualidade e com atitudes de afastamento como as emoções negativas, as rejeições e as relações conflituosas. Os *afectos* englobam uma panóplia de sentimentos positivos como o carinho, o amor, a confiança e a lealdade que estimulam as vivências comuns dos elementos da família. O *apego* protagoniza a sensação de segurança e proximidade física e psicológica que une as pessoas da família. Na *intimidade* as relações interpessoais baseiam-se na troca de um espaço comum com um componente físico importante. A *fusão* transporta consigo o desaparecimento do individual para dar origem a vínculos e interdependência muito intensos. A *mutualidade* é essencial nas relações prolongadas pois permite o apoio mútuo para as mudanças quando elas se tornam necessárias. Dentro das *emoções negativas* temos algumas muito frequentes como o ciúme e a inveja e podem conduzir a atitudes física, psíquica ou moralmente agressivas. Com a *rejeição* uma ou várias pessoas da família pretendem que um dos elementos seja afastado do convívio dos outros quer porque é causador de reacções negativas quer porque seja agente de acções agressivas. O *conflito* pode gerar rupturas e aparece de um confronto de ideias em famílias em que a comunicação não existe ou é distorcida (Gimeno, 2003).

As características dos sistemas familiares são as dos sistemas abertos. Essas características vão abarcar: a *totalidade* pela qual o sistema não pode ser observado senão segundo o seu todo porque o todo não é a soma simples das partes que o compõem; a *equifinalidade* define a existências de objectivos comuns, embora os métodos usados para os atingir variem consideravelmente de sistema para sistema e no mesmo sistema em diferentes períodos do ciclo de vida: a *retroacção* mostra que os comportamentos individuais não podem ser observados desligados das interacções que

existem no seio da família nem das que cada elemento tem com o exterior; é *auto-organizado* e por isso pouco dependente do exterior; muito embora possa receber influências do meio envolvente essas influências não são integradas no sistema antes de serem descodificadas e assimiladas na dinâmica existente e só o é feito se o sistema o entender como útil. Por fim pode-se afirmar que a família se rege pelo *princípio hologramático*, isto é que cada elemento da família faz parte do todo mas integra, também, dentro de si esse mesmo todo (Alarcão, 2000).

O sistema familiar, embora esteja sujeito a trocas com os sistemas adjacentes, não pode mudar a sua estrutura e dinâmica a não ser por decisão dos seus membros e depois de avaliada a segurança da mudança mantendo assim o sistema praticamente autónomo (Gameiro, 1998a).

Uma estrutura familiar não é imutável no tempo. Pelo contrário todas as estruturas familiares sofrem evoluções quer sejam naturais como as evoluções próprias do ciclo de vida familiar quer sejam não naturais como os que ocorrem na família de forma inesperada como os divórcios e as mortes (Saraceno, 1997).

Condessus et al. (1995, p. 69) afirmam, sobre o impacto de uma relação prolongada no tempo como é a da família, que “*proporciona outra dimensão, outra profundidade aos costumes, à ternura, às pequenas contrariedades da vida, aos conflitos reprimidos, aos rancores e às frustrações ao ponto de poder manifestar-se a qualquer momento*”.

É esta dualidade entre aspectos compensadores e aspectos frustrantes da relação que promove o desenvolvimento do sistema e a sua adequação às necessidades individuais dos seus elementos. Por isso, atribui-se à sociedade familiar um papel

importante na integração dos seus elementos na sociedade. De facto, a família é uma entidade promotora da socialização dos seus membros, desde os mais jovens aos mais idosos, permitindo que eles se insiram num sistema mais vasto que é a comunidade onde vivem (Gimeno, 2003).

Os modelos familiares deverão promover as necessidades de individualização e independência de cada um dos seus membros tornando-se suficientemente flexível para conseguir para cada um deles um espaço de crescimento quer interno quer externo (Gimeno, 2003).

Na família não se pode entender o indivíduo desligado desta realidade, nem entender a família sem conhecer os membros que a compõe.

Os acontecimentos individuais assumem, assim, significado no enquadramento familiar (Saraceno, 1997). Estão neste caso o nascer, o morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade e a procriação.

Alarcão (2000, pp. 41-42) afirma sobre os papéis desempenhados pela família que *“a compreensão de cada sistema ou subsistema (desde o individual ao mais alargado) requer o conhecimento dos contextos em que participa, o que obriga não só à análise das relações horizontais (isto é, aquela que ocorrem dentro do mesmo subsistema) como das relações verticais (entre diferentes subsistemas)”*.

A reformulação constante da estrutura e dinâmica familiar é uma tarefa que compete a todos os elementos da família de forma a atingir um modelo que dentro dos padrões aceites socialmente seja capaz de satisfazer as suas necessidades, utilizando os seus próprios recursos (Gimeno, 2003).

As famílias adaptam-se às alterações produzidas no seu seio pela negociação consciente ou inconsciente do modelo de relações que a congrega. Quando a contestação do modelo atinge a lógica evolutiva familiar precedente há uma perda de controlo e um aumento de probabilidade de rotura (Condessus et al., 1995). O sistema tem a capacidade, se for suficientemente flexível, de contrabalançar estes movimentos auto-destrutivos através da renegociação das transacções e dos papéis dos seus elementos.

Esta tendência à rotura é agudizada com o tempo de maneira a que, passado algum tempo, o problema relacional se mantém apesar das causas já terem desaparecido.

Por isso, Sampaio e Gameiro (1998, p. 42) referem que a família problemática transporta o problema por períodos de tempo mais ou menos longo pelo que é necessário conhecer a história transgeracional da família para entendermos o problema. Nesta perspectiva transgeracional englobamos “*os padrões, estilos, costumes, segredos, mitos e problemas que determinam o carácter único de uma família*”.

Como já foi dito anteriormente, o sistema familiar é composto por vários subsistemas que interactivam entre si como o conjugal, o parental e o fraternal. Os limites dos subsistemas entre si e do sistema com o exterior apresentam limites que podem ser desde muito rígidos até à sua quase inexistência. Da definição destes limites pela própria família pode-se assim falar de famílias desagregadas em que esses limites são tão rígidos que não permitem quase trocas afectivas e de famílias aglutinadas em que os limites não existem e a noção de indivíduo deixa de existir em favor do conceito de família (Gameiro, 1998a).

Embora uma das finalidades de todo o sistema familiar seja o da estabilidade e do equilíbrio, esta é paradoxal já que nos sistemas humanos este é um fim inatingível e indesejável (Condessus et al., 1995).

Andolfi (1980) diz que a família possui dois processos que apesar de aparentemente contraditórios são de facto complementares: tendência homeostática e capacidade de transformação. Ambos são controlados por mecanismos de retroacção. Os mecanismos de retroacção negativa fazem o sistema tender para a homeostasia e os mecanismos de retroacção positiva promovem a mudança.

Quando as forças familiares impelem a família para largos períodos de homeostasia e de incapacidade para responder aos apelos à mudança o sistema fica incapaz de evoluir e os seus elementos de fazer a caminhada da individualização. É assim que muitas famílias rigidificam as suas relações mantendo inalterável a estrutura e a dinâmica que a regem e impossibilitando a evolução independentemente das sucessivas crises que vão acontecendo ao longo dos seus ciclos vitais. Esta atitude tem um potencial efeito na criação de desalento, insatisfação e conflitualidade latente no seio do sistema. Este pode entrar em rotura com qualquer acontecimento *stressante* como uma doença, um acidente ou uma alteração da vivência, acontecimentos que são muito frequentes durante a velhice (Condessus et al., 1995).

Muito importantes nesse processo de rigidificação são as crenças, quer individuais, carregadas de experiência, quer familiares (principalmente as trazidas das famílias de origem) pela transmissão oral, quer as sociais veiculadas pelos contactos exteriores como os média e outros contactos sociais. Assim as crenças vão ter um papel fundamental na dinâmica familiar (Rodriguez, 2000b).

“Quando a crença não se converte nem em certeza nem em verdade absoluta, a incerteza converte-se numa busca e numa descoberta de opção familiar. Mas quando a crença se converte numa verdade absoluta, como um dogma, constrói-se um mito cujo preço é a cegueira do nosso pensamento e a intolerância em relação aos critérios dos outros” (Gimeno, 2003, p. 23).

É nesta dualidade flexibilidade-rigidez que se vão desenvolver as transacções familiares. A intervenção familiar deverá partir do pressuposto que é à família que compete satisfazer as suas necessidades de desenvolvimento, ser agente das suas próprias mudanças e programar as suas metas e suas regras para as atingir (Gimeno, 2003).

Na negociação interna está a solução para uma mutação funcional. Essa negociação é tanto mais fácil quanto mais existir o hábito de o fazer e onde o poder não seja absoluto de uma pessoa como era na família dos nossos antepassados e ainda o é em algumas famílias de hoje. As relações pessoais dentro da família modificaram-se muito nas últimas décadas, tendo sobressaído uma estrutura onde existe maior compromisso emocional e maior sinceridade (Fuster & Ochoa, 2000). Esta poderá ser a catalizadora de uma homeostasia mais prolongada. Essa homeostasia, como já foi referido, não tem um carácter de estagnação mas de equilíbrio instável. Cannon (cited por Relvas, 1999), à semelhança de Andolfi (1980), refere dois pólos energéticos que influenciam a estabilidade homeostática da família: Uma que promove a manutenção na estabilidade e a imutabilidade do sistema e outra que desencadeia movimentos de mudança. Pode-se assim definir quatro tipos essenciais de família: As do tipo A que são flutuantes e com interacções flexíveis, onde predomina o equilíbrio com flutuações entre a estabilidade e a mudança; as do tipo B que são designadas por convergentes em

que as interações são rígidas e em que a predominância é das forças de manutenção; as do tipo C em que há relações caóticas em que há predominância dos movimentos de mudança constante, sendo conhecidas por divergentes; por fim, o tipo D em que as atitudes familiares variam entre as das famílias convergentes e as das divergentes, designando-se, por isso, por pendulares.

No modelo circunflexo de Olson (cited por Relvas, 1999) são definidas as famílias por duas dimensões base e uma dimensão facilitante. A primeira dimensão base é a *coesão*, isto é, o tipo de interrelações emocionais dos elementos da família e podemos graduá-los em quatro níveis: desmantelada, separada, ligada e emaranhada. A segunda dimensão base é a *adaptabilidade* que se pode definir pela capacidade do sistema conseguir fazer mudanças na sua estrutura e dinâmica em respostas às necessidades e pode ser classificado em quatro tipos: caótica, flexível, estruturada e rígida. A terceira dimensão é facilitante e corresponde à capacidade de *troca cognitivo-afectiva* entre os distintos elementos da família. Da conjugação das duas dimensões base podemos definir dezasseis tipos de família agrupando-as em três grupos: Extremas, meio-termo e equilibrados.

A família não disfuncional será a que consegue manter os limites bem delimitados mas permeáveis de forma que os elementos entre si nos subsistemas possam manter contactos afectivos mas mantendo os papéis individuais bem definidos. Também os limites exteriores do sistema se deverão manter bem definidos de forma a manter a integridade familiar mas permeável ao meio exterior de onde vem a informação que vai permitir o desenvolvimento individual e do sistema (Sampaio & Gameiro, 1998).

Quando falamos de famílias emaranhadas ou famílias desmembradas referimo-nos a situações extremas pouco frequentes. Na maioria das vezes as famílias situam-se num contínuo entre estas duas situações mais ou menos próximas de um dos lados. Mais, cada família tem momentos de maior emaranhamento ou maior desmembramento conforma as fases do ciclo vital onde se encontram (Alarcão, 2000). Uma mesma família funcional em momentos de crise poderá deslocar-se no eixo da coesão para o lado do emaranhado enquanto que nos intervalos entre as crises tem tendência para o lado do desmembrado.

As que se mantêm nos extremos são famílias normalmente disfuncionais.

Uma família emaranhada apresenta-se com papéis muito rígidos, com fronteiras muito pouco definidas entre os elementos do sistema e muito definidas e inalteráveis com o exterior. Os sintomas são predominantemente psicossomáticos (Relvas, 1999).

Uma família desmembrada apresenta-se com limites muito bem definidos e quase totalmente inultrapassáveis, na interligação com os seus membros e indefinidos na ligação com o exterior, privilegiando os contactos e as influências exteriores em detrimento das interiores. Os sintomas são essencialmente psicossociais (Relvas, 1999).

Ausloss (1996, p. 28) afirma que *“nas famílias de transacções rígidas onde o tempo está como que parado, é importante mobilizar o tempo parado suscitando a crise, respeitando os seus receios de transformação e permitindo-lhes fazer projectos que lhes darão um futuro. Nas famílias de transacções caóticas, pelo contrário, deve-se travar o tempo factual introduzindo a duração, propondo-lhes pequenas mudanças mas mudanças duráveis, fornecendo-lhes um passado, uma história, para lhes permitir um futuro inscrito na duração”*.

Na perspectiva longitudinal, temporal, a estabilidade do sistema familiar é frequentemente alterado por situações mais ou menos previsíveis designadas por crises.

Relvas (1999) define a crise familiar como sendo “ocasião e risco” já que as crises familiares são as oportunidades de mutação da orgânica e da estrutura familiar com evolução do próprio sistema e risco porque pode criar situações que podem ocasionar a rotura do próprio sistema, principalmente se era já disfuncional.

O mesmo é afirmado por outros autores. Condessus, et al. (1995) refere que uma crise é, simultaneamente, um momento ameaçador para a família mas também um momento de mudança e, por isso, enriquecedor. Também Barry (2002) diz que apesar dos conflitos terem aspectos positivos como fazer a evolução estrutural da família podem também ter repercussões negativas como o de destruir a rede familiar.

Os momentos de mudança correspondem às crises. O sistema é confrontado com situações para as quais a sua organização e a sua dinâmica não estão capazes de responder, e assim, a família tem de sofrer mudanças na sua estrutura e na sua dinâmica que lhe permita lidar de forma capaz com as novas situações. Estas situações provocam desequilíbrio do sistema que responde com mudanças a fim de atingir novo equilíbrio homeostático (Relvas, 2000).

Conceitos que podem levar a alguma confusão são o de situação de *crise* e o da situação de *urgência* ou *emergência*. A crise distingue-se da urgência porque nesta, ao contrário da primeira, são mobilizados muitos recursos mas não necessita de haver alterações na estrutura ou na dinâmica da família com carácter definitivo (Condessus et al., 1995).

As crises desenvolvem-se em quatro dimensões: A primeira é o tempo em que decorrem os acontecimentos, resultando de uma aceleração inesperada deste tempo uma incapacidade momentânea de gestão organizacional e, por isso alguma confusão; a segunda dimensão é a organização familiar que é questionada e pressionada a mudanças estruturais que vão condicionar alterações das regras e da estrutura familiar; a terceira é a dimensão cognitiva com perda do reconhecimento da sua própria estrutura, o que permite situações paradoxais como a avaliação do verdadeiro e do falso (podem-se confundir porque o que era verdadeiro na estrutura anterior pode não o ser na actual e vice-versa); por fim, a dimensão das decisões necessárias para alterar o sistema de maneira a adequá-lo de forma a responder às novas realidades (Condessus et al., 1995).

Ao longo do ciclo vital são de esperar crises que acontecem na maioria das famílias quase só pelo simples facto de existirem. São as crises naturais. São elas que vão justificar as diferentes fases do ciclo vital.

Os filhos são, com o seu desenvolvimento, um factor de aparecimento de potenciais crises familiares. O seu nascimento, o crescimento, a emancipação e o casamento vão caracterizar as fases do ciclo evolutivo vital da própria família (Saraceno, 1997).

Na crise da idade avançada todo o sistema tem necessidade de se adaptar às realidades que acompanham esta etapa da vida: as perdas, o tempo de inactividade e as relações internas e externas do sistema (Condessus et al., 1995).

As crises causadas pelo envelhecimento surgem mais quando o processo é patologicamente acelerado e/ou as famílias têm padrões rigidificados da sua dinâmica (Condessus et al., 1995).

Um dos processos patológicos que podem afectar o idoso são as doenças crónicas, principalmente se estas forem, como o são frequentemente, invalidantes.

Para Condessus et al. (1995, p. 97), referindo-se às doenças crónicas invalidantes, *“a descoberta de uma destas doenças provoca sempre uma crise na família, porque suscita dúvidas sobre a organização da vida quotidiana e as relações entre as pessoas”*.

Mas não são só as doenças que justificam a incapacidade no idoso. Fisiologicamente a degradação dos tecidos orgânicos associada ao envelhecimento podem acarretar algumas das incapacidades deste grupo etário. De uma forma mais ou menos lenta o aparecimento da dependência é irreversível quando envelhecemos. Apesar de ser uma crise que deveria ser esperada ela é quase sempre mal aceite provocando situações de revolta mais ou menos manifestas (Condessus et al., 1995).

Nem sempre as crises são abordadas com a flexibilidade necessária para a mudança que se impõe. O sistema fraqueja mas, por motivos essencialmente sociais, as crises são mitigadas para a manutenção da relação, sendo esta atitude seguida de frustração e revolta no elemento que cede e por aumento de poder do dominador. Mas é frequente que o dominado adopte uma estratégia de aquisição de poder através da somatização podendo aparecer assim como o elemento sintoma da doença do sistema (Condessus et al., 1995).

Esta é a situação do idoso que vai para a casa dos filhos. De uma forma paradoxal há uma troca de poderes e um conseqüente conflito latente por insatisfação do mais idoso. Mas este tem de conter a sua insatisfação porque realmente necessita dos

mais novos. É pela somatização que ele vai readquirir alguma estabilidade na distribuição das forças do poder.

Pode-se afirmar que a família com problemas é aquela que não consegue ultrapassar as suas crises criando movimentos evolutivos que seriam de esperar e em que não há capacidade de gerir a ampliação das perturbações (Relvas, 1999).

Estes problemas manifestam-se, frequentemente, por sintomas que podem ser do sistema como os conflitos ou dos elementos do sistema como através da somatização.

O sintoma pode ser visto como a manifestação exterior do sistema que é incapaz de levar para a frente as evoluções necessárias determinadas internamente pelos seus membros ou externamente por indivíduos de outros sistemas que interagem com a família (Relvas, 1999). Sampaio e Gameiro (1998) apontam a importância de observarmos os sintomas como esforços de crescimento do sistema.

Deveríamos, então, entender os sintomas de um dos elementos da família como um sistema de alarme para problemas que atingem o próprio sistema. Normalmente é através do elemento mais frágil (criança, idoso, mulher) que esse sintoma é manifestado (Gameiro, 1998a).

Dentro do sistema familiar joga-se, frequentemente, a distribuição de forças na atribuição de decisões da família. Tradicionalmente, e o que mais está aceite socialmente, é a atribuição do poder decisório ao homem da família (sociedade patriarcal). No entanto, com o evoluir do tempo, tem vindo a ser questionado este poder de tipo absoluto para a atitude mais defensável de equidade no poder. Se essa equidade provém de divisão das decisões que competem a cada um ou da partilha da decisão em

cada situação que vai surgindo, são formas que têm vindo a ser adoptadas por distintas famílias (Kellerhals, Troutot & Lazega, 1989).

Ausloss (1996, p. 54) escreveu que *“o poder está no jogo do sistema e, portanto, cada elemento participa na sua distribuição, na sua gestão, na sua utilização; ele está também ligado ao tempo”*.

Diversos movimentos e evoluções no tempo conduzem a uma alternância da atribuição do poder. O poder na família significa principalmente a capacidade de influir nas decisões do grupo, alterar as crenças e promover comportamentos unilateralmente. O poder pode estar adstrito a uma pessoa ou distribuído por várias pessoas. Nas famílias mais funcionais é na capacidade de negociação que se estabelecem os objectivos e os mecanismos de os atingir (Gimeno, 2003). A negociação surge, assim, como o resultado da equidade de poder numa atitude democratizante da sociedade familiar.

O poder decisório na família poderia parecer estar dependente do poder de aporte económico dos elementos da família. Embora possa ter alguma influência, a verdade é que as influências dos papéis atribuídos na rede poderão influenciar essa regra (Kellerhals et al., 1989).

Mas a obtenção de uma predominância de poder de um dos elementos da família pode ocasionar uma redução das ligações afectivas que os unem e por este meio criar uma pressão sobre ele para conter o absolutismo das suas decisões (Kellerhals et al., 1989).

No sentido de manter a equidade na capacidade decisória é frequente o recurso à negociação. Esta não passa de um processo de partilha de ideias individuais que permite hierarquizar as necessidades e interesses de forma a facilitar o processo decisório. Uma

forma de manter a equidade é a reciprocidade, isto é a hierarquização vai respeitando alternadamente os interesses dos diferentes elementos da família (Kellerhals et al., 1989).

Todos os sistemas humanos são mantidos imunes ou quase à destruição pela definição de regras que os defendem. A família não escapa à regra. As normas do sistema familiar são essenciais à sua sobrevivência como sistema e por isso existirão sempre. Não quero com isto afirmar que todas as famílias tenham as mesmas regras mas que elas têm de existir sempre. Cada família possui as suas normas que resultam de três forças essenciais como motivação: As normas herdadas das famílias de origem, tradicionais e de difícil mudança, as normas estabelecidas pela própria estrutura familiar, normalmente pelos pais com a audição dos outros elementos quando de idade adequada e as regras impostas pela pressão social dos pares que envolvem o sistema (Gameiro, 1998b). Elas fazem a auto-regulação do sistema e vão-se desenvolvendo e/ou modificando no tempo, por tentativas ou erros, até atingir uma relação estável e capaz de se adaptar às circunstâncias específicas de cada momento (Andolfi, 1980).

Na caracterização da convivência familiar é necessário a sua existência e não-de ser muito claras. As regras englobam as que definem o espaço físico onde decorre a convivência e as que esclarecem as relações interpessoais. Estas regras são ainda uma forma de classificar as famílias (Saraceno, 1997).

A negociação é a base essencial do desenvolvimento familiar. Na base da negociação estão normas que regulam de uma forma mais ou menos eficaz as trocas entre os diversos elementos da família. Os princípios que norteiam este tipo de contrato são: *o princípio do estatuto* que atribui a cada elemento da família igual poder negocial

desde que tenha o mesmo estatuto, não sendo dependente dos seus recursos ou necessidades; *o princípio de efeito* que permite comparar recursos e necessidades estabelecendo a hierarquia de resultados a obter; *o princípio do contrato* que comprometendo os elementos da família, consoante as suas próprias capacidades na prossecução do objectivo determinado, determinam os papéis a assumir (Pimentel, 2001). No entanto, nem todas as regras são de fácil mutação para que a flexibilidade do sistema facilite o crescimento. Estas dificuldades provêm da tendência de as regras herdadas pela tradição serem assumidas quase como dogma e evitar as que ameaçam a estrutura familiar.

As normas dogmáticas trazem consigo a vantagem de dar a segurança de uma certeza que não necessita de contestação e a desvantagem por coarctar as possibilidades de desenvolvimento e inovação de que carece a família em momentos de crise (Gimeno, 2003).

As relações da família com o exterior vão condicionar a organização familiar pelas normas e ritos da própria sociedade e vão condicionar os valores sociais numa interacção dinâmica entre os dois sistemas (Andolfi, 1980).

A integração das normas e ritos sociais nas regras familiares é um processo complexo que exige a capacidade de mudança do sistema e a capacidade desse sistema de filtrar a informação de maneira a preservar a estrutura básica e mantendo a segurança dentro da família. Nestas condições é essencial uma boa comunicação entre todos os elementos da família de forma a que a transição não provoque roturas no sistema.

A comunicação assume-se, assim, como meio privilegiado de troca e de negociação explícita entre os elementos do sistema.

Embora a comunicação seja uma das características mais importantes da família, a verdade é que isto não significa que todos os elementos devem comunicar tudo a todos. Todos os elementos têm uma reserva íntima, individual ou de grupo (pais, filhos, etc.). Embora não exista provas concretas de que uma boa comunicação seja a chave do sucesso de uma família a prática da terapia familiar demonstra que muitas vezes a resolução de muitos conflitos conjugais passa por abrir canais de comunicação (Gameiro, 1998b)

O desenvolvimento da família é feito ao longo da vida em fases bem estruturadas que têm finalidades bem definidas no desenvolvimento dos elementos da família. A estas fases dá-se o nome de ciclo de vida familiar (Gameiro, 1998b).

Este é o desenvolvimento da família no eixo longitudinal, sendo o tempo de cada fase do ciclo de vida definido por acontecimentos já esperados, as crises naturais. Cada etapa corresponde a tarefas diferentes que a família tem de cumprir para atingir os objectivos a que se propõe (Alarcão, 2000).

“Qualquer família atravessa, ao longo da sua existência, um ciclo vital em que é possível determinar fases de estabilização e fases em que se torna necessário ao sistema familiar sofrer modificações importantes na sua estrutura e nas suas regras” (Gameiro, 1998a, p. 55)

O conceito de ciclo de vida familiar é, segundo Saraceno (1997, p. 221), *“a história de cada família, a sua evolução e transformação no tempo”*. O mesmo autor afirma que este conceito implica três aspectos a considerar: Em primeiro lugar o aspecto *estrutural* em que se tenta definir a composição da família, isto é, enumerar os elementos que compõem aquele grupo populacional específico; em segundo lugar, o

aspecto da *definição de posições* que cada elemento assume dentro do sistema familiar; e, por fim, o aspecto das *relações* entre as pessoas da família, isto é, as forças afectivas que motivam a organização, as posições, os conflitos e as transformações que ocorrem no sistema.

Estes aspectos implicam o conhecimento da dinâmica familiar para entendermos o indivíduo no seu próprio ciclo vital individual. Por isso pode-se dizer como Saraceno (1997) que há grande dificuldade em definir os ciclos de vida individuais sem os enquadrar no ciclo de vida familiar correndo o risco de, se não for feito, encontrar conclusões vazias de significado e desenquadradas da realidade

3) Relações intergeracionais na velhice

Embora as famílias estejam hoje organizadas em grupos restritos como é o da família nuclear, a insuficiência dos seus elementos cumprirem sozinhos todas as missões que lhe competem justificam o intercâmbio com os sistemas que afectivamente se encontram próximos para as levarem a efeito. Essas relações intergeracionais são particularmente evidentes nas três gerações que se encontram mais próximas: Avós, pais e filhos.

O vínculo afectivo bem como a disponibilidade para apoios de tipo informal entre pais idosos e os seus filhos são, ainda hoje, muito intensos ao contrário do que se poderia supor com a conversão das famílias alargadas em famílias nucleares (Belsky, 2001).

Existe uma tendência grande para a proximidade entre os pais e os avós em termos de residência e por isso a frequência dos apoios mútuos é muito grande (Fernandes, 1997). São frequentes os idosos que procuram aproximar-se dos seus filhos

quando atingem a idade da reforma, deslocando a sua residência para um local onde possa haver um contacto próximo e assíduo.

Royo (2000) refere que a família ao longo do tempo vai mantendo uma relação que não está dependente de manter um espaço físico mas da solidariedade intergeracional. Esta continuidade baseia-se na reciprocidade de interesses, de relações e de serviços envolvendo os novos elementos à medida que vão saindo outros pela morte ou afastamento.

As pessoas idosas recebem dos seus filhos apoio material e afectivo, quer seja de uma forma contínua quer seja de forma parcial, dependendo o tipo das capacidades físicas e mentais do idoso. No entanto, a relação dos pais idosos com os filhos adultos também se dá no sentido descendente quer a nível material como afectivo (Royo, 2000).

Uma das situações complicadas em termos familiares no que diz respeito à ajuda intergeracional é a da geração dita “sanduíche”, isto é, adultos de meia-idade com filhos ainda dependentes e pais idosos a necessitarem de apoio (Saraceno, 1997). Socialmente, a mesma pessoa que tem um papel de filho tem também um papel parental. Psicologicamente não é fácil assumir um papel simultaneamente ascendente (com os filhos) e descendente (com os pais idosos). Se acrescentarmos a esta dificuldade a dependência mais ou menos acentuada dos pais idosos podemos perceber a tendência natural para a inversão de papeis entre estas duas gerações.

Nas trocas intergeracionais os apoios não são incondicionais mas estabelecem preceitos que permitam a manutenção da independência e autonomia dos agregados mais jovens. Esta regra é defendida bilateralmente, já que nem os jovens a querem perder nem os mais idosos pretendem tirá-la (Pimentel, 2001).

Uma das situações mais difíceis para o idoso é a inversão de papéis, isto é, quando o idoso perde a capacidade de ser auto-suficiente os papéis parentais passam a ser desempenhados pelos filhos e os filiais pelos pais (Condessus et al., 1995). Há uma troca de poderes e as relações pré-estabelecidas não fazem mais sentido.

Assim se pode compreender que o facto de hoje não se compartilhar mais frequentemente o local da habitação dos filhos com pais idosos não tem a ver só com as dificuldades que ocorrem no alojamento mas também na vontade, expressa ou não, dos próprios idosos de se deslocarem para casa dos filhos a título definitivo. A coabitação provém mais das necessidades físicas e económicas do que das vontades dos elementos familiares (Belsky, 2001).

Em alguns estudos foram demonstrados que as pessoas idosas que referem uma maior assiduidade dos contactos com os seus filhos adultos não têm mostrado uma melhor relação com eles nem uma maior satisfação com essas relações (Belsky, 2001). Estas dificuldades da relação entre as duas gerações poderão fazer-nos entender a negação à co-habitação.

Na realidade, na relação entre gerações surgem conflitos, desentendimentos e roturas que vão ao longo do ciclo vital de cada família interiorizando-se em rancores e dificuldades de comunicação entre os seus elementos. Assim é perceptível na prestação de suporte a pessoas idosas pelos seus descendentes temos que atender à sua história relacional anterior e que, mesmo que possa haver vontade de o prestar, uma história de relacionamentos conflituosos pode dificultar ou impedir a discussão dos termos em que esse apoio se vai dar (Whitbeck, Hoyt & Tyler, 2001).

De facto, as relações prévias entre elementos de duas gerações poderão reduzir a qualidade das relações actuais, quer porque os conflitos se possam prolongar no tempo mantendo-se ainda activos ou porque as agressões havidas de forma mais ou menos contínua pode afectar a capacidade do sistema familiar de promover as alterações necessárias para poder albergar esse novo elemento e dar-lhe o apoio afectivo que necessita (Whitbeck et al., 2001).

A família dos idosos manifesta algumas dificuldades nas relações com os seus familiares mais velhos. Dentro destas, foram salientadas por Zimerman (2000) a dificuldade em os perceberem e se colocarem no lugar deles, a dificuldade de comunicação quer seja por perdas sensoriais quer por haver diferenças de interesses nos temas, dificuldades em lidar com as suas manifestações patológicas com as consequentes atitudes de superprotecção e medicalização excessiva, dificuldade em conciliar estilos de vida muito diferentes e dificuldades em lidar com situações que nos façam aproximar do pensamento na morte.

É frequente ouvir falar da cumplicidade das relações entre os avós e netos. Essa cumplicidade passa pela defesa sistemática da defesa dos netos pelos avós, pelo financiamento clandestino de pequenas quantias e pelo carinho muito especial naquelas pequenas vontades que o neto manifesta. Se esta cumplicidade não existir as relações entre avós e netos deixam de ter a profundidade que por vezes atinge.

Um dos papéis mais reconhecidos aos idosos é o da transmissão de conhecimentos às gerações vindouras. No entanto, com a rapidez com que a evolução dos conhecimentos se tem dado é possível que encontremos netos que transmitem conhecimentos aos avós. Esta situação apesar de aparentemente ser contrária à tradição,

tem como grande vantagem a de manter o idoso ao par dos conhecimentos mais actuais (Buil & Espino, 1999). Este papel de apoio aos netos, muitas vezes despoletado pela incapacidade dos pais cumprirem as suas tarefas parentais é, também, a forma de promover o idoso ao papel de cidadão útil. Para Belsky (2001) o papel de apoio aos netos pode ter um significado de manutenção da importância na sociedade, com a valorização do seu auto-conceito.

Segundo um estudo de Triadó e Villar (2002) os papéis dos avós são a manutenção de um vínculo com o passado, a proximidade emocional, as relações económicas e a função de mediador das gerações.

São frequentes os momentos de troca de experiências (as histórias da avozinha) e neles a possibilidade de transmissão para as gerações mais novas do contexto cultural provindo de um conhecimento feito de experiência e vivências.

Em momentos de crise familiar são os avós que muitas vezes servem de moderadores dos conflitos familiares, preservando as relações das gerações mais jovens (Belsky, 2001).

São também os avós que frequentemente vão tirar aos seus magros recursos alguns fundos para poderem satisfazer um capricho dos netos.

Os contactos dos avós com os netos e o intercâmbio que se possa estabelecer entre eles dependem da frequência com que se dão e, por isso da proximidade da habitação das duas gerações (Fernandes, 1997). É evidente a preferência dos netos pelos avós com quem mais convivem em detrimento dos outros com quem a convivência é escassa.

Embora não se possa referir que haja um maior interesse dos avós maternos pelos netos que dos avós paternos, Triadó e Villar (2002) afirmam que os avós maternos mantinham mais contactos com os seus netos que os seus congéneres paternos. É possível que este facto provenha da maior proximidade entre a família de origem materna com a família nuclear pelo tipo de laços afectivos que mais frequentemente se estabelecem. Para estes autores, as diferenças entre os avôs e as avós, nas relações com os netos, parecem não ser grandes, mas as avós dão mais valor às componentes afectivas (aspectos expressivos) e os avôs ao apoio dado nos trabalhos escolares (aspectos instrumentais).

A manutenção das relações entre avós e netos, ao contrário do que seria de esperar, não é pacífica. Os conflitos criados pela geração do meio poderão perturbá-la.

Climo, Terry e Lay (2002) referem que a tendência natural é a dos pais serem os principais cuidadores das crianças. Quando, por qualquer motivo, os avós têm de assumir esse papel há um sentimento de indesejabilidade. Mais, ainda, afirmam estes autores ao demonstrar que muitas dos conflitos existentes na vida dos idosos proviriam do papel de cuidadores dos seus netos. Se a maioria ainda continua a prestar estes cuidados é porque entendem a utilidade desta tarefa na manutenção da continuidade familiar. Este dilema entre papéis e continuidade familiar só se poderá resolver com o recurso ao diálogo, planeamento e negociação entre os avós e os pais. Esta negociação nem sempre é fácil pelos antecedentes de comunicação vertical dos intervenientes (os avós têm o hábito de impor as suas soluções) e pela competição para a primazia na educação das crianças entre pais e avós (os pais procuram manter o controlo sobre a educação dos filhos).

Como vimos o idoso tem uma maior incidência de situações físicas e psíquicas que condicionam a sua classificação como doente.

Quando os idosos passam a ter dependência restam três soluções para lhe prestar cuidados: A primeira é ficar na sua própria casa mas esta só é viável se o idoso pode realizar algumas funções de maneira a poder passar uma parte do dia em casa sem apoio de outras pessoas, necessitando apenas de ajuda em algumas tarefas específicas que podem ser realizadas em períodos do dia bem definidos, podendo recorrer ao apoio de ajudas informais como familiares, vizinhos ou amigos ou a ajudas formais como instituições, empregados a tempo inteiro, etc; o segundo é recorrer à ajuda de familiares na casa destes, o que frequentemente é feito quando o idoso não deve já permanecer em casa sozinho, mantenha ou não algumas das suas funções (mas perdeu algumas que exijam a presença de outra pessoa de forma permanente), ficando um elemento da família só, com apoio de outros familiares ou institucionais, responsável pelos cuidados ao idoso; por fim temos o recurso a instituições a tempo inteiro que se podem optar quando o idoso necessita de apoios tecnicamente mais complexos e que têm possibilidade de aceder a eles (DeRoche, 1996).

Para se fazer a selecção do cuidador em casa de familiares ter-se-á de atender a algumas limitações que a própria sociedade impõe.

Actualmente as famílias poderão ter estruturas e dinâmicas diferentes de há algumas décadas atrás. Estas poderão ter mulheres a trabalhar, haver divórcios no seu seio, ser monoparentais, manter altos índices de violência no seu interior, ter habitações de tamanho diminuto ou haver falta de recursos económicos. Estas condições dificultam frequentemente o apoio dos familiares aos seus familiares mais idosos (Morais, 1999).

Algumas das situações da vida poderão impelir o idoso a sair de casa. A escolha do familiar, como já vimos anteriormente, é a preferida. Esta preferência condiciona os familiares a assumirem a tarefa mesmo quando existem muitas dificuldades para a sua exequibilidade.

Muitas motivações já foram salientadas para a manutenção do idoso dependente em casa com o apoio de um familiar que lhe presta os cuidados necessários à sua dependência. De entre eles referem-se o amor ao idoso, a “obrigação” e a incapacidade de pagar um Lar (DeRoche, 1996).

Na mesma linha de pensamento se encontra Pimentel (2001) ao apontar as motivações da família para manter o idoso em suas casas: A primeira é numa *lógica de afetividade*, pondo a tónica na necessidade de sentir o idoso bem e nas compensações que daí advêm para o próprio cuidador; a segunda é numa *lógica de constrangimento* em que a motivação da ajuda é a imposição pelas normas sociais e as pressões que provêm do ambiente que rodeia o cuidador implicando uma carga suplementar não desejada; a terceira é a *lógica da dependência* em que o cuidador sabe que lhe compete dar ajuda ao seu familiar e dá sem sequer discutir ou sentir necessidade de o fazer.

Quando a lógica é a do constrangimento pode acontecer o recurso à situação do idoso que roda por períodos mais ou menos prolongados pela casa dos filhos. Este tipo de acolhimento é frequente quando o idoso fica só e tem uma descendência algo numerosa que assume por “obrigação” o encargo de acolher e tratá-lo mas pretende-se que essa tarefa seja compartilhada por todos. As consequências para o idoso, mesmo sem incapacidade mental, são essencialmente a constante inadaptação ao meio onde

vive, a perda de sociabilidade para além da própria família e até alguma confusão mental (Buil & Espino, 1999).

Góngora (2002) refere três tipos de apoio a pessoas doentes: emocional, de informação e instrumental. Se o segundo é preferencialmente fornecido pelos profissionais de saúde, os outros são mais vocacionados para serem administrados pelos elementos da família do paciente. Esta está mais disponível para manter este tipo de apoio de uma forma mais continuada.

O mesmo autor afirma que as doenças não são observadas todas da mesma forma. Esta reacção é diferente consoante se teme uma doença aguda ou crónica e conforme ela conduza a um sentimento de ameaça da vida ou não. Assim, os familiares do idoso observarão com maior ou menor stress as situações patológicas que atingem o idoso, não reagindo da mesma forma se o idoso tiver uma gripe ou se tiver uma diabetes. Uma das características da doença que mais afecta a família é a da possibilidade de provocar a dependência do doente ou não.

Góngora (2002, p.64) afirma que *“Apesar da quantidade de adaptação final a que a família se vê obrigada a realizar seja a mesma, um começo agudo força a uma alteração e a uma mobilização de recursos em menos tempo, o que produz um desgaste maior. Quando a doença é de começo lento a taxa de adaptação distribui-se ao longo de um tempo prolongado”*.

A doença crónica obriga à perda de autonomia, da capacidade de executar os seus auto-cuidados, das relações sociais e das actividades gratificantes (Montorio & Carrobles, 2000).

A família com um doente crónico tem uma maior tendência para o isolamento social quer porque as doenças produzam algum estigma social, quer porque desencadeiem nas pessoas do círculo de apoio social alguma ansiedade, quer pela recusa dos elementos da família em aceitar a ajuda das pessoas que rodeiam (Góngora, 2002).

A doença crónica tem sobre a família um impacto psicológico que condiciona três tipos de alterações: Estruturais, processuais e cognitivo-emocionais (Góngora, 2002). Dentro das alterações estruturais saliento as coligações e exclusões emocionais intra familiares, a rigidificação, o isolamento social de um ou mais membros e as alterações das forças de poder familiar. Das processuais podemos apontar a necessidade de compatibilizar os cuidados ao doente com as tarefas evolutivas da própria família, conseguir controlar as alterações da dinâmica familiar que a doença vai condicionar e promover a manutenção das fases centrífugas e centrípetas sem desvios significativos. A nível cognitivo-emocional a estabilidade poderá depender dos sentimentos que a família tem sobre a doença como contrariedade, culpa, ressentimento ou impotência, das experiências que tem com a equipa de saúde como sentimentos de apoio e tranquilização e da capacidade de fazer o luto das perdas que a incapacidade crónica vai condicionar em cada membro da família.

A manutenção dos recursos adaptativos ao longo do tempo da doença crónica podem ser condutores a problemas de rigidez do sistema familiar e a perpetuação da doença como o centro da vida da família mantendo o doente como o centro das atenções e reduzindo os aportes afectivos aos outros elementos da família (Góngora, 2002).

A doença de Alzheimer é a doença típica da doença crónica que, por um período prolongado de vida apresenta uma exigência ao agregado familiar em geral e ao

cuidador em particular. O doente com desorientação topográfica, falta de memória acentuada, as alterações da linguagem vão exigir do seu cuidador ou cuidadores uma adaptabilidade acentuada às novas circunstâncias como um controle da higiene, uma ausência de comunicação e uma atenção redobrada para os não perder de vista, pondo em risco a sua própria estabilidade emocional. Esta adaptabilidade não ocorre de uma forma linear mas passa por fases que são, em tudo, semelhantes às descritas por Kubler-Ross na reacção do doente às más notícias: Negação, envolvimento excessivo, angústia, culpa e aceitação (David, Fernandes & Firmino, 1996).

A manutenção da actividade física e mental, por pequena que seja, é um estímulo positivo na promoção da independência possível no idoso doente. Por isso, uma família que dá pouco apoio ao idoso como a que dá excesso de apoio poderá favorecer o aparecimento de incapacidades até aí latentes (Chu, 1997).

Embora bem intencionada esta atitude pode promover a dependência do paciente e agravar a sua situação física e, por vezes psíquica. Esta poderá ser mais grave quando existem atitudes de hostilidade e de culpabilização (Góngora, 2002).

Estas dependências são frequentemente aceites pelos que rodeiam o idoso como normais da terceira idade e, por isso, não pensam na necessidade de estimular as capacidades que se mantiveram apesar da dependência (Montorio & Carrobles, 2000).

DeRoche (1996) afirma que normalmente existe um cuidador principal que é responsável na maioria do tempo pelos cuidados ao idoso dependente. Em algumas famílias melhor organizadas haverá também cuidadores secundários que promovem o apoio e a substituição periódica do cuidador primário de forma a permitir a manutenção

de uma vida social básica como conviver com os amigos, ir às compras ou assistir a um espectáculo.

O cuidador é o elemento da família que, pelas suas características e disponibilidade, fica encarregue do doente idoso. Na sua grande maioria são mulheres. Para que o papel de cuidador seja eficaz terá de ser entregue a uma pessoa que reúna três condições essenciais: assumir o papel de forma consciente, que tenha momentos de folga e que a doença não acarrete uma carga física e emocional excessiva para uma só pessoa (Góngora, 2002).

Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000) concluíram de um estudo feito em Faro que a maioria dos prestadores de cuidados a idosos são mulheres, na sua maioria entre os 45 e os 64 anos, co-habitando com o idoso, desempenhando uma profissão a tempo inteiro.

A escolha do cuidador parece ter alguma relação com as relações afectivas anteriores, nomeadamente a convivência na mesma casa. Assim, é muito mais frequente como cuidadora a esposa ou uma filha solteira que ainda vivia em casa (Rebelo, 1996).

Peterson (2002) defendeu que as pessoas que tinham uma preocupação maior com as relações entre gerações são mais susceptíveis de se envolverem em trocas intergeracionais; contudo, também são estas que mais privilegiam as relações intrageracionais (com o parceiro/marido). Quando essas pessoas são requisitadas para trabalho de cuidador aceitam-no de melhor grado e estão mais vocacionadas para ele do que as outras.

Brody (1985, cited por Belsky, 2001), afirma que o facto dos familiares trabalharem ou não tem pouca importância para a quantidade e qualidade dos apoios

dados aos idosos da sua família. A noção de que o cuidador não deve ter emprego parece ser questionável. Eventualmente poderá ser necessário recorrer a apoios formais para permitir a conjugação das duas tarefas.

Quando se tem um idoso doente em casa um dos maiores problemas que surgem é a da reformulação dos papéis que cada um exercia anteriormente. Os novos papéis que o familiar doente não pode desempenhar têm de ser assumidos por um ou mais elementos da família. Da mesma forma algumas das tarefas do cuidador devem ser assumidas por outros elementos do sistema para libertarem o prestador de cuidados para a sua nova tarefa. A gestão dessa distribuição é dependente das dificuldades surgidas pela preponderância que o papel pode ter inerente a si e pela maior ou menor flexibilidade na atribuição de papéis. Esta redefinição pode ainda ser fonte de mais conflitos quando o indivíduo doente, depois da recuperação, quer reassumir as suas funções anteriores recuperando o poder que lhe estava inerente (Góngora, 2002).

A família tem de ser capaz de várias tarefas que lhe permita lidar com a situação patológica (Góngora, 2002). Dentro dessas adaptações, este autor salienta a aprendizagem dos mecanismos de lidar com a dor, a incapacidade e os outros sintomas da doença, a utilizar os recursos hospitalares de que necessita, a atribuir um significado para a doença, a elaborar um processo de luto familiar pelas perdas que a doença condicionam e a reorganizar a sua dinâmica.

Apesar do trabalho praticado pelos cuidadores ter algum efeito sobre a sua saúde física e mental a verdade é que a maioria dos dados obtidos é por extrapolação dos obtidos nos estudos com cuidadores de doentes de Alzheimer e, na verdade, a realidade dos cuidadores de doentes com esta patologia poderá ser muito diferente da dos

cuidadores de outros idosos. Mesmo entre cuidadores de doentes com a mesma patologia as respostas não são semelhantes e dependem em grande parte das personalidades do cuidador e do doente, da forma como a decisão foi tomada (voluntariamente ou “por obrigação”), das perdas que o cuidador sente e das relações precedentes entre cuidador e idoso (Tennstedt, 1999).

DeRoche (1996) refere que ser cuidador apresenta incómodos objectivos (responsabilidade pelos cuidados prestados) e subjectivos (pelo stress que essas tarefas desencadeiam no cuidador).

Os cuidadores referem como sentimentos que surgem desta sua actividade o medo, o pavor, a desorientação e a insegurança (Nunes & Alves, 2003).

As principais consequências da actividade de cuidador foram descritas por Mendonça, Martinez, e Rodrigues (2000) como sendo as alterações da vida afectiva e as repercussões sobre a sua saúde. Também as dificuldades económicas e a necessidade de apoio financeiro foram referidas frequentemente.

Na mesma linha está o estudo de Brito (2001), que descreve os resultados de um estudo com familiares de idosos que lhes prestavam cuidados apontando algumas dificuldades por eles sentidas. Uma delas foi o problema das relações com o idoso mas sem haver alterações marcadas dos sentimentos para com estes. As consequências para a vida do cuidador foram outra das dificuldades referidas quer pela falta de tempo para as suas próprias actividades como pelo stress que o facto de ter de cuidar de um doente dependente pode produzir. As consequências sociais foram também referidas, nomeadamente a redução dos contactos com amigos. A falta de apoio de outros

elementos da família foi também apontada bem como as dificuldades financeiras que decorrem desta actividade.

Em termos de saúde os cuidadores ressentem-se frequentemente da sua actividade. Num estudo demonstrou-se que os cuidados prestados aos esposos com incapacidade tem uma relação negativa com a percepção de saúde do cuidador e uma positiva com a depressão. Contudo o facto de estar a prestar um serviço a alguém afectivamente importante ameniza a ansiedade e a depressão que acompanha a actividade (Beach, Schulz, Yee & Jackson, 2000).

Noutro estudo, Pratt e colaboradores (1985, cited por Condessus et al.,1995) referiam que a incidência de problemas psicológicos nos cuidadores de idosos eram muito mais frequentes quando se tratava de um idoso com deficiência mental do que se tivesse qualquer tipo de incapacidade física.

Nunes e Alves (2003) referem, num estudo em cuidadores de doentes idosos com Acidente Vascular Cerebral, que as maiores dificuldades sentidas pelos cuidadores destes doentes foram as dificuldades económicas e as dificuldades em aceder aos recursos de saúde sejam hospitalares sejam na comunidade.

David, Fernandes e Firmino (1996, p. 12) afirmam que *“indivíduos deprimidos e reactivos afectam aqueles que estão à sua volta e por sua vez são afectados pelos outros de quem são responsáveis, pelo que a depressão e os conflitos devem ser avaliados no contexto do sistema social/familiar em que ocorrem”*.

Mas factores de índole social são também encontrados em vários estudos. Um deles é o apresentado por Rebelo (1996) que salienta que o cansaço do cuidador resulta do trabalho que ele realiza com o idoso não ser reconhecido socialmente (mesmo no

seio da família) como uma tarefa valorizável já que não é remunerada e porque é feito no próprio domicílio.

Caballero (2002) observou no seu grupo em estudo que os cuidadores de doentes com demência apresentavam falta de informação sobre a doença, angústia e tensão perante a situação patológica, impotência e dificuldades económicas e legais que vão conduzir a um mal estar na família, no trabalho e na vida social.

Por fim, alguns estudos apontavam para as dificuldades encontradas com a forma de lidar com a doença. É o caso de Memarzia (1997) que refere que os familiares do doente têm dificuldades sentidas quando lhe prestam assistência na doença prolongada. Uma delas foi a dificuldade em comunicar com o doente (os doentes deste estudo eram portadores de doença de Alzheimer). Outras dificuldades incluíam o desconhecimento da evolução da doença, as perdas sociais que estavam inerentes à nova função de cuidador (perda de emprego, menor aporte económico). O comportamento do doente também foi uma queixa frequente dos familiares. A associação dos factores físicos, psíquicos e sociais descritos podem concorrer para uma situação de saturação do cuidador manifestadas pela incapacidade de cumprir as suas tarefas, depressão, irritabilidade fácil, agressividade para o idoso dependente e sentimentos de impotência e culpabilidade. A esta reacção foi dada a designação de “Crise de exaustão familiar” (Astudillo & Mendieta, 1997).

Nesta situação os cuidadores quando têm necessidade de apoio recorrem à ajuda de familiares e, em menor grau, de amigos e vizinhos. (Nunes & Alves, 2003).

Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000) apontam que apesar dos cuidados prestados pela família e amigos sejam de maior qualidade devido a uma maior

humanização, cada vez mais se faz sentir a necessidade de cuidados formais a idosos. Daqui a necessidade progressivamente maior dos cuidados formais como os que são prestados por algumas Instituições Privadas de Solidariedade Social na forma de cuidados domiciliários.

Atendendo a todos estes condicionantes assume-se como essencial uma atitude preventiva da rotura dos cuidados pela exaustão do seu prestador. Mas quando devemos intervir? Podemos intervir sempre com pequenas medidas preventivas genéricas como o acompanhamento periódico e a informação completa sobre o estado do doente e a provável evolução da situação. Mesmo assim, seria útil podermos antever o acontecimento para a instituição atempada de medidas correctivas mais concretas das causas da exaustão. Assim, um instrumento que permitisse a avaliação da satisfação do cuidador poderia ajudar-nos a realizar este objectivo. Para avaliar a satisfação dos cuidadores dos idosos, Figueiredo e Sousa (2002a) apontam para o uso de um instrumento que seja rápido e fácil de completar, que englobe os aspectos positivos e negativos desta actividade e saliente os aspectos subjectivos em detrimento dos objectivos. Para estes autores o “CUIDE” (Cuidadores de idosos da Europa) satisfaz as condições impostas dando uma boa resposta às questões da satisfação.

Assim e após esta avaliação, a satisfação de algumas necessidades dos prestadores de cuidados deveria ser promovida. Em especial seria de atender a alguns aspectos que Andersen (1978, cited por Martinez & Correia, 1997) indica que os cuidadores apresentam algumas necessidades como o reconhecimento do seu papel, o respeito pelas folgas, manterem-se informados e a ajuda física e económica.

Apesar de todos os esforços da família, situações há em que o internamento do idoso pode ser considerado necessário. É certo que como Hormigo (1996, p. 27) escreveu “*o conceito de envelhecer em casa se tem tornado um lugar comum. Neste contexto, os objectivos de qualquer programa que envolve a prestação de cuidados domiciliários ao idoso são a salvaguarda da qualidade de vida do doente idoso e a adesão da família, que tem um papel importante no encurtamento das estadias no hospital, bem como no retardar das hospitalizações de longo prazo*”.

E os internamentos quer sejam em hospitais quer sejam em lares têm consequências gravosas para os idosos. Ponzetto et al. (2003) referem que os idosos após internamentos em hospitais ou lares perdem capacidades para realizar algumas das suas actividades da vida diária. A mortalidade aos 6 meses é também elevada.

Ele é visto pelo idoso como uma agressão. Esta visão provém de algumas características psicológicas da terceira idade como uma menor flexibilidade e consequente dificuldade de adaptação a situações novas, a dependência afectiva em relação com pessoas significativas que ficam afastadas durante o internamento e pela doença que normalmente acompanham estas situações que é vista como ameaçadora de morte ou de incapacidade (Valente, 2001).

Talvez por este facto ou pelo mito de que o Lar é para quando se atinge a dependência, o internamento das pessoas idosas em lares é uma situação que a família tenta evitar a todo o custo (Belsky, 2001).

As instituições surgem para os idosos e para as suas famílias como alternativas últimas à locação do idoso quando todas as outras hipóteses estão excluídas (Pimentel, 2001).

Pimentel (2001, p. 65) afirma que “*A gestão tradicional da velhice colocava em relação directa os velhos e as pessoas que cuidavam deles. Hoje, os sistemas de reformas e as instituições constituem uma nova forma de cuidar, caracterizada pela mediação anónima entre gerações por parte de instâncias que se impõem com uma lógica própria, implicando a criação de instituições e de agentes treinados e especializados no tratamento da velhice*”.

A institucionalização do idoso depende em larga medida da sua autonomia, depende também da disponibilidade da família para os manter no domicílio mesmo depois de ficar dependente. Num menor grau os outros recursos formais e informais da comunidade poderão ter alguma importância (Martinez & Correia, 1997).

Morais (1999, p. 29), afirma que “A decisão de ir para o lar está na maioria das vezes associada à indisponibilidade familiar, à solidão dos idosos, à disponibilidade financeira, aos serviços que essas instituições oferecem e às vagas disponíveis”.

Algumas situações sociais podem justificar a transferência da responsabilidade de cuidar dos idosos da família para os meios sociais de apoio que surgem na comunidade como as instituições. Dentro destas Rodríguez (1999) refere a redução dos elementos da família, a diminuição progressiva do tamanho das habitações, a saída para o trabalho da mulher, a desestruturação dos meios tradicionais de apoio e o aumento da expectativa de vida do idoso.

Para Pimentel (2001) o isolamento pela perda da rede de apoios informais e a falta de recursos habitacionais e económicos são as causas mais frequentes para procurar uma instituição para residência definitiva. De facto, não foi, neste estudo referido a perda de autonomia como uma causa para esse facto.

Também Condessus et al. (1995) referem que na opção do internamento de um idoso a solução está dependente de vários factores dos quais se salienta o estado de saúde do idoso e dos familiares mais próximos, das condições de alojamento, dos conflitos intergeracionais e da história relacional da família.

Mas a institucionalização não é um processo isento de risco para o idoso. Paúl (1997, p. 28) refere que nas instituições os idosos “*vivenciam inúmeras perdas, integrados num meio que é limitativo, e assume o controlo de muitos aspectos das suas vidas, deprimem-se, e ficam desanimados, o que pode ser responsável pelas deficiências cognitivas, frequentemente observadas nos idosos institucionalizados*”.

Aquando da institucionalização vão-se estabelecer novas relações com partilha de um espaço comum, muito embora na maioria das vezes essa partilha não englobe os mesmos interesses, não contem afectos nem compartilham projectos. O resultado desta convivência é artificial e sempre sujeito a roturas que se podem manifestar com depressão, agressividade ou somatização (Pimentel, 2001).

Em doentes de Alzheimer como acontece, embora em menor grau, nos outros idosos, todas as mudanças de ambiente são desencadeadoras de confusão e sentidas como uma ameaça à sua segurança. Quando há necessidade de institucionalizar estes doentes o seu prognóstico em termos de evolução era melhor quando o internamento era acompanhado pela presença dos familiares (David et al., 1996).

Contudo, muitas famílias com idosos institucionalizados evitam as visitas ao Lar e quando o fazem permanecem por curtos espaços de tempo. Uma modalidade muito mais aceite é a de convidar os idosos para espaços fora da instituição para se

encontrarem (um passeio, uma festa de família, entre outros) como se não se sentissem à vontade enquanto lá permaneciam (Pimentel, 2001).

Os idosos que não estão institucionalizados têm uma visão muito negativa do Lar salientando sempre a perda do controlo sobre as suas vidas já que no Lar poderão ter que seguir rigorosamente as regras que o regem (Pimentel, 2001).

Despidos da sua capacidade de auto-controlo, isolados dos familiares que se afastam, agredidos por um internamento indesejado e perdendo a sua privacidade a institucionalização assume aspectos de agressor da dignidade do velho. Por isso é necessário humanizar as instituições, sendo de grande importância aquando do seu internamento o acompanhamento de objectos significativos (fotografias, bonecos ou outros) que ainda estão associados a memórias agradáveis do doente (David et al., 1996).

Até que ponto o idoso não se sente relegado para fora da família? Confrontado com o facto de, contra a sua vontade ou com uma vontade feita de “obrigação”, ser relegado para um espaço indesejado, o idoso pode fazer a rejeição à instituição e ficar deprimido o que conduz à imobilidade física e psicológica, dificultando a tarefa dos profissionais do lar em manterem-nos activos e intervenientes nas diversas organizações levadas a cabo pela instituição.

4) Aspectos sociológicos da família

Sociologicamente podemos afirmar que a família surge como um mecanismo para proteger o par mãe-filho (Gimeno, 2003).

Saraceno (1997, p 12) afirma que a família é “um dos lugares privilegiados de construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais”

Se a socialização se desenvolve em toda a vida do indivíduo, na infância esta tem como agentes para a sua execução as pessoas da família e os professores, na adolescência são já os amigos os maiores agentes e na adultez e velhice a socialização é recíproca sendo cada pessoa agente e alvo do processo (Rodríguez, 1999).

Saraceno (1997) afirma que todas as famílias que mantêm um mesmo espaço relacional apresentam também outros laços afectivos e de ajuda que provêm das relações familiares alargadas (parentela), isto é, toda a família é composta por uma estrutura num grupo doméstico que se relaciona com outros grupos domésticos com os quais mantêm relações afectivas embora não partilhem o espaço relacional estrito. Estes espaços são fluidos evoluindo no tempo de forma a se interligarem espaços relacionais que até então nunca mantiveram relações familiares anteriormente (pelo casamento, por exemplo), se desliguem espaços relacionais até aí mantidos (divórcio) ou se reorganizem os espaços relacionais com a passagem de um elemento do grupo familiar simples para a parentela (saída de casa de um filho ou a entrada em casa de um idoso).

Sampaio e Gameiro (1998) acentuam a necessidade da família com sistema aberto manter uma relação estreita com a parentela e com a comunidade com o fim de manter o sentido de interrelação da família.

Socialmente a família tem-se vindo a demarcar da sua parentela em termos de dependência e da definição de obrigações. Embora se possa manter uma relação

afectiva, este afastamento permite uma maior flexibilidade nas relações a manter e no espaço atribuído para esta relação (Saraceno, 1997).

As relações de parentela constituem frequentemente uma rede de apoio social importante nos apoios informais que dela podem provir. Para o idoso são frequentemente estas relações que permitem a sua manutenção no seu domicílio ou integrado nos domicílios dos familiares apesar de estarem de alguma forma dependentes. São também estas relações que promovem a actividade dos idosos ao prestarem serviços aos elementos da parentela (Saraceno, 1997).

As relações entre a família e a parentela dependem, senão totalmente pelo menos numa fracção importante, da distância a que se encontram cada espaço familiar. Se a distância não impede este fluxo de ajudas e trocas, a sua proximidade facilitam-nas de forma importante (Saraceno, 1997).

Saraceno (1997, p. 73) referindo-se às redes sociais da rede parental afirma que “porque as formas de obrigatoriedade social da rede parental se debilitam e de algum modo os parentes, mesmo por afinidade, são também «escolhidos» como relação, não se pode não os amar e nem não se esperar afecto. É neste afecto permutado, mais que no dever de obediência e do respeito, ou no controlo da transmissão patrimonial, que se baseia agora a continuidade das gerações e da pertença a uma parentela comum”.

O mesmo autor (1997, p. 57), referindo-se aos papéis sociais dos cônjuges escreve que “em muitas sociedades o sexo constitui um critério basilar para definir categorias distintas e específicas de relações de parentesco: não em termos afectivos mas de relevância social, com objectivos de determinação da lealdade devida às

linhagens, ou das linhas de descendência, do poder sobre as gerações, e também por vezes com o objectivo de delimitar a área do incesto”.

Mas se a família é um espaço privilegiado de intimidade e de afectividade também pode ser um local onde pode decorrer a opressão, o egoísmo e a violência (Saraceno, 1997). Estes aspectos mais negativos poderão dificultar a integração de um idoso no seu seio. Ele é visto como uma testemunha das atitudes negativas, um aliado dos que são oprimidos ou mais um consumidor dos recursos físicos e económicos da família.

Esta dualidade entre afectividade e agressividade, frequente em muitas famílias vão condicionar ambientalmente as vivências do idoso. Por isso, na apreciação da qualidade de vida de um idoso deve estar presente uma análise das condições ambientais que o rodeiam (Barry, 2002).

Alguns sociólogos apontam um conceito novo para a socialização do idoso: A “ressocialização” baseando-se que quando o indivíduo entra na velhice as modificações do tipo de vida social é tão grande que o idoso tem necessidade de reaprender a sua nova vida (Rodríguez, 1999). Esta aprendizagem deve ter como objectivo manter o idoso inserido na sociedade de uma forma participativa e gratificante para ele.

Na verdade as relações sociais do idoso podem ser activas, em que participam nos diversos empreendimentos do grupo social a que pertencem, ou passivas em que o idoso mantém uma postura de espectador sendo estas, muitas vezes, actividades organizadas pelo grupo familiar mas sem a presença de elementos significativos extra familiares do idoso (Rodríguez, 1999). A preocupação da integração total do idoso nas actividades sociais deverá ser prioritária no processo de socialização.

A socialização impõe como necessários alguns pressupostos que não são exclusivos dos idosos mas também se aplicam a estes. Assim, a socialização do indivíduo exige a capacidade de se relacionar com os outros pois só com comunicação se pode imaginar os contactos sociais. Mas estes impõe um certo número de regras que regem as trocas sociais e os indivíduos devem aceitar e adequar o seu comportamento a essas regras. Com esta convivência visa atingir a satisfação de bens psicológicos fundamentais como o afecto, a protecção, a ajuda, a aprendizagem, etc. (Rodríguez, 1999).

As amizades são uma fonte importante de apoio e de satisfação para os idosos e para as suas famílias. Baseia-se na voluntariedade e depende de variáveis como o sexo, a idade, o status, a religião, a raça e a escolha. Mantêm frequentemente centros de interesse comuns e recordações comuns e valores similares (Rodríguez, 1999).

Antonucci e Jackson (1990) afirmaram que, quer os apoios familiares quer os dos vizinhos e amigos, são muito importantes para o idoso. Muito embora a maioria do apoio seja dado pela família, subjectivamente o idoso carece de apoio de amigos com quem possa ter confidências (geralmente amigos do mesmo sexo). Segundo os mesmos autores quando as relações eram recíprocas eram melhor aceites pelo idoso. A situação de “tomar conta” é considerada por eles como indesejável pelo cariz de dependência que a acompanha.

A presença de pessoas idosas no seio de uma família de adultos de meia-idade impõe na estrutura familiar a consciencialização da ameaça da doença e da morte (Saraceno, 1997). Mas, se a doença e a morte atinge um dos membros mais novos, a

presença de elementos idosos cria um maior sentimento de injustiça (morte contra natura).

5) Conclusão

O idoso vive os seus problemas com a família de uma forma muda ou com manifestações psicossomáticas. Sentirem-se como um *empecilho* para o normal desenrolar da vida familiar dos seus filhos e netos transtornam a sua visão da vida. É, assim, portador de uma carga afectiva perturbadora do seu bem-estar. Ele quer afastar-se mas está preso pelas suas limitações físicas, psíquicas e económicas. Entra em depressão por se sentir desprezado e incapaz, perdendo de todo o seu sentimento de controlo.

Não poderá nunca existir *Qualidade de Vida* enquanto a sequência dos acontecimentos da experiência dos idosos for a que se descreveu.

C) Qualidade de Vida

1) Conceito de Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é um conceito recente. É no pós guerra que ele se vai desenvolver e que, inicialmente, estava mais relacionado com a posse de bens materiais (Prutkin, 2002).

Com o evoluir dos anos a importância da qualidade de vida acentuou-se, donde surgiram conceitos de qualidade de vida relacionados com as diversas áreas de vida humana: da saúde ao urbanismo, da psicologia ao misticismo.

Talvez por esta múltipla utilização da palavra, não é possível, ainda hoje, estabelecer um conceito único. Vários autores procuraram uma definição, mas o consenso desejado entre os diversos autores nunca foi encontrado.

Para Katschnig (2000, p. 6) o conceito de qualidade de vida é confuso abarcando conceitos como “*o bem-estar psicológico, a função social e emocional, o estado de saúde, a funcionalidade, a satisfação vital, o apoio social e o nível de vida*”.

Cella e Cherim (1987, cited por Paschoal, 2000) definem a qualidade de vida como o grau em que as pessoas realizam os seus objectivos de vida. Björk e Roos (1994, cited por Paschoal, 2000) apresentam a qualidade de vida como a forma como cada indivíduo vive a sua própria vida.

Carr, Gibson e Robinson (2001) referem-se à qualidade de vida como um conceito abrangente, em que a doença ou a incapacidade interferem com a capacidade das pessoas cumprirem os seus papéis normais.

Paschoal (2000, p. 24) afirma que *“há inúmeras conceituações de qualidade de vida; talvez cada indivíduo tenha o seu próprio conceito. Assim, qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais: tem variado para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo”*.

Esta forma de avaliar a qualidade de vida está de acordo com a perspectiva de Carr e Higginson (2001), quando afirmam que embora possa emitir alguns parâmetros que são quase unanimemente aceites como padrões de qualidade de vida, outros são muito variáveis de cultura para cultura, dentro da mesma cultura, de sociedade para sociedade e dentro desta, de indivíduo para indivíduo. Mesmo no mesmo indivíduo pode-se aceitar que os conceitos de qualidade de vida possam ter variações ao longo do tempo oriundas da evolução social e familiar que marcam as expectativas do indivíduo e das condições individuais que modificam os interesses e as atitudes.

Esta visão personalizada do conceito não implica, necessariamente, que se torne mais fácil de definir o constructo qualidade de vida.

Será que por ser tão evidente e intuitivo para todos, a busca do conceito genérico seja tão difícil. O que parece certo é que as expectativas e a sua satisfação estejam intimamente ligadas ao constructo.

A satisfação que qualquer indivíduo sente resulta sempre das expectativas concretizadas. Estas, por sua vez, estão relacionadas com as necessidades mais ou menos básicas que cada ser humano, consciente ou inconscientemente, aspira a ver concretizadas (Couvreur, 2001).

Mas estas expectativas advêm de construções individuais e colectivas de metas que foram desenhadas para desencadear prazer no indivíduo. Desde as mais primárias como as associadas ao instinto até às mais construídas como as ligadas à promoção do Ego são quase constantes no espírito humano (Couvreur, 2001).

Esta diversidade motivacional e, de certa forma, inovadora resulta num dos modelos mais conhecidos para descrever a satisfação com a vida, que é o de Maslow. Este modelo estabelece uma hierarquia nas motivações dos indivíduos segundo uma pirâmide cuja base apresenta as necessidades básicas como as fisiológicas até às necessidades superiores como a necessidade de realização pessoal, colocadas no seu vértice (Maslow, 1970, cited in Feldman, 2001). Contudo este modelo foi criado mais teoricamente do que seguindo uma metodologia experimental. Sheldon, Elliot, Kim e Kasser (2001) procuraram, experimentalmente, determinar uma pirâmide que permitisse responder às necessidades do ser humano. Assim, afirmam no estudo que realizaram, que a maioria das pessoas classificaram como mais importantes a autonomia, a competência e as relações humanas. Quase no mesmo nível encontraram, ainda, a auto-estima e, num grau menor de importância, referiram a auto-actualização, a prosperidade física, a popularidade e a influência. Com importância menor estava o dinheiro e o luxo que deu até valores negativos.

Mas sejam quais forem as grandes motivações humanas, a verdade é que a subjectividade impera no conceito de qualidade de vida.

Este pode ser definido como o estado subjectivo de saúde com o impacto que é sentido pelo indivíduo sobre a sua capacidade de viver a vida plenamente (Monchetti & Krzemien, 2000)

Na saúde o conceito de qualidade de vida provém da necessidade de humanizar os cuidados prestados ao doente, evoluindo a noção de cuidados de qualidade que inicialmente abrangia a eficácia no controlo dos sintomas, na redução da mortalidade, no aumento da expectativa de vida para um conceito mais abrangente em que se valoriza a opinião do doente sobre o seu estado (Pereira, 2002).

Resultando da evolução do conceito de saúde da OMS o conceito de qualidade de vida engloba perspectivas biológicas, psicológicas e sociais. Esta “perspectiva conduziu à identificação de dimensões positivas usualmente associadas ao conceito de qualidade de vida, como o bem-estar psicológico, a felicidade e a satisfação com a vida; e ainda, ao desenvolvimento de medidas dessas mesmas dimensões” (Fagulha, Duarte & Miranda, 2000).

A OMS, apresenta a qualidade de vida como sendo a percepção que um indivíduo tem da sua situação na vida quanto aos objectivos que delineou, das expectativas que desenvolveu, dos padrões que o motivaram e das preocupações que originaram, num enquadramento sócio-cultural específico que é a comunidade onde vive (World Health Organization, 1998, cited por Amarantos, Martinez & Dwyer, 2001).

Assim, numa perspectiva biopsicossocial que provem da definição que a OMS tem, surgem várias definições que mais que conceptuais são tentativas de definição das dimensões abrangidas pelo conceito de qualidade de vida.

É o caso de Bistué (2001) que associa o conceito de qualidade de vida à sensação de bem-estar, seja físico, material, social, produtivo, emocional e cívico.

Embora seja um conceito utópico, este autor defende que serve para definir metas para conseguir níveis de qualidade de vida mais satisfatórios.

Segundo a própria OMS (cited por Couvreur, 2001, p. 42) a qualidade de vida seria *“a percepção, por parte dos indivíduos ou grupo, de satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade”*, compreendendo, assim, um componente objectivo e um subjectivo

Há, então, um alargamento do conceito. Está implícito neste alargamento uma tentativa de integrar no conceito individual de qualidade de vida os diversos aspectos do conceito de qualidade de vida social. O indivíduo, por si só ou integrado num grupo, perspectiva a concretização ou não, das suas expectativas de uma forma que lhe causa satisfação. Fins individuais e fins comunitários podem interceptar-se para causar prazer individual e colectivo.

Frisch (1994, cited por Fagulha et al., 2000) define o modelo de qualidade de vida do contentamento e bem-estar subjectivo onde defende que a satisfação com uma área da vida de um indivíduo é dependente da importância que ele lhe atribui.

Os objectivos que cada um estipula como expectativas individuais não são comuns aos dos outros indivíduos da comunidade. Assim, os objectivos comunitários deverão corresponder às expectativas de uma maioria de indivíduos da comunidade, mas não terem a pretensão de satisfazer a todos (Fagulha, Duarte & Miranda, 2000).

Assim, numa perspectiva de qualidade de vida social podemos afirmar com Malcata (2003) que uma das perspectivas que vai permitir fazer uma quantificação dessa qualidade de vida é o Índice de Desenvolvimento Humano que usa três dimensões essenciais: a longevidade traduzida pela esperança de vida à nascença, o conhecimento,

avaliado pela taxa de alfabetização dos adultos e pela taxa de escolaridade combinada, e o nível de vida digno, que pode ser determinado pelo rendimento per capita ajustado.

Desta forma, e como Katschnig (2000) defende, o termo qualidade de vida é um termo um termo usado de forma muito genérica e indefinida. Poderá ser observada, numa perspectiva subjectiva, pelo bem-estar sentido por cada indivíduo; Pode, ainda, ter carácter mais objectivo e holístico que abrange as condições que a comunidade pode proporcionar aos seus membros e que é sentido como promotor de bem-estar pela maioria dos indivíduos. Neste contexto, a qualidade de vida pode ser vista desde o ponto de vista social como bem-estar nacional até ao ponto de vista individual.

A qualidade de vida social pode crescer quase indefinidamente já que evolução técnica e social o permitem. Já a nível individual não é assim. Aqui o crescimento da qualidade de vida é limitado pela involução própria da senescência que restringe o bem-estar subjectivo dos indivíduos (Sanz, 2002).

Além da senescência outros factores de índole física, psicológica e sócio-comunitária são passíveis de alterar o bem-estar individual.

A saúde é quase universalmente aceite como uma condicionante importante da qualidade de vida. Saúde e doença coexistem frequentemente no indivíduo e o papel da medicina é corrigir os factores que afastam o indivíduo doente de uma vida com qualidade. Assim, surgiu uma das variantes do conceito de qualidade de vida que é a de qualidade de vida relacionada com a saúde, que foi adoptada pela medicina para avaliar a evolução da doença e das terapêuticas instituídas. Wenger e Furberg, (1990, cited por Naughton & Shumaker, 2003) definiram qualidade de vida relacionada com a saúde como sendo os atributos que o doente valoriza perante a situação de doença como o

conforto e a sensação de bem-estar, a manutenção de uma razoável capacidade motora, emocional e intelectual e a possibilidade de manter actividade na família, emprego e comunidade. Os cuidados de saúde passam a ter uma nova dimensão para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Embora menos abrangente que o conceito geral, a qualidade de vida relacionada com a saúde vai favorecer a intervenção das percepções do doente sobre a sua saúde na avaliação do impacto terapêutico.

Mas quais são as dimensões realmente importantes na avaliação da qualidade de vida individual? Como já foi referido, num sentido lato, todas as dimensões do funcionamento humano deveriam ser valorizadas. Mas serão elas todas possíveis de avaliação? E como vamos integrá-las num único conceito?

2) Dimensões da qualidade de vida

a) Introdução

Numa perspectiva social, no envelhecimento a busca de longevidade foi privilegiada durante os anos do pós-guerra. O acento tónico estava em conseguir deslocar a idade média da vida, de forma utópica, para o infinito (Prutkin, 2002).

De alguma forma esse objectivo foi parcialmente atingido. Mas viver mais não correspondia a viver melhor. Não existia satisfação de vida porque a longevidade não era acompanhada pela manutenção das capacidades físicas e mentais. Estas incapacidades, perda de dependência, perda de controlo, *stress* e depressão conduziam a uma redução na qualidade de vida do idoso (Prutkin, 2002).

A qualidade de vida e a quantidade de vida a nível individual não são, pois, sinónimos e a sua relação ainda se mantém bastante longe do desejável (Sanz, 2002).

A qualidade de vida vai sendo reduzida com o decorrer dos anos. Variando de forma directa com a idade, não tem, contudo, uma uniformidade na sua evolução. Os idosos não perdem a qualidade de vida simultaneamente ou a uma idade pré-estabelecida (Couvreur, 2001). Segundo este mesmo autor, outros factores interferem na evolução da perda de qualidade de vida. Uma delas é o género. Como já vimos no primeiro capítulo, os homens morrem mais precocemente mas as mulheres perdem mais cedo as suas capacidades.

Num estudo de Pacheco e Lucas (2000) havia um predomínio do sexo masculino na qualidade de vida, mas este dado não foi testado pelo que não pode servir de comparação.

Contudo, num estudo de Aranda e Horna (2002) havia diferenças estatisticamente significativas entre idosos e idosas quanto à qualidade de vida, sendo esta maior nos idosos.

Outro dos factores influentes na qualidade de vida do idoso é a sua domiciliação, isto é se vivem com familiares ou em instituições. No estudo de Aranda e Horna (2002) foi encontrado um maior índice de qualidade de vida nos idosos domiciliados no seio familiar do que os que residem nos lares.

Se a qualidade de vida tem um carácter predominantemente individual, os sistemas que pretendem a sua avaliação têm dificuldade em avaliar todos os aspectos da vida que são valorizados pelo indivíduo. Os esquemas que se obtêm a partir da opinião desses indivíduos podem aproximar-se mais da realidade (Higginson & Carr, 2001).

Por isso, os instrumentos desenvolvidos para avaliação da qualidade de vida deverão ter como base processos de investigação qualitativa suficientemente alargados para permitir uma maior fundamentação dos itens mais abordados pelo conjunto dos indivíduos. Estas pesquisas devem ter uma população base com características semelhantes às que possuem os indivíduos que vão ser alvos da aplicação desses instrumentos e adequados às culturas onde eles estão inseridos (Paschoal, 2000).

Katschnig (2000) refere que ao se pretender avaliar a qualidade de vida, dever-se-á adequar os instrumentos aos objectivos da investigação e aos grupos de indivíduos que vão ser investigados. As dimensões desses instrumentos não podem ser os mesmos para indivíduos com diferentes idades (jovens e idosos) nem para objectivos diferentes (saúde física ou bem-estar geral).

Quando se fala de avaliação global, a avaliação da qualidade de vida inclui aspectos que vão desde as capacidades funcionais até à percepção de saúde. Em todas elas a avaliação é subjectiva e dependente do que sente o indivíduo e não daquilo que seria previsível que ele sentisse perante essa situação. (Muldoon, Barger, Flory & Manuck, 1998)

A British Academy (2001) define quais deveriam ser as dimensões a investigar na qualidade de vida. Uma seria a das receitas económicas dos idosos e as privações financeiras onde seriam analisadas as questões ligadas à qualidade de vida e à pobreza e do impacto das melhorias económicas sobre a qualidade de vida. Outra seria a saúde e o envelhecimento, que englobaria os efeitos na saúde das medidas como os apoios sociais, da resolução das dificuldades de saúde e da manutenção de uma actividade laboral. Uma terceira dimensão seria a do trabalho do idoso e o seu impacto na manutenção de

uma elevada auto-estima e de altos graus de satisfação com a vida. Uma quarta dimensão seria a da família e redes sociais, que englobariam os estudos sobre o papel das redes sociais de apoio ao idoso e o papel da família no desenvolvimento do idoso e no seu isolamento e institucionalização. Ainda se podem referir as investigações sobre a mulher e os papéis ligados ao género, a educação do idoso, a segurança, o ambiente e as artes.

Alguns estudos foram realizados com a finalidade de definirem quais as dimensões que deveriam ser incluídos nas investigações de qualidade de vida.

Young (2001) apresenta o resultado de um estudo feito no Canadá que identificou algumas áreas que foram consideradas pelos idosos como condicionadoras de qualidade de vida: independência, abuso de idosos, saúde, informação, mobilidade e transportes, educação, solidão e isolamento, instituições, cuidados domésticos, actualização profissional, segurança e vida activa.

Raphael, Renwick e Brown (1996) referem nove componentes para a qualidade de vida divididos por três grandes grupos: o primeiro é o Ser; o segundo o Pertencer e o terceiro o Tornar-se. No primeiro grupo definiram-se três subgrupos: o Ser Físico que engloba as auto-percepções de saúde, nutrição, higiene pessoal e capacidade física; o Ser Psicológico que manifesta aspectos como a auto-satisfação, atitudes positivas com a vida, mecanismos de coping internos e auto-organização; o Ser Espiritual que inclui os valores pessoais em relação com a espiritualidade como o altruísmo e a esperança.

No segundo grupo definiram-se também três subgrupos: o Pertencer Físico que reflecte aspectos físicos do ambiente como o local onde vive, a sensação de segurança ou a vizinhança; o Pertencer Social que engloba as relações com as pessoas que o

rodeiam como a família, os amigos ou os vizinhos; o Pertencer Comunitário refere-se às condições comunitárias de apoio como o pessoal de saúde, os financeiros e os políticos. O terceiro grupo foi também dividido em três aspectos: o Tornar-se Prático que aponta para as questões práticas da vida como negócios, compras e apoios a outras pessoas; o Tornar-se lazer que inclui as actividades realizadas para divertimento e prazer como ver televisão ou ir ao cinema; o Tornar-se conhecimento que reflecte o crescimento individual e a adaptação à vida.

Katschnig (2000) refere três componentes de qualidade de vida: Bem-estar ou satisfação subjectiva, estado funcional e factores contextuais. O bem-estar subjectivo demonstra a existência de uma forma individual e única de qualidade de vida, o estado funcional a necessidade e possibilidade de cumprir os papéis sociais e os factores contextuais a influência dos factores comunitários e ambientais que definem aquilo que se propôs designar-se por “nível de vida”.

No modelo de Hughes de qualidade de vida (1990, cited por Gerritsen, Steverink, Ooms & Ribbe, 2004) são definidas 8 dimensões: autonomia pessoal (controle e decisão), satisfação expressa (satisfação com a vida, auto-imagem e bem-estar psicológico), estado sócio-económico (rendimentos, ocupação, domiciliação e nutrição), bem-estar físico e mental (saúde física, incapacidade, dependência), qualidade do ambiente (conforto, segurança, rotinas e regras), actividades significativas (lazer, trabalho, interesses), integração social (contactos sociais, exercício da cidadania, contactos familiares) e factores culturais (idade, género, raça e credos religiosos).

Butler (1997), pretendeu definir a qualidade de vida salientando diversos aspectos dos seus componentes. Das dimensões propostas quase todas já foram referidas

e, por isso, saliento apenas algumas menos vulgares quer na literatura, quer nos instrumentos até hoje desenhados. Um é o bem-estar estético que engloba a exposição do idoso às artes como a música, a pintura e a escultura. Outro é o bem-estar moral, isto é, o estar bem com a sua consciência. Por fim o bem-estar no fim de vida que inclui a qualidade na morte, a qualidade dos cuidados prestados e o sentimento de controlo.

Como qualidade de vida e saúde têm uma correlação positiva demonstrada em vários estudos como o de Aranda e Horna (2002), as medidas desenhadas para a obtenção de uma melhor qualidade de vida para os idosos estão também relacionadas com a economia da saúde. Na verdade, Reis (2000) refere que em muitos países estão-se a fazer esforços para um melhorar da qualidade de vida do idoso como sendo uma forma de promover a saúde e assim controlar economicamente os gastos necessários nestas idades (reformas, saúde).

A qualidade de vida do idoso é, por isso, reconhecida como forma de promover o seu bem-estar e a sua saúde, procurando com as medidas que o estimulam reduzir a necessidade de cuidados de saúde e sociais que oneram qualquer política de saúde.

b) Físico

Uma dimensão frequentemente referida é a dimensão física. Esta poderá ser abordada de múltiplas formas e englobar diversos parâmetros como agentes importantes na promoção ou coarctação da qualidade de vida. Uma velhice bem sucedida depende da sorte e genética individual, mas também de factores alteráveis pelo indivíduo quer ao longo da vida, quer na própria velhice, como os estilos de vida (McMurdo, 2000).

Estes estilos de vida são, quando existe uma atitude positiva, agentes promotores de qualidade de vida. Por isso, na avaliação que se possa fazer deste constructo, a inclusão dos parâmetros físicos são essenciais.

Botelho (2001) defende que se deverão avaliar as áreas como a capacidade funcional, a mobilidade física e mental e os aspectos socioeconómicos para a previsão da qualidade de vida do idoso.

Nesta avaliação podemos constatar que a saúde física do idoso tem uma correlação positiva com os apoios sociais sentidos por ele. Estes além de melhorarem a saúde física actuam também sobre a saúde mental (Paúl, 1997).

Entre os estilos de vida que são promotores de qualidade de vida no idoso está a alimentação. A nutrição humana é um dos parâmetros da vida individual que está enquadrada nas necessidades básicas que o ser humano tem de satisfazer. No estudo de Amarantos et al. (2001) aspectos de desnutrição e de exageros na alimentação foram relacionados com qualidades de vida mais pobres. Contudo, algumas pessoas assumem o acto alimentar como uma forma de prazer e cometem exageros que mais tarde vai conduzir a situações de saúde que poderão ser propiciadores de mal-estar e de baixa de qualidade de vida.

A alimentação é uma das condicionantes importantes da qualidade de vida por dois mecanismos. Um, directo, pelo prazer que o acto alimentar pode revestir e por outro lado, um indirecto, pela saúde que uma alimentação adequada em termos qualitativos e quantitativos podem trazer ao idoso. E estas duas componentes, apesar de parecerem contraditórias não o são necessariamente já que há formas de ingerir alimentação de uma forma saudável com grande prazer (Malcata, 2003).

O exercício físico é outro dos estilos de vida saudáveis que tem sido demonstrado como promotor de qualidade de vida. O exercício físico tem um papel preponderante na sensação de bem-estar do idoso. Este efeito advém de efeitos do exercício sobre a melhoria funcional do idoso, dos efeitos psicológicos que o aumento da auto-estima traduz e dos efeitos sociais pelos contactos sociais que podem daí advir. A nível físico, a melhoria das capacidades motoras, o aumento da massa muscular, o aumento da capacidade aeróbia, a reeducação postural e o estímulo do sistema hormonal e imunológico podem justificar a importância da sua prática e as causas da melhoria da qualidade de vida (Henriques & Aroso, 2003).

Veríssimo (2001, p. 129) refere que “a actividade física, minimizando a perda de capacidade funcional, quer física, quer mental, pode contribuir para prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, que sendo consubstanciado na perda de autonomia e independência, representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida do idoso”.

Cantera, (2000) refere que o exercício físico moderado é um factor importante que interfere na melhoria da qualidade de vida do idoso por ser promotor de independência e de capacidade física, para além de poder conduzir o idoso ao contacto social.

Mesmo assim, se não podemos interromper o processo de envelhecimento podemos interferir na sua evolução negativa melhorando-a e podemos adiar a morte dos idosos por vários anos. Aliás, muito embora o treino muscular não interrompa a perda muscular inerente ao envelhecimento, a eficácia em termos de força é melhorada,

podendo corresponder a um rejuvenescimento correspondente a 10 a 20 anos (McMurdo, 2000).

Veríssimo (2001), referindo-se a diversos estudos experimentais, afirma que há uma correlação negativa entre exercício físico e mortalidade.

A actividade física está correlacionada com a qualidade de vida do idoso, principalmente com a qualidade de vida relacionada com o estado de saúde. Num estudo feito nos Estados Unidos a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde numa amostra de habitantes em Lares refere que quer as actividades que são praticadas no interior de casa quer as que são feitas fora de casa têm uma correlação positiva com a qualidade de vida relacionada com a saúde (Jenkins, Pienta & Horgas, 2002).

A sexualidade do idoso é, ainda hoje, um “tabu”. Relacionados com a existência de uma andropausa e uma menopausa é frequente associar estes fenómenos naturais do envelhecimento com a cessação da sexualidade. A andropausa e a menopausa não interrompem fisicamente a actividade sexual mas, porque socialmente interferem com os preconceitos, reduzem-na e limitam-na. Ainda vivemos numa sociedade em que consideramos a velhice como assexuada. No entanto, essa redução da sexualidade traduz um conjunto de alterações que mais do que físicas são psíquicas e sociais. Aspectos como perdas, diminuição da auto-imagem, carência de intimidade afectiva, relações do casal repetitivas e monótonas poderão justificar mais a disfunção sexual do idoso do que os problemas físicos (Martins, 2002).

Estas imagens reflectem atitudes sociais de reprovação da sexualidade do idoso. No ambiente institucional ela é contrariada ou desmotivada com a separação dos casais e medidas limitadoras de novas relações afectivas entre os seus habitantes.

A comunicação humana é essencial à vida e é a própria vida. A interrupção da comunicação pelo isolamento foi e é, ainda hoje, utilizado para castigar quem tinha comportamentos considerados anti-sociais (por ex. o quarto escuro para as crianças ou a solitária nas prisões).

Mas a comunicação necessita da utilização dos órgãos sensoriais para se poder concretizar. Quanto menos órgãos sensoriais estiverem fisicamente efectivos mais difícil será a comunicação. Ora o idoso apresenta várias alterações sensoriais no processo da senescência (Feitosa, 2001).

O envelhecimento dos órgãos sensoriais com a sua diminuição de função é um acontecimento comum ao conjunto dos idosos, embora apareça de forma mais ou menos intensa e mais ou menos tardiamente na idade, conferindo uma variabilidade grande nestes aspectos. Mas, quando acontece, a perda da qualidade de vida é uma constante. Quer seja pela perda dos contactos sociais, quer pela perda do prazer nalguns acontecimentos básicos da vida como o comer ou o cheirar, quer pelas dependências a que conduzem. Estas limitações interferem com a vida do idoso e empurram-no para o isolamento e a depressão (Feitosa, 2001).

Todas estas condicionantes impõem ao idoso uma situação de isolamento, senão físico pelo menos sensorial com a interrupção da comunicação com os seus pares ou os seus familiares.

Dos sintomas físicos que mais interferem com a vida do indivíduo a que mais frequentemente o aflige é a dor. Quer pelas limitações físicas que causam, quer pela irritabilidade e depressão que a acompanham, quer pelos medos que originam. A dor é um factor de stress e limitador de qualidade de vida (Couvreur, 2001).

No entanto, os indivíduos portadores de doença física ou de incapacidade podem não ter redução na qualidade de vida. A relação entre as queixas individuais e a sua qualidade de vida não são directas (Carr et al., 2001).

As doenças crónicas incapacitantes, apesar de provocarem uma redução da capacidade funcional, nem sempre se acompanham de perda de qualidade de vida. Alguns pacientes com doenças com um potencial incapacitante elevado podem mesmo assim pontuar alto nos instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Estão nestes casos os doentes com hipertensão arterial, diabetes e cancro. Uma explicação possível é que o indivíduo faz uma adaptação progressiva da sua vida, valorizando menos os aspectos que eventualmente tenha perdido e sobrevalorizando outros que se tenham mantido (Wensing, Vingerhoets & Grol, 2001).

Mas a doença interfere na qualidade de vida não só pelas dores que provocam, pelas limitações físicas e psíquicas que dela advém, mas também pelo consumo de medicação.

O consumo de medicamentos é frequentemente observado como uma opressão para o idoso. No estudo de Almeida e Machado (2002) foi encontrada uma correlação negativa entre o consumo de medicamentos e saúde e bem-estar, isto é, quanto menos medicamentos tomava o idoso, melhor percepção de qualidade de vida tinha.

A medicação do idoso interfere na sua vida pelo significado atribuído ao tomá-la (dependência da medicação), pelos efeitos secundários que provocam e pela constrição económica que gera.

c) Psíquico e espiritual

Como vimos na introdução, na variabilidade da percepção da qualidade de vida pelo indivíduo, um dos factores mais importantes é a diferença entre as expectativas do indivíduo perante a situação e a experiência vivida. Assim, expectativas enquanto demonstradoras da vontade do indivíduo e experiência ilustradora da realidade vivida são verdadeiramente duas vertentes da qualidade de vida que explicam a quase individualidade do conceito (Carr et al., 2001).

A satisfação com os acontecimentos atingidos está directamente correlacionada com o desejo desses acontecimentos. Assim, a satisfação pode ser obtida pela adequação dos desejos às capacidades e recursos individuais. É com esta adaptação que os idosos conseguem frequentemente níveis de qualidade de vida semelhantes ou superiores aos dos jovens. Este efeito parece ter mais que uma correlação com a satisfação tendo mesmo um efeito causal (Solberg, Diener, Wirtz, Lucas & Oishi, 2002).

Contudo, outros aspectos do psiquismo humano poderão interferir na forma como o indivíduo encara a vida. A personalidade, enquanto características individuais e únicas de assumir os comportamentos, condiciona a abordagem dos problemas pelo sujeito (Wrosch, & Scheier, 2003). Assim, ela vai interferir na qualidade da vida pelas angústias que pode originar ou pelo *stress* que a acompanha.

Uma personalidade otimista favorece o bem-estar e uma boa saúde e esta relação é mediada pelos comportamentos de *coping* dos indivíduos. Na verdade, a capacidade para a pessoa lidar com objectivos inatingíveis tem uma relação positiva com níveis altos de qualidade de vida (Wrosch, & Scheier, 2003).

Uma das características mais desejadas é a percepção de podermos decidir a nossa vida por nós mesmos. Esta sensação de controlo é uma das condições para a nossa estabilidade emocional. Em todas as idades são sensíveis comportamentos que visam a manutenção do controlo. Na velhice, pelas dependências que podem surgir, a perda do controlo é frequente. Os internamentos hospitalares frequentes, o recurso à domiciliação na casa dos filhos ou a institucionalização fazem com que o idoso sinta falta de controlo (Paúl, 1997). Esta capacidade de controlo vai interferir com a qualidade e a quantidade de vida.

O sentimento de controlo sobre as áreas que são para o idoso mais importantes conduz a uma menor mortalidade e a uma maior percepção de bem-estar (Krause & Shaw, 2000). Para além disso, conduz a um aumento de auto-estima. Com a auto-estima o idoso revê-se nas suas capacidades. Qualquer perda do idoso, que como vimos no primeiro capítulo são muitas (entre físicas, psíquicas, sensoriais ou sociais), poderá justificar de uma perda de auto-estima que dificultará mais a comunicação com os outros. Gera-se um ciclo vicioso que vai agravar cada vez mais a percepção que o idoso tem da sua eficácia enquanto pessoa. O resultado é muitas vezes o aparecimento da psicopatologia.

A evolução da auto-estima ao longo da vida vai condicionar a qualidade de vida do idoso. De facto, a auto-estima tem dois altos na infância e adultez e duas quedas na adolescência e velhice (Robins et al., 2002).

Com uma auto-estima habitualmente baixa e com uma percepção da falta do controlo o idoso entra em *stress*. Este por ser mantido no tempo e sem solução visível é promotor de depressão, de agitação ou de ambas (Paúl, 1997).

Para Motte e Tortosa (2002), o *stress* poderá ser uma condicionante ao desenvolvimento de uma qualidade de vida do idoso. Factores como os problemas de saúde, a reforma, os lutos e as mudanças de residência perturbam de forma importante o bem-estar psíquico do idoso. O *stress* é agravado, muitas vezes, pelo sentimento da solidão. O idoso dá um valor particularmente alto aos amigos. *“Embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm um forte efeito no bem-estar subjectivo”* (Paúl, 1997, p. 109).

Os amigos são frequentemente da mesma idade. São, por isso, frequentes fontes de luto. Se isso acontecer poderá sobrevir a solidão, uma sensação que poderá condicionar a qualidade de vida na terceira idade. Quer ela provenha do isolamento social, das perdas afectivas ou da exclusão social o resultado é uma perda de bem-estar (Motte & Tortosa, 2002).

Outras causas para o isolamento involuntário são as limitações físicas associadas ou não às condições habitacionais e o afastamento progressivo dos contactos sociais. O isolamento e a solidão conduzem à depressão e esta é por si condicionadora de mal-estar (Fernandes, 2002).

Situações psicopatológicas como a depressão poderão ter um efeito deletério sobre a qualidade de vida do idoso. Embora seja muito importante na explicação da baixa de qualidade de vida do idoso, outros factores como a idade, o género, e a comorbilidade médica podem interferir no processo (Doraiswamy, Khan, Donahue & Richard, 2002).

A depressão do idoso é frequentemente mascarada por outros sintomas que impedem o seu diagnóstico. Sintomas demenciais e sintomas orgânicos são frequentes e dificultam a percepção pelos próprios idosos, pela família e pela equipa de saúde da depressão que pode chegar a ser grave e pode desencadear o suicídio (Fernandes, 2002). Talvez por ser tão frequente e de tão difícil diagnóstico é que atinge gravidade acentuada nestas idades e é acompanhado de suicídio.

Assim poder-se-á entender que Durkeim (1952, cited por Couvreur, 2001) pretenda avaliar a felicidade dos indivíduos numa sociedade pela taxa de suicídios.

Se algumas vezes este rumo é interrompido é pelo papel importante que tem a vida espiritual nos comportamentos dos indivíduos.

As actividades religiosas são em todo o mundo mais interiorizadas e vividas por uns do que pelos outros. Baker (2003) refere que indivíduos idosos com actividade religiosa tem padrões de melhor qualidade de vida que a população em geral. Se este facto tem a ver com a atribuição de um significado para a vida, quer porque permite dar um aumento da sua própria percepção de poder, quer porque estimula as trocas transgeracionais é ainda desconhecido mas foi demonstrado empiricamente que existe uma relação.

Mas é perante a morte que a religiosidade tem um papel fundamental. Viver a vida tendo em vista uma outra pós a morte dá sentido à própria morte. A sua aceitação favorece o bem-estar e a paz de espírito nos momentos que envolvem a morte.

No estudo de Silva e Peralta (2002) verificou-se que os idosos tinham atitudes perante a morte muito diferentes sendo estas diferenças mais manifestadas entre os idosos mais jovens e os mais velhos (estes falam mais frequentemente nela). A religiosidade foi encontrada relacionada com uma atitude de ambivalência perante o fim da vida: o medo do fim desta vida e a esperança numa vida futura extraterrena.

d) Sócio-cultural

Na avaliação da qualidade de vida torna-se importante avaliar tanto as condições económicas e sociais como as físicas (Moreira, 2000). Ainda partindo do conceito de saúde da OMS, desenvolve-se outra dimensão da qualidade de vida, a dimensão sócio-cultural. Nesta poderemos englobar os aspectos sociais do idoso, os aspectos comunitários e os aspectos do lazer.

É nesta dimensão que os aspectos de relacionamento interpessoal se desenvolvem em todos os seus domínios: família, amigos, vizinhos, trabalho e instituições comunitárias.

Motte e Tortosa (2002) referem que alguns factores sociais poderão influir de forma importante na qualidade de vida do idoso, de entre eles apontam os recursos económicos, os salários, o trabalho e o estado civil.

Enquanto indivíduo, o idoso está inserido num sistema social em que os factores apontados desempenham um papel preponderante na socialização que se pretende. Não

se entenda com isto que se não houver grandes recursos económicos não haverá qualidade de vida, mas tão somente que a sua falta reduz as possibilidades de trocas na sociedade empurrando o idoso para a dependência e para o isolamento (Motte e Tortosa, 2002).

Num ambiente social em que o ter é privilegiado sobre o ser, o idoso com escassos meios de subsistência poderá sentir-se excluído.

Na verdade, todo e qualquer conceito de qualidade de vida dependem da condição social do indivíduo já que é subjectivo. As condições de vida de cada um incluem percepções, anseios e aspirações que são diferentes em cada um deles mas também são diferentes conforme o estatuto social (Moreira, 2000).

O estatuto social vai permitir o acesso a actividades mais diversificadas, a tempos de lazer mais variados e a uma integração comunitária e cívica mais fácil. De facto, o estatuto social abre muitas portas para uma velhice mais integrada e participativa. Qualidade de vida não é só constituída por factores físicos e psíquicos mas também desta potencialidade de integração no seio da comunidade onde passamos toda uma vida em actividade.

“A qualidade de vida possui uma relação directa tanto com o bem-estar (felicidade) quanto com os elementos objectivos (bens materiais e serviços, indispensáveis para a manutenção da dignidade humana)” (Moreira, 2000, p. 33). Para todos os idosos a integração social é potencialmente a única forma de preencher de uma forma cabal as necessidades de ocupação de um tempo de vida que cada vez é mais longo.

Nessa sociedade, que cada vez mais os renega, os idosos necessitam de criações, muitas vezes limitadas, com pessoas que os ajudem na manutenção da sua integração social. É aqui que a rede de apoio social informal (família, vizinhos e amigos) parece ter um papel importante nos sentimentos dos idosos sobre a sua qualidade de vida. E esta relação parece ter um carácter dose-dependente, isto é, quantos mais apoios informais se têm maiores os sentimentos de qualidade de vida (Michael, Colditz, Coakley & Kawachi, 1999).

Mas não chega dizer que os tem. Ter uma rede de apoios informais, mas ter em relação a ela uma atitude de desconfiança, de desapego ou de afastamento, condiciona situações *stressantes* e de conflito que não favorecem o bem-estar do idoso.

De facto a existência de redes de apoio não tem uma relação unívoca com o bem-estar. Parece, sim, ser a satisfação sentida pelo idoso com as redes sociais de apoio que serão factores promotores de qualidade de vida (Paúl, 1997).

Gerado nos acontecimentos da vida o *stress* desenvolve-se e cria instabilidade no idoso, predispondo-o para respostas que podem ser muito variadas (*coping*). “O *stress* é avaliado em termos de acontecimentos de vida discretos, das condições persistentes e dos sistemas de apoio, na sua vertente potencial e actual (*real*)” (Paúl, 1997, p. 75).

Apesar da existência de redes de apoio informal e formal, se o idoso tiver uma percepção da sua escassez podem desencadear-se situações de stress e ansiedade com um sofrimento psíquico acentuado. As redes de apoio, sejam formais ou informais, só valem se a satisfação da sua existência for sentida pelo idoso.

As relações comunicacionais com as pessoas significativas do ancião poderão ser, assim, a chave de uma maior ou menor satisfação com o envolvimento afectivo que

as acompanham (Vercauteren, Predazzi, Loriaux, 2001a). Quando a comunicação é alterada as relações interpessoais podem ter um cariz negativo.

Um dos aspectos sociais que mais podem reduzir a qualidade de vida é o lado negativo das relações sociais. Entre este pode-se considerar os conflitos, o stress e a tensão (Helgeson, 2003).

A perda dos contactos com as pessoas significativas resulta num afastamento do idoso da sociedade onde está inserido e com isso na depressão. O isolamento social relacionado com a exclusão social é um dos factores que mais influenciam a qualidade de vida. A participação social, entendida como troca de pensamentos, sentimentos e ideias e contactos sociais positivos é, assim, uma componente da qualidade de vida que é muito frequentemente esquecida (Monchetti & Krzemien, 2000).

Podemos atribuir a existência do isolamento e da solidão à ineficácia das redes de apoio. No entanto, existe um grupo de indivíduos para quem o isolamento é assumido voluntariamente, desde há muito tempo, como uma forma de vida (Paúl, 1997). Mesmo nestas circunstâncias, poderíamos atribuir a alguma ineficácia dos apoios sociais porque se demonstravam ineficazes para conseguirem aproximar-se do idoso. Por trás de uma atitude de isolamento poderão estar personalidades patológicas que necessitam de ser diagnosticadas e apoiadas

Paúl (1997, p. 98) refere que “o contacto social especialmente com membros da família, tende a aumentar a quantidade de apoio recebido, e o apoio recebido, por sua vez, tende a aumentar as percepções de disponibilidade no futuro, isto é, a antecipação de apoio. O contacto com os amigos e a antecipação de apoio futuro, exercem um efeito

directo no bem-estar do idoso enquanto o contacto com a família e o apoio recebido no presente têm um efeito indirecto”.

Com a evolução do conceito social da família, no sentido da família nuclear, mais frequente caminha-se para a desresponsabilização desta pelos seus idosos. Uma das consequências para os doentes e idosos é a carência de apoios. O isolamento que daqui resulta poderá atingir a sensação de bem-estar social destes indivíduos (Couverer, 2001).

Socialmente os elementos da família afastam-se e apoiam cada vez menos os seus familiares mais velhos. É a menor vinculação intergeracional uma das condições sociais que mais afectam a qualidade de vida na terceira e quarta idade que conduz frequentemente ao isolamento (Sanz, 2002).

Mas a solidão não é um fenómeno que tenha só a ver com a menor vinculação intergeracional. Outros factores poderão ser justificativos dela. A solidão resultante das perdas e do afastamento das pessoas significativas e a insegurança resultante da desconfiança que tem de si e dos outros são limitantes do bem-estar do idoso pelo stress que provocam (Sanz, 2002).

Mas se a família tem um papel fundamental nos apoios informais, não sendo dispensáveis para a manutenção de uma velhice saudável, os outros parceiros da rede de apoio informal, vizinhos e amigos, poderão ser uma fonte de satisfação e de bem-estar que o idoso sente (Paúl, 1997). É uma forma de manter uma comunicação intrageracional com toda a cumplicidade que a acompanha.

Muitas famílias demitem-se do seu papel de apoio social e de referência social dos idosos aquando da sua institucionalização. Esta atitude conduz frequentemente à

solidão e à sensação de abandono que eles frequentemente sentem (Vercauteren et al., 2001a).

As relações familiares difíceis têm uma correlação negativa com a qualidade de vida, isto é, os constructos que o idoso faz dos problemas com a sua família têm uma correlação negativa com a qualidade de vida (Santos et al., 2002).

Na relação com a vizinhança a interação, embora seja promotora de apoios instrumentais, não apresenta a mesma força social e psicológica da relação com os amigos. A proximidade facilita o apoio dos vizinhos mas a cumplicidade e a partilha de intimidade não estão incluídas como na relação de amizade. Contudo, é frequente que uma relação de vizinhança, com o tempo, resulte numa relação de amizade (Paúl, 1997).

Para Paúl (1997, p. 73) é largamente aceite que “os idosos estão sujeitos a grandes níveis de stress provocados pelos acontecimentos de vida, desta última fase do ciclo vital, que vai desde a reforma à morte dos seus pares, e por condições persistentes como a diminuição das suas capacidades físicas e conseqüentemente perda de autonomia e controle, diminuição de eficácia de algumas estratégias de confronto, colocação em ambientes residenciais inadequados às suas necessidades, entre outros aspectos, que os tornem mais vulneráveis ao stress”.

Mas na redução dos apoios informais está a origem do recurso aos meios formais. Os sistemas de apoio são estruturas mais ou menos organizadas que no seio da comunidade permitem intervir em campos em que o idoso apresenta limitações e que dessa forma promovem uma redução de stress que estas agressões externas poderão originar (Paúl, 1997).

A mais vulgar é a institucionalização. Os lares surgem assim como alternativas ao apoio familiar por falência deste. Visto nesta perspectiva, a institucionalização tem um enquadramento negativo e um componente afectivo potencialmente stressante.

A família cada vez mais se afasta do Lar e deixa nos idosos internados uma sensação de abandono. Este afastamento resulta do desinteresse, da incapacidade de organizar os tempos de vida de maneira a permitir visitas assíduas aos seus parentes ou do receio de se confrontar com acusações que, muitas vezes, são veladas (Vercanteren et al., 2001b).

No entanto, nem só a família é responsável por este afastamento. Muitas vezes a presença muito frequente da família nos lares é desmotivada pelo pessoal porque passam a ter que lidar com alguém que lhes vai fazer maiores exigências sobre a quantidade e qualidade dos cuidados prestados ao seu familiar (Vercanteren et al., 2001).

As relações entre os residentes no lar e os funcionários que lá trabalham podem promover maior ou menor satisfação consoante a afectividade introduzidas nelas. Paúl (1997) afirma que essa relação deveria ser promovida tentando manter a ligação dos funcionários aos idosos sem trocas constantes por troca de funcionários.

Outra alternativa aos apoios formais é o recurso à assistência domiciliar. Esta é uma solução que pode prolongar o período de vida do idoso em que é possível manter-se em sua casa. Pelo apoio que é dado por uma estrutura comunitária à execução de tarefas instrumentais e até algumas básicas permite que o idoso com graus acentuados de dependência se mantenham a viver nas suas casas (Augusto et al., 2002).

A assistência domiciliar a idosos com algum grau de dependência revelou-se como sendo um factor importante para o bem-estar do idoso e a sua qualidade de vida (Albuquerque, 2002). O mesmo autor observou que uma população idosa que foi avaliada antes e depois de iniciarem os cuidados domiciliareos quanto à sua qualidade de vida teve melhorias significativas após a intervenção no valor global e no domínio físico, não havendo melhorias nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O local onde vive o idoso condiciona a sua perspectiva de qualidade de vida. Não se pode comparar entre idosos que vivem no meio rural com os que vivem nos meios citadinos. As expectativas e os objectivos de vida são muito diferentes. Apesar de, numa perspectiva de qualidade de vida social, se poder pensar que o idoso citadino tem melhor qualidade de vida a verdade é que um conjunto de condicionantes entrava a sua percepção de bem-estar como as barreiras arquitectónicas, a despersonalização da vida citadina e as limitações económicas que condicionam o acesso a esses bens considerados como promotores de uma qualidade de vida (Queiroga, 2002).

Uma das grandes diferenças entre esses dois idosos (o citadino e o rural) é a possibilidade que o do meio rural tem de manter uma actividade laboral significativa até muito tarde na vida (Nunes, 1991).

O trabalho assume-se como de importância vital para as pessoas da terceira idade. Sendo que passamos mais de um terço da nossa vida a trabalhar, aquando da entrada na reforma, mesmo que voluntária, o trabalho passa a ser sentido como uma perda, uma necessidade e a sua inexistência conduz a uma sensação de mal-estar

(Moreira, 2000). Pode-se entender o quanto pode ser diferente a qualidade de vida sentida pelos idosos rurais dos citadinos.

Mas uma grande maioria dos idosos não trabalha. O tempo de vida que sobra após a reforma pode ser quase tão longo como o tempo dispendido a trabalhar. A ociosidade proveniente deste tempo é vivida com mal-estar. Por isso, o papel do lazer na terceira idade é semelhante ao das funções vitais. O longo tempo disponível tem necessidade de ser ocupado para evitar o tédio, a sensação de inutilidade e a depressão. A ocupação dos tempos livres é, assim, na sociedade actual um imperativo a que políticos terão que dar cada vez mais importância. Como diz a expressão: Animar é dar vida (Queiroga, 2002).

Ocupar os tempos livres é uma meta desejável. Uma das formas de preencher de forma útil o tempo é apostar na educação dos indivíduos deste escalão etário.

A necessidade educacional do idoso é urgente. A maioria dos idosos não está capacitada para viver uma vida tecnológica como a de hoje. Desde a utilização dos computadores com a frequência que a comunicação se faz através deles (e-mail, informações, etc) até à utilização impessoal do telefone (“se quer ir para informações tecla 1,....”) as limitações que surgem ao idoso são imensas. Por isso, a promoção da educação em áreas tão importantes como estas podia ser uma forma de promoção de bem-estar do idoso (Young, 2001). A comunidade através dos meios político-sociais poderão favorecer um sentimento de satisfação com a vida que provêm da ocupação de tempos livres que podem promover, uma sensação de controlo que proporcionam e um aumento da auto-estima que desenvolvem.

Por outro lado, numerosas condições ambientais funcionam como factores negativos sobre o bem-estar individual condicionando o aparecimento de *stress*.

Num estudo foram avaliadas as condições comunitárias que mais stress poderia causar ao idoso. As mais referidas foram a violência e o terrorismo, a falta de protecção à terceira idade, o egoísmo das pessoas e as tensões interrelacionais (Lessa et al., 1994).

Na comunidade o idoso pode assumir um papel passivo ou desenvolver activamente actividades promotoras de enriquecimento social e de apoio aos indivíduos que mais necessitam. Os idosos do estudo de Lessa et al. (1994) defendiam um papel importante do idoso na comunidade. O mais frequentemente salientado foi o de transmissão transgeracional de conhecimento seguido de trabalhos leves e apoios informais (a outros idosos ou a crianças).

Os idosos, num estudo realizado em Boston, mantinham actividades de cariz cívico (votar, contribuir com dinheiro, assistir a reuniões e voluntariado) até tarde na vida e que essa participação tinha até uma tendência a aumentar ao longo da vida sendo muito frequente no idoso do que no jovem (Burr et al., 2002).

No estudo de Lessa et al. (1994), os idosos participam pouco em actividades do tipo comunitário como políticas ou associativas (10,0%).

Mas o idoso não é só o indivíduo com muita idade e com limitações acentuadas das suas funções. Cada vez mais existe um grupo de idosos jovens que manifestamente mantêm as capacidades físicas e mentais para manterem uma actividade e desejarem manterem-se comunitariamente úteis (INE, 2000).

A independência do indivíduo idoso pode ser manifestada pela sua capacidade de intervenção social, a necessidade de empregos remunerados, a capacidade de decisão nos vários campos da sua vida, o controle sobre as questões económicas, a manutenção da realização de actividades da vida diária e das actividades instrumentais da vida diária e pela sua capacidade financeira (Young, 2001).

Mas o tempo livre vai permitir que o idoso procure a satisfação de aspectos ligados à estética como a arte. Culturalmente o idoso vai ser um consumidor de eventos como as festas populares (Mailloux-Poirier, 1995b).

Os factores culturais interferem, pois, com a forma do indivíduo ter a percepção de satisfação. Estes factores são variáveis dependendo do género, raça, grupo étnico e religião no impacto que têm na percepção da sua qualidade de vida (Saxena, O'Connell & Underwood, 2002).

Como transmissores culturais, os meios de comunicação para além do seu papel formativo tem desempenhado uma função alienante em que dando a conhecer situações até aí desconhecidas porque longínquas, vai deslocar o interesse nos acontecimentos próximos para esses acontecimentos mais afastados. As preocupações sociais deixam de estar sintonizadas nos que estão próximos da nossa realidade e têm algum significado para os que estão em lugares mais longínquos mas têm o impacto da notícia (Negreiros, 2003).

As redes de apoio formal são frequentemente importantes na manutenção de bem-estar do idoso. Se esse apoio é na forma de *“apoio domiciliário é frequentemente o único elo que mantém o idoso a viver na comunidade”* (Paúl, 1997, p. 116).

Mas a comunidade participa para a independência económica dos idosos favorecendo com apoios pecuniários a ausência ou diminuição da produtividade laboral deste escalão etário. Mesmo assim, estes apoios são frequentemente escassos e condicionam a qualidade de vida dos idosos colocando-os numa linha inferior ao limiar da pobreza (INE, 1999).

A percepção dos idosos portugueses sobre o apoio pecuniário que lhes é atribuído pela comunidade é na sua grande maioria má. O estudo de Lessa et al. (1994) aponta para cerca de 70% dos idosos inquiridos com percepções de um valor pecuniário da sua reforma elevadamente insuficiente.

Para a melhoria da qualidade de vida da terceira e quarta idade contribuem de forma decisiva os contributos comunitários como os cuidados de saúde, os lares de idosos, as pensões e os apoios domiciliários (Sanz, 2002).

As actividades lúdicas são também formas de ocupação dos tempos livres. Lessa et al. (1994) atribuem uma grande importância à ocupação de tempos livres nos idosos. No estudo que realizaram verificaram que as actividades lúdicas privilegiadas eram ver televisão, passear, ouvir rádio, ler, trabalhos manuais e executar trabalhos domésticos.

Silverstein e Parker (2002) demonstraram, numa amostra da população sueca, que a manutenção de actividades de lazer até tarde na vida aumentaram os resultados dos testes de qualidade de vida. Estas actividades de lazer incluíam seis grupos de actividades: Cultural e divertimento (cinema, teatro, concertos, ir a restaurantes), crescimento pessoal produtivo (ler, dedicar-se a hobbies, participar em estudos comunitários), actividades físicas de exterior (pescar ou caçar, passear a pé e jardinar), recreação – expressivo (jogar bingo, dançar ou tocar música), amizades (visitas) e

grupos formais (pertencer a organizações ou assistir aos serviços religiosos). Os autores verificaram, ainda que ao longo de 10 anos houve participantes que tiveram uma redução total das actividades de lazer, outros mantiveram-na e alguns aumentaram de actividades. Estes últimos tinham também aumentado os resultados obtidos nos testes de qualidade de vida. Embora estes valores globais atribuam um papel importante às actividades de lazer, em alguns deles, que mantiveram ou aumentaram a actividade, verificou-se não se manter o mesmo tipo de actividade, mas o aumento de umas compensou a perda de outras.

3) Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida

a) Introdução

O grande desafio que se tem colocado à comunidade científica é a forma como podemos avaliar quantitativa ou qualitativamente este constructo, a Qualidade de Vida.

Um dos grandes desafios à avaliação da Qualidade de Vida é obter um instrumento que permita dar corpo à individualidade do conceito. A maioria impõe um questionário onde são usados padrões relacionados com os conceitos sociais deste constructo e não com o conceito subjectivo que em termos psicológicos do indivíduo é mais importante (Higginson & Carr, 2001).

Nos instrumentos para a medição da qualidade de vida, três características são essenciais: subjectividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas (Fleck, 1998).

Mas que mecanismos se podem activar para construir um instrumento com estas características?

Os instrumentos multidimensionais têm grande vantagem para a avaliação da qualidade de vida pela amplitude das dimensões que abrange (maior abrangência) e pelas relações mais realistas quando se aplicam os métodos de análise de factores às relações entre itens (Kemmler et al., 2002).

Mas a multidimensionalidade comporta o risco de se construir um instrumento muito grande e de difícil preenchimento, causando cansaço e podendo falsear resultados.

A subjectividade poderá ser mais difícil de obter. Sabendo-se que os factos de vida são mais ou menos significativos para um indivíduo consoante as suas expectativas e a satisfação resulta da concretização desses objectivos na realidade objectiva podemos obter um modelo que em última análise é impossível de repetir em dois indivíduos diferentes (Higginson & Carr, 2001).

Uma das soluções possíveis é adoptar um sistema de avaliação que abranja um número suficientemente grande de áreas de qualidade de vida que permita obter a opinião do utente sobre a importância para ele e a sua quantificação na satisfação delas (Higginson & Carr, 2001).

Pelo mesmo motivo, só o próprio indivíduo poderá responder a estes questionários para se ter uma garantia que corresponde à sua própria opinião subjectiva.

As informações dadas pelos cuidadores podem-se aproximar moderadamente da real qualidade de vida do idoso em algumas áreas específicas no entanto nos aspectos psicossociais não existe concordância. São estes os mais difíceis de avaliar pelos outros e em que a subjectividade actua mais intensamente (Addington-Hall & Kalra, 2001).

Um estudo realizado com idosos permitiu concluir que os testes de qualidade de vida gerais eram mal entendidos pelos idosos, principalmente aqueles que tinham mais de 75 anos de idade. Estes indivíduos necessitam de instrumentos que permitam individualizar o constructo qualidade de vida salientando a relação entre a importância que uma dimensão possui e a satisfação que o indivíduo sente com ela para avaliar de forma mais fidedigna a qualidade de vida (Dempster & Donnelly, 2000). Para além de individualizado deverá ser adequado à avaliação de idosos partindo de bases de dados de idosos para a sua elaboração e não fazendo adaptações de instrumentos generalistas.

Algumas limitações podem ser atribuídas ao uso de instrumentos de avaliação da qualidade de vida.

A utilização de dados sobre a qualidade de vida está sujeita a uma má interpretação, por aspectos subjectivos do indivíduo. Está nesse caso o paradoxo da incapacidade. Este apresenta indivíduos com doenças incapacitantes prolongadas com ratio de qualidade de vida superiores ao de outros com doenças proporcionalmente mais leves (Higginson & Carr, 2001). Contudo, se a qualidade de vida tem um carácter subjectivo poderemos dizer que o paradoxo não tem na realidade grande interesse clínico ou de investigação pois não deixa de ser a forma como o indivíduo sente a sua qualidade de vida.

Para Higginson & Carr, (2001), a utilização dos instrumentos de qualidade de vida levanta a possibilidade de negligência no contacto terapêutico directo com o idoso. A atitude empática da conversa corrida pode desaparecer para se seguir a linguagem mais fria do teste. No entanto, o seu uso poderá desbloquear algumas dificuldades de comunicação entre o grupo terapêutico (paciente-terapeuta).

Algumas das limitações ao uso de instrumentos de avaliação da qualidade de vida são referidas por Addington-Hall & Kalra (2001). Incluem a redução cognitiva, a incapacidade comunicativa, as situações de *stress* grave e os testes demasiado grandes.

Uma questão que se pode pôr no uso destes instrumentos para avaliar resultados de intervenções terapêuticas é se podemos confiar que alterações nas expectativas e nas adaptações que no intervalo entre avaliações sejam controladas para manter a fidelidade das respostas. Outra pergunta pertinente é o que consideramos uma alteração significativa na qualidade de vida. Uma possível resposta a esta questão passa por uma calibragem dos testes e uma relação entre os seus resultados e a percepção individual de bem-estar (Higginson & Carr, 2001).

b) Alguns instrumentos

Os instrumentos que são usados para a avaliação da qualidade de vida podem ser de dois tipos: uns, holísticos, pretendem avaliar a qualidade de vida sob todos os aspectos biopsicossociais; os outros, instrumentos para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, são adequados para avaliar a qualidade de vida existente em situação de doença e da sua evolução com a terapêutica. Dentro de cada um destes existem os generalistas e os específicos, isto é, os destinados à avaliação de um campo muito específico da qualidade de vida (Naughton & Shumaker, 2003).

O QOLPSV (*Quality of Life Profile – Senior Version*) é um instrumento que consiste em 111 itens divididos pelos 9 subdomínios referidos por Raphael, Renwick et al. (1996). Este instrumento foi testado para a população canadiana tendo sido obtida uma consistência nos coeficientes α entre 0,92 e 0,98 para a versão integral, entre 0,83 e 0,95 para a curta e entre 0,73 e 0,91 para a breve.

O teste não é influenciado pelo nível educacional ou pelo nível económico, é influenciado de forma mínima pela idade (correlação negativa) principalmente no subdomínio do “ser físico” e influenciado em todos os domínios pelo auto-conceito de saúde (Raphael, Brown, Smith & Renwick, 1996).

O QOLPSV apresentou resultados comparáveis a outros testes como os de medida de satisfação de vida (LSC) e os de felicidade (MUNSCH), de saúde social (SHB) e o das actividades (ACT) com correlações entre 0,37 e 0,58 (Raphael, Brown et al., 1996).

O QOLPSV poderá ter algumas limitações na aplicação a idosos com incapacidade de manter a actividade de grupo (Raphael, Brown, et al., 1996).

O WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) agrupa as questões em seis domínios: físico, psicológico, independência, social, ambiente e espiritual. No domínio físico inclui a dor, a energia e fadiga e o sono; no psicológico engloba os sentimentos positivos e negativos, funções cerebrais, auto-estima, e imagem corporal; no da Independência questiona a mobilidade, actividades da vida diária, medicação e capacidade de trabalho; na dimensão social procura conhecer as relações pessoais, o suporte social e actividade sexual; na dimensão do ambiente avalia a segurança, ambiente no lar, questões económicas, cuidados de saúde, oportunidades de crescimento, oportunidades de lazer, o ambiente e os transportes; por fim, na dimensão espiritual procura a espiritualidade e a religião (Fleck, 1998).

O coeficiente α de Cronbach do teste foi, nas 100 questões, de 0,93 na WHOQOL e os coeficientes de correlação entre os diversos domínios e os inventários

de Beck para a depressão e o da desesperança de Beck dão correlações negativas para todos estatisticamente significativas (Fleck, 1998).

O SF-36 é, na realidade, um instrumento de medição de qualidade de vida ligado à saúde. Mas a qualidade de vida embora tenha uma dependência grande da saúde, ou melhor, do bem-estar físico tem também outros factores que intervêm, psíquicos e sociais (Sakena et al., 2002).

O SF-36 é um instrumento que mede mais frequentemente os aspectos da qualidade de vida que têm relação com a saúde e a doença. Por isso é frequentemente usado nos estudos médicos. Tem duas sub-escalas, a componente física (*Physical Component Summary – PCS*) e a componente mental (*Mental Component Summary – MCS*). Num estudo de validação da escala Taft, Karlsson e Sullivan (2001) verificaram que de facto a sub-escala PCS media características mentais e que a sub-escala MCS media as características mentais. Por isso a sua fiabilidade podia ser duvidosa mas estes autores não se comprometem com uma reprovação ao valor do teste porque apesar da amostra que eles utilizaram ter sido muito grande (8930 sujeitos) a aplicação do teste em todo o mundo nunca foi muito questionado e por isso remetem para a necessidade de continuar com mais estudos mas enquanto estes não se realizam eles aconselham o seu uso com muito cuidado.

O teste de qualidade de vida designado por SF-36 apresenta a vantagem de estar traduzido e validado para a população portuguesa. Avalia oito domínios de saúde: função física, função mental, função social, função de desempenho físico e emocional, a dor, a vitalidade e a saúde em geral. A grande desvantagem deste teste é o cariz essencialmente clínico valorizando especialmente padrões pré-estabelecidos de

qualidade de vida. É de grande interesse no estudo de situações ligadas à patologia médica mas com um interesse mais limitado nas ciências sociais e humanas (Ferreira & Neves, 2002).

Mozes, Maor e Shmueli (1999) refere que o SF-36, principalmente nas suas sub-escalas não é fidedigno para avaliar o que pretende avaliar. A sub-escala MCS embora pareça dar resultados com algum significado em jovens e mulheres não o faz para os homens ou para os idosos.

Pacheco e Lucas (2000) apresentam um estudo de avaliação de qualidade de vida (Índice de Qualidade de Vida – QVI) que engloba sete perguntas abrangendo o isolamento, a mobilidade, as actividades da vida diária, actividade ocupacional, actividade lúdica, relação familiar e recursos económicos avaliado por escalas de tipo qualitativo quantificado posteriormente por coeficientes variáveis de pergunta para pergunta.

Neste teste a subjectividade é pouco respeitada e o âmbito pesquisado muito limitado com graus mal definidos. Contudo, tem a vantagem de ser facilmente aplicado.

O EASYcare (Eldery Assessment System) é *“um sistema simples e rápido do bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa. Focaliza-se na qualidade de vida (e não na doença) reconhecendo o papel importante dos familiares que cuidam do idoso”* (Sousa & Figueiredo, 2000, p. 19).

O instrumento está dividido por nove áreas que permitem chegar a um *score* final. Contudo, apesar de este estar estabelecido, apenas valores extremos podem ser valorizados já que os pontos de clivagem não estão definidos. Essas áreas englobam as incapacidades físicas, a qualidade de vida sentida, a área instrumental/funcional, a

mobilidade, as actividades de cuidados pessoais, o controle esfíncteriano, as actividades da vida diária, a depressão e os aspectos cognitivos (Sousa & Figueiredo, 2000).

Este instrumento não atinge áreas fundamentais como as psicossociais nem as espirituais pelo que embora seja de fácil aplicação é muito limitado.

Lawton (1975) foi um dos primeiros a desenvolver um teste de qualidade de vida para idosos, o PGC Morale Scale (Philadelphia Geriatric Center). Envolveva três áreas, agitação, atitude com o seu envelhecimento e insatisfação com a solidão, avaliadas por 17 perguntas dicotómicas (Sim e Não).

Kart e Ford (2002) verificaram que a aplicação de testes de qualidade de vida podem dar valores que não são equivalentes quando se aplicam a amostras com composição racial diferente. Esta conclusão foi retirada na quando usavam o questionário EORTC QLQ-C30 (*European Organization of Research and Treatment of Câncer- Quality of Life Questionnaire*).

O *Ferrans and Powers Quality of Life Index* foi criado por Ferrans e Powers (1984) tem um α de Cronbach de 0,84 a 0,98 e apresenta várias dimensões. Dentro destas refere-se a dimensão saúde e funcionamento, a dimensão sócio-económica, a psico-espiritual e a da família. Neste questionário é já patente a existência de uma tentativa de individualização do constructo com a adopção de uma parte para referir a importância dos itens e uma parte que revela a satisfação do inquirido. As limitações maiores são a escassez de dimensões avaliadas e um número baixo de perguntas.

No Inventário da Qualidade de Vida (IQV) é valorizada esta complementaridade entre importância e satisfação, em 16 áreas definidas como importantes que são a Saúde, a Auto-estima, os Objectivos e os Valores, o Dinheiro, o Trabalho, os Tempos

Livres, o Aprender, a Criatividade, os Serviços Voluntários, o Amor, os Amigos, os Filhos (as), a Família, a Casa, a Vizinhança e a Comunidade (Fagulha et al., 2000).

Os índices individuais de avaliação de qualidade de vida baseiam-se na perspectiva individual sobre a sua qualidade de vida. A escolha das áreas importantes (5 áreas) são indicadas pelo examinado e posteriormente ele vai quantificar como se sente em cada um deles numa escala visual analógica de 0 a 100 ou numa pictograma de tipo circular com fatias variáveis. (Higginson & Carr, 2001)

Embora possa parecer que estas medidas transmitem o sentimento de qualidade de vida individualizado, a verdade é que uma boa quantidade de pessoas atribuiria a sua qualidade de vida chavões pré-estabelecidos socialmente e não aos seus próprios conceitos (saúde, dinheiro, lazer, etc.).

Uma das dificuldades sentidas nos índices individuais de avaliação de qualidade de vida é a sua quantificação dependendo estas da subjectividade da avaliação. Outra é a de voluntariamente omitir áreas particularmente difíceis de abordar (sentimentos, sexualidade ou morte). Assim também não conseguem resolver cabalmente a questão (Higginson & Carr, 2001).

A qualidade de vida poderá ser medida por qualquer destes instrumentos. A escolha de qual usar depende, de forma importante, dos objectivos a que se destina a sua aplicação.

De uma forma resumida, e condensando muitos dos conceitos que foram referidos anteriormente, as características de um instrumento ideal para a investigação sobre qualidade de vida deverá possuir algumas características: a primeira é ser abrangente, isto é, incluir as diversas áreas da vida humana que possam constituir

expectativas; a segunda é possuir a capacidade de mostrar o carácter individual da dimensão a avaliar, isto é, mostrar a parte objectiva e subjectiva da dimensão; a terceira é ser adequada à população alvo da investigação; e a quarta deve ser fácil de aplicar.

Foi por conter estas características que, para o estudo que foi realizado no âmbito desta dissertação, optou-se pelo QOLPSV (*Quality of Life Profile – Senior Version*) de Raphael, Renwick et al. (1996).

ESTUDO EMPÍRICO

A) METODOLOGIA

1) Preâmbulo

Como se esteve a ver na revisão teórica, nem sempre a qualidade de vida e o envelhecimento são duas realidades que ocorrem simultaneamente. Em alguns casos, são as condições físicas precárias que assim o determinam. Contudo, a grande maioria das vezes são condições psíquicas e sociais que condicionam a falta de qualidade de vida na terceira idade. Factores do tipo da institucionalização, como já foi demonstrado por vários estudos como os de Queen e Freitag (1978) e de Noro e Aro (1996), são frequentemente responsáveis pela má Qualidade de Vida. Mas será que numa população essencialmente rural como a da região Beirã acontecerá o mesmo?

Como se referiu na parte teórica, alguns factores dentre os quais o mais importante deva ser a perda de controlo, poderão justificar essa diminuição da qualidade de vida sentida pelos velhos que vivem em Lares de Terceira Idade. Mas será que é esse o principal factor? Atitudes familiares, sejam explícitas ou implícitas, poderão ter também a ver com essa falta de qualidade de vida. A família, com o desmembramento da família alargada, sente-se desresponsabilizada pelos seus idosos que poderão sentir este afastamento como desinteresse dos familiares, como evitamento por serem um fardo social ou mesmo como indesejados.

Vários são os autores que se referem ao efeito que têm os problemas que os idosos sentem com a família sobre a qualidade de vida deles.

Santos et al. (2002, p. 763) referem que “*as relações familiares verificadas como dimensão importante da vida dos participantes do estudo constituiu um dos factores que gerou prejuízo na sua qualidade de vida*”. Estes autores referem ainda que as

dificuldades maiores sentidas pelos idosos do estudo com a sua família tinham a ver com as perdas de papéis para os filhos e os conflitos intergeracionais. Também Aranda e Horna (2002) num estudo feito em Lima (Peru) referem que os idosos que se encontram na casa de familiares têm melhor qualidade de vida que os que habitam em instituições. Contudo, quando existem problemas familiares e maus-tratos, estes são preditores de baixa qualidade de vida.

Assim, o sentido desta investigação é a de tentar esclarecer estes dois pontos numa população essencialmente rural como é a dos concelhos de Pinhel e Almeida, do Distrito da Guarda. Coloca-se, assim, por um lado a questão sobre as relações existentes entre a qualidade de vida dos idosos e as construções que estes idosos fazem sobre os seus próprios problemas com a família, e, por outro lado a questão da relação que existe entre qualidade de vida e o tipo de domiciliação.

É feito neste estudo uma análise quantitativa entre as variáveis em estudo para verificação das hipóteses que são levantadas.

O estudo é do tipo correlacional para um primeiro objectivo e de ex-post-facto-prospectivo com análise comparativa num segundo objectivo.

2) Objectivos

Com a investigação que se propôs realizar pretende-se atingir dois objectivos:

1º Objectivo: Estabelecer qual a relação entre a Qualidade de Vida do idoso e as Construções do Idoso sobre os Problemas com a sua Família;

2º Objectivo: Avaliar comparativamente os sistemas de *Domiciliação* dos idosos (no *Seio Familiar* ou em *Lares* de Idosos) no que concerne à *Qualidade de Vida* sentida por eles.

3) Hipóteses

Foram levantadas duas hipóteses a serem testadas:

H_1 – Existe uma correlação positiva e significativa entre a qualidade de vida do idoso e as construções do idoso sobre os problemas com a família;

H_{0_1} – Não existe uma correlação positiva entre as construções do idoso sobre os problemas com a família e a qualidade de vida do idoso;

H_2 – Existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois sistemas de domiciliação do idoso na sua qualidade de vida, no sentido de haver melhor qualidade de vida no idoso não institucionalizado;

H_{0_2} – Não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois sistemas de domiciliação do idoso na sua qualidade de vida.

4) Tipo de Pesquisa

A pesquisa seguirá duas metodologias diferentes:

Para o 1º objectivo utilizou-se um método de carácter correlacional.

Para o 2º objectivo o estudo foi utilizado um estudo de tipo ex-post-facto prospectivo, com análise comparativa.

5) Variáveis

Serão definidas para atingir os objectivos as seguintes variáveis de investigação:

Para o primeiro *Objectivo* utilizou-se a variável *Qualidade de Vida*, uma variável ordinal quantificada pela escala do *Perfil de Qualidade de Vida - Idosos* de Raphael, Renwick e Brown (1996) e a variável *As Construções do Idoso sobre os Problemas com a Família* que é uma variável ordinal quantificada através da Escala de Construções dos Problemas (CPS) de Heathrington et al. (1998), contendo duas sub-escalas (*Self e Outros e Interpessoal*).

Para o segundo *Objectivo* utilizou-se a variável dependente *Qualidade de Vida*, já definida no parágrafo anterior e a variável *Domiciliação do Idoso*, que é uma variável de estudo do tipo qualitativo dicotómica, referindo-se esta variável ao local onde fundamentalmente está a residir o idoso, a qual é classificada em duas categorias:

1- O idoso a viver na sua residência, incluindo neste grupo os idosos que vivem com familiares (no trabalho identificado como *Seio Familiar*).

2- O idoso institucionalizado em lar de idosos, público ou privados (no trabalho identificado por *Lar*).

Observe-se que a variável *Qualidade de Vida* muda o seu estatuto do primeiro para o segundo *Objectivo*: no primeiro ela é considerada como uma variável de correlação enquanto no segundo é considerada como uma variável dependente.

Outro grupo de variáveis engloba as variáveis que permitem caracterizar a amostra e os subgrupos da amostra que poderão vir a ser definidos. Incluímos neste

grupo as seguintes variáveis: *Idade*, *Género*, *Grau de Instrução*, *Estado Civil* e *Grau de Dependência*, sendo:

A variável *Idade* é uma variável numérica e será registada em anos já completos a nível de instrumento para recolha de dados. Foi para efeito de análise de resultados redefinida. Após a sua redefinição em categorias é uma variável categorial que engloba as categorias com intervalos de 5 anos começando nos 65 anos de idade.

A variável *Género* é uma variável categorial e será caracterizada como do género masculino e do género feminino.

A variável *Grau de Instrução* é uma variável alfanumérica que será categorizada segundo o maior grau académico cumprido totalmente em 8 classes:

Analfabeto

Sabe ler e escrever

3^a/4^a classe (ano)

2^o ano/ciclo preparatório

5^o ano/9^o ano

7^o ano/12^o ano

Ensino médio/bacharelato

Ensino superior.

A variável *Estado Civil* que é uma variável alfanumérica que será categorizada segundo a sua situação civil em 5 classes:

Casado

Solteiro

Viúvo

Divorciado/Separado

Outro

A variável *Grau de Dependência* é uma variável alfanumérica calculada pelo “índice de Katz” conforme se vê no quadro 2.

Quadro 2 – Quadro para determinação do Grau de Dependência pelo Índice de Katz

Lavar-se	Lava-se sem ajuda (entra e sai da banheira só)		Recebe ajuda em uma parte do seu corpo		Recebe ajuda em mais que uma parte do seu corpo	
Vestir-se	Escolhe a roupa e veste-se sem ajuda		Sem ajuda excepto para atar os cordões dos sapatos		Recebe ajuda para escolher a roupa ou para vesti-la	
Usara retrete	Vai à retrete, limpa-se e ajusta a roupa sem ajuda		Recebe ajuda para ir à retrete numa ou mais funções		Não vai à retrete	
Mobilizar-se	Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sozinho		Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se com ajuda		Não se levanta da cama	
Continência	Controla completamente os esfínteres		Incontinência ocasional		Necessita de supervisão, usa sonda vesical ou é incontinente	
Alimentar-se	Sem ajuda		Ajuda só para cortar a carne ou barrar o pão		Recebe ajuda ou é alimentado por sondas ou soros	
Valorização: Independente em todas as funções Independente em todas as funções salvo numa delas Independente em todas as funções excepto no lavar-se e outra mais Independente em todas as funções excepto no lavar-se, vestir-se e outra mais Independente em todas as funções excepto no lavar-se, vestir-se, usar a retrete e outra mais Independente em todas as funções excepto no lavar-se, vestir-se, usar a retrete, mobilisa-se e outra mais Dependente nas seis funções Dependente em duas funções mas não enquadráveis nas anteriores Índice de Katz: _____						

Com o índice de Katz pretendeu-se avaliar o grau de incapacidade do indivíduo que é tanto maior quanto mais a letra progride no alfabeto. Assim, a ausência de dependência é revelada pela letra A e a dependência total pela letra H.

O Índice de Katz é um índice adoptado pela grande maioria dos autores que pretendem determinar a dependência física para a execução das actividades básicas da vida diária vindo referido nos livros de texto e enciclopédias para essa finalidade. De facto, é um dos mais utilizados na investigação científica.

6) Universo da Pesquisa

O Universo da pesquisa foram os idosos do concelho de Pinhel e Almeida, considerando como idosos, como já foi dito no capítulo 1 da Iª parte, indivíduos de ambos os géneros com mais de 65 anos de idade.

O Universo da população alvo é a do concelho de Pinhel e Almeida que é, segundo o INE (2002), de 5379, sendo 2 340 do género masculino e 3039 do género feminino.

7) Amostragem

a) *Procedimentos de Amostragem*

A amostragem foi do tipo aleatório estratificado atendendo às variáveis género e idade, já que as outras, *grau de instrução*, *estado civil* e *grau de dependência* só foram conhecidas após a recolha de dados, já que não existe acesso a estes dados aquando da impressão das listagens na base de dados do Centro de Saúde.

A amostra conteve um número total de 300 indivíduos distribuídos igualmente pelos dois grupos (com domiciliação no *Lar* ou no *Seio Familiar*), sendo 150 por cada grupo. A amostragem do grupo do *Lar* foi feita após recolha dos nomes de todos os idosos tendo sido feita as exclusões pela incapacidade mental com a aplicação do *Mini Mental State Test*. Da lista assim obtida foram extraídos os participantes efectivos e os suplentes pelo método de escolha aleatória simples, utilizando uma tabela de números aleatórios. A Amostragem do grupo *Seio Familiar* foi feita a partir de uma lista de utentes do Centro de Saúde de Pinhel, obtida informaticamente, e subdivididos em subgrupos de pessoas com a mesma idade e o mesmo género, colocados pela mesma ordem que tinham na lista inicial, e ordenados posteriormente pela aplicação de uma

tabela de números aleatórios. A selecção foi feita pela correspondência em idade e género com os elementos do grupo do *Lar* à medida que eram recebidos inquéritos já preenchidos. Foram excluídos posteriormente os idosos que apresentaram resultados do Mini Mental State Test indicando alterações cognitivas, os quais foram substituídos pelos indivíduos seguintes do mesmo grupo. Quando no grupo *Seio Familiar* não havia nenhum elemento da população com simultaneamente o mesmo género e a mesma idade do participante do *Lar*, era escolhido um outro elemento com o mesmo sexo e idade inferior.

Foram critérios de exclusão amostral:

Idosos demenciados ou que não podiam exprimir a sua opinião livremente sendo o seu diagnóstico feito pelo *Mini Mental State Test* aplicado previamente.

Foram critérios de exclusão da análise:

Idosos que recusaram responderem ao questionário.

Idosos que não responderam a todas as questões formuladas no teste *Construções do Idoso sobre os Problemas com a Família*.

b) Caracterização da população obtida na amostragem

Através do processo de amostragem foram seleccionados 300 indivíduos de ambos os géneros dos concelhos de Pinhel e Almeida com mais de 65 anos de idade.

A *Domiciliação* dos idosos, foi distribuída pelos dois grupos em que se dividiu esta variável (*Lar* e *Seio Familiar*), de forma equitativa como se havia preconizado no projecto de dissertação, para manter grupos facilmente comparáveis. Assim cada grupo compreendeu 150 indivíduos como se pode ver no quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização da amostra pela variável *Domiciliação*

	Frequência	%	% acumulada
lar de idosos	150	50,0	50,0
meio familiar	150	50,0	100,0
Total	300	100,0	

Como se pode verificar no quadro 3, o resultado da distribuição da amostra consoante a *Domiciliação*, este foi de 50% para o grupo do *Lar* e 50% para o grupo *Seio Familiar*, como havíamos preconizado no desenho do estudo.

Foi feito em seguida a caracterização da distribuição da amostra pela variável *Idade*. No quadro 4A e 4B estão registados os resultados.

Quadro 4A - Caracterização da variável *idade*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
idade	300	65,0	94,0	78,097	6,6539
Valid N	300				

A *Idade* dos participantes neste estudo foi, em média de 78,1 anos com um desvio padrão de 6,65 anos.

Quadro 4B – Distribuição da amostra pelos *Grupos de Idade*

Grupos de idades	Frequência	%	% Acumulada
65-69	46	15,3	15,3
70-74	32	10,7	26,0
75-79	86	28,7	54,7
80-84	84	28,0	82,7
85-89	43	14,3	97,0
>90	9	3,0	100,0
Total	300	100,0	

Os participantes distribuíram-se por quase todos os grupos etários mas com uma maior incidência nos grupos dos “75-79” e “dos “80-84” anos como se pode ver no quadro 4B.

Pretendendo-se entender a relação de forças entre os sujeitos da amostra quanto ao *Género* e à *Idade* cruzaram-se estas duas variáveis e o resultado está resumido no quadro 5.

Quadro 5 -Distribuição da variável *idade* dos participantes consoante o *género*

	Masc		Fem	
	Grupo de idades		Grupo de idades	
	Count	%	Count	%
65-69	12	13,6%	34	16,0%
70-74	11	12,5%	21	9,9%
75-79	34	38,6%	52	24,5%
80-84	23	26,1%	61	28,8%
85-89	7	8,0%	36	17,0%
>90	1	1,1%	8	3,8%

Nele podemos verificar que o género feminino tem mais indivíduos que o género masculino em todos os grupos etários mas esta diferença acentua-se mais nos grupos com idades superiores a 80 anos. É, também, verificado que o género masculino tem a maioria dos seus elementos com menos de 80 anos (64,7%) e o feminino tem uma distribuição percentual semelhante abaixo e acima dos 80 anos de idade (50,4 e 49,6%, respectivamente).

A distribuição amostral quanto ao *género* está resumida no quadro 6.

Quadro 6 – Caracterização da amostra para a variável *género*

	Frequência	%	% Acumulada
Masculino	88	29,3	29,3
Feminino	212	70,7	100,0
Total	300	100,0	

A amostra apresentou 70,7% por cento de idosas e 29,7% de homens como se pode ver no quadro 6.

Esta predominância do gênero feminino é evidente em todas as idades mas mais acentuadamente nos grandes idosos (mais de 80 anos) e pode ser atribuída à maior longevidade da mulher.

Quanto à variável *Grau de Instrução* que pode ser vista no quadro 7, esta foi distribuída pelas respostas dos idosos aos inquiridores em 8 níveis, sendo que os dois mais diferenciados não apresentaram qualquer caso.

Quadro 7 - Distribuição da amostra pela variável *Grau de Instrução*

	Frequência	%	% Acumulada
a- Analfabeto	83	27,7	27,7
b- Ler e escrever	101	33,7	61,3
c- 3 ^a /4 ^a C	95	31,7	93,0
d- 2 ^o ano	10	3,3	96,3
e- 5 ^o /9 ^o ano	5	1,7	98,0
f- 7 ^o /12 ^a ano	6	2,0	100,0
Total	300	100,0(a)	

Observação: Nas categorias g e h (respectivamente ensino médio/bacharelato e ensino superior não se encontraram casos pelo que não foi incluído no quadro

A grande maioria dos idosos apresenta índices baixos de escolaridade sendo de notar que cerca de 60 % deles tinham menos que a terceira classe e mais de 25 % da amostra era analfabeto. Este baixo índice veio ar razão à necessidade sentida de criar um corpo de entrevistadores já que não teria sido possível desenvolver este estudo com a amplitude que ele teve utilizando o preenchimento pelos próprios idosos.

Quanto à variável *Estado Civil*, nos dados que se podem observar no quadro 8 a amostra foi distribuída por esta variável por 5 níveis apesar de não ter ocorrido nenhum caso de *Outro* (quadro 8).

Quadro 8 - Distribuição da amostra pela variável *Estado Civil*

	Frequência	%	% Acumulada
Casado	91	30,3	30,3
Solteiro	49	16,3	46,7
Viúvo	154	51,3	98,0
Divorciado/Separado	6	2,0	100,0
Total(a)	300	100,0	

a Observação: Na categoria *Outro* não ocorreram casos pelo que não foi incluído no quadro

Como se pode ver no quadro 8 os participantes neste estudo eram viúvos em mais de metade dos casos seguidos pelos solteiros e pelos casados. Este dado também parece estar de acordo com as idades da amostra já que nas idades que predominam na amostra é já muito frequente a existência de viuvez.

O quadro 9 apresenta a distribuição dos participantes do estudo segundo o Índice de Katz (ver concomitantemente o quadro 2).

Quadro 9 - Distribuição da amostra pela variável *Grau de Dependência*

	Frequência	%	% Acumulada
A	165	55,0	55,0
B	62	20,7	75,7
C	53	17,7	93,3
D	9	3,0	96,3
E	4	1,3	97,7
F	3	1,0	98,7
G	3	1,0	99,7
H	1	0,3	100,0
Total	300	100,0	

A distribuição dos idosos pelo grau de dependência foi feita mais acentuadamente pelos grupos que têm ausência de dependência ou uma deficiência pouco notória (75,7 % dos casos), isto é, que não tem nenhuma função que não

desempenha sem a ajuda de uma outra pessoa ou só depende dessa pessoa para executar uma das funções avaliadas. Note-se que 17,7% dos indivíduos não executava duas funções, sendo que uma delas era lavar-se. Só 1% era dependente em todas as seis funções avaliadas com este instrumento.

c) Perfil do participante no estudo

Baseado nos dados apresentados poder-se-ia afirmar que o participante tipo deste estudo pode ser caracterizado como sendo uma mulher, na transição para a quarta idade (>80 anos), viúva, com um baixo grau de instrução e fisicamente independente.

É a esta mulher que vamos aplicar estes instrumentos.

8) Instrumentos

a) O “Perfil de Qualidade de Vida – Idosos” (Quality of Life Profile – Seniors).

Descrição do Instrumento

É um instrumento desenhado por Raphael, Renwick e Brown (1996), da Universidade de Toronto com a designação “Quality of Life Profile – Seniors” (vide Anexo 1). Embora haja uma versão portuguesa utilizada pelo Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, este não está validado para a população portuguesa pelo que o processo da sua aplicação foi acompanhado por um processo de validação.

Pretende este instrumento avaliar a variável *Qualidade de Vida* total do indivíduo abrangendo três áreas de vida consideradas importantes subdivididas cada uma delas em três sub-áreas como se pode ver no quadro 10. Assim, são definidas 9 sub-áreas (ou seja, 9 sub-escalas) que pretendem avaliar o perfil de qualidade de vida

em nove aspectos que são valorizados como responsáveis por um padrão de qualidade de vida. Porque estes resultados provêm da conjugação de dois constructos, um cognitivo (importância) e outro afectivo (satisfação) pode-se pensar que de facto ele tem um cariz muito individual:

Quadro 10 – Domínios e sub-domínios do *Quality of Life Profile – Seniors*

SER	Físico	O meu corpo e a minha saúde
	Psicológico	Os meus pensamentos e sentimentos
	Espiritual	As minhas crenças e valores
PERTENCER	Físico	Onde vivo e passo o meu tempo
	Social	As pessoas que estão à minha volta
	Comunitário	O meu acesso aos recursos comunitários
TORNAR-SE	Prático	As coisas que faço diariamente
	Tempo Livre	As coisas que faço por prazer e divertimento
	Desenvolvimento	As coisas que faço para favorecer o meu desenvolvimento e mudança

O questionário tem 111 itens sendo 12 por cada uma das seis primeiras sub-áreas correspondentes às áreas *Ser* e *Pertencer* e 13 por cada uma das 3 últimas pertencentes à área do *Tornar-se*. Tem, complementarmente, duas áreas que avaliam o *Controle* e as *Oportunidades*, cada uma delas com 9 itens. Para os autores estas não devem ser calculadas com os outros valores para a interpretação do valor total mas, na clínica, pode ser usado como informação complementar do valor da variável *Qualidade de Vida* através dessas duas áreas suplementares (*Controle* e *Oportunidades*).

Cada um dos 111 itens é quantificado por uma escala de tipo Likert de cinco pontos que vai desde o “Nada” (1 ponto) até ao “Extremamente” (5 pontos).

Segundo os autores do instrumento (Raphael, Renwick & Brown, 1996), o conceito de *Qualidade de Vida* é muito subjectiva pelo que, para obviar a essa subjectividade, cada item tem duas avaliações pelo indivíduo: a *Importância* que tem para ele e a *Satisfação* que ele sente em acordo com cada item específico. Assim os

resultados traduzem num só índice a **Importância** interacção entre os aspectos cognitivos e subjectivos inerentes a cada dimensão do teste.

A quantificação dos valores obtidos no questionário é obtida pela aplicação aos resultados do quadro pré-definido (quadro 11).

Quadro 11 – Tabela de cotação das respostas dadas ao *Quality of Life Profile – Seniors*

	Satisfação	Valor da Qualidade de Vida
1	1	-0,66
	2	-0,33
	3	0
	4	+0,33
	5	+0,66
2	1	-1,32
	2	-0,66
	3	0
	4	+0,66
	5	+1,32
3	1	-2
	2	-1
	3	0
	4	+1
	5	+2
4	1	-2,66
	2	-1,33
	3	0
	4	+1,33
	5	+2,66
5	1	-3,33
	2	-1,66
	3	0
	4	+1,66
	5	+3,33

Os autores admitem as respostas *não sei* e *não aplicável* devendo os cálculos serem feitos como se esses itens não existissem.

Estes índices resultam da aplicação de uma fórmula matemática que os autores utilizaram para obter a tabela do quadro 11. Desta fórmula consta o registo *Importância* de cada pergunta e o registo Satisfação de cada pergunta (designa-se o número da pergunta pela letra grega θ) e dá como resultado o valor da qualidade de vida do índice a avaliar. Assim os cálculos deverão ser feitos pela equação matemática:

Qualidade de vida da questão $\theta = (\text{Importância } [p\theta i] / 3) \times (\text{Satisfação } [p\theta s] - 3)$

A interpretação dos resultados do “Perfil de Qualidade de Vida- Idosos” é feita pela aplicação de uma quantificação proposta pelos autores através de um quadro com limite máximo de +3,33 e mínimo de -3,33. Pode ser calculada para cada sub-área, qualquer área ou o valor total e resulta da média das perguntas respondidas.

A interpretação qualitativa da variável *Qualidade de Vida* é realizada através de faixas de valores dos índices de *Qualidade de Vida* encontrados, descritos no quadro 12:

Quadro 12 - Domínios e sub-domínios do *Quality of Life Profile - Seniors*

Valor obtido	Interpretação
-3,33 a -1,51	Muito problemática
-1,50 a -0,51	Problemática
-0,50 a +0,50	Adequada
+0,51 a +1,50	Boa
+1,51 a +3,33	Muito Boa

Assim valores de *Qualidade de Vida* considerados adequadas apresentam valores no teste entre -0,5 e +0,5. De +0,5 até valores de +3,3 são valores bons ou muito bons e valores entre -0,5 e -3,3 são considerados como problemática ou muito problemática.

Validação do instrumento

Adaptação ao Português

A primeira fase da validação constou de uma tradução do teste original pela professora de Inglês; Dra. Susana Vieira, que foi seguida da retroversão dessa tradução pela professora de Inglês; Dra. Maria do Rosário Monteiro. Apesar de não haver grandes dissonâncias entre a versão original e a versão final deste processo, as pequenas

diferenças entre o original e a retroversão foram acertadas em reunião conjunta pelo investigador e pelas duas professoras do qual resultou o teste final.

Com o teste final foi realizado então um pré-teste aplicado a 10 idosos da área de Trancoso, do distrito da Guarda, área não abrangida pelo estudo mas com semelhanças psicossociais, que aceitaram voluntariamente colaborar na sua execução, e tendo o conhecimento esclarecido do fim a que se destinava este procedimento. Não se tendo verificado dificuldades na sua compreensão nem sugestões para a sua melhoria pelo que se adoptou este modelo para a prossecução do trabalho de investigação.

Validação do teste

Posteriormente foi feita a validação estatística do teste com a população em estudo. Foram abrangidos 300 idosos, institucionalizados e não institucionalizados, tendo sido determinados os seguintes parâmetros: Validade, Consistência Interna e Sensibilidade.

Os dados foram levantados para uma folha de cálculo do programa SPSS 12.0, previamente definida. Esta foi programada pelo autor para o registo de dados a fim de serem posteriormente tratados estatisticamente.

Validade Foi feita a análise factorial dos componentes principais do instrumento com extracção de factores com valor próprio superior a 1. Não se procedeu a rotação varimax pois foi só encontrado um factor naquelas condições, e nesta situação o programa estatístico não procede aos cálculos.

O quadro 13 e 14 mostram os resultados.

Quadro 13: Análise factorial das componentes do teste "Perfil de Qualidade de Vida – Idosos" – KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,881
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2972,835
	df	36
	p	0,000

A análise do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) revela-nos a existência de uma correlação alta entre as variáveis com um valor de 0,881. O teste de esfericidade de Bartlet aponta para a negação da hipótese de que a matriz das correlações na população estudada seja a identidade, isto é, que todas as variáveis meçam o mesmo ($p < 0,001$).

Quadro 14: Análise factorial das componentes do teste "Perfil de Qualidade de Vida – Idosos" – Variância Total Explicada

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% Variância	de % Acumulada	Total	% Variância	de % Acumulada
1	6,722	74,684	74,684	6,447	71,635	71,635
2	0,647	7,185	81,869			
3	0,520	5,778	87,647			
4	0,322	3,582	91,229			
5	0,250	2,774	94,003			
6	0,230	2,552	96,554			
7	0,135	1,499	98,053			
8	0,101	1,121	99,174			
9	0,074	0,826	100,000			

Método de Extração: Factorização alfa.

Analisando agora o quadro anterior verificamos a identificação de um factor que justifica 74,684% da variância. Todos os outros factores têm valores muito baixos não havendo nenhum que justifique uma nova análise factorial, já que os próprios KMO e teste de Bartlet, por terem valores que no caso do KMO são elevados e no caso do teste de Bartlet são muito significativos, dão consistência ao factor único encontrado; ou seja,

o factor 1 encontrado é, não só explica três quartos da variância como esta explicação é consistente.

Tudo leva a crer que este factor 1 corresponde à noção de *Qualidade de Vida*.

No quadro 15 verifica-se a associação linear entre as sub-escalas (consideradas aqui como variáveis de ordem psicométrica) através da correlação linear r de Pearson.

Quadro 15: Matriz de correlação entre as sub-escalas do teste *Perfil de Qualidade de Vida – Idosos*

		Ser Físico	Ser Psíquico	Ser Espiritual	Pertencer Físico	Pertencer Social	Pertencer Comunitário	Tornar-se Prático	Tornar-se Lazer	Tornar-se Crescim.
Correlação	Ser Físico	1,000	0,798	0,681	0,598	0,474	0,567	0,670	0,684	0,716
	Ser Psíquico	0,798	1,000	0,814	0,673	0,646	0,735	0,702	0,684	0,791
	Ser Espiritual	0,681	0,814	1,000	0,760	0,706	0,738	0,697	0,695	0,848
	Pertencer Físico	0,598	0,673	0,760	1,000	0,752	0,717	0,597	0,714	0,671
	Pertencer Social	0,474	0,646	0,706	0,752	1,000	0,729	0,625	0,673	0,708
	Pertencer Comunitário	0,567	0,735	0,738	0,717	0,729	1,000	0,831	0,804	0,739
	Tornar-se Prático	0,670	0,702	0,697	0,597	0,625	0,831	1,000	0,830	0,819
	Tornar-se Lazer	0,684	0,684	0,695	0,714	0,673	0,804	0,830	1,000	0,803
	Tornar-se Crescimento	0,716	0,791	0,848	0,671	0,708	0,739	0,819	0,803	1,000
	p (1-tailed)	Ser Físico		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Ser Psíquico		0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Ser Espiritual		0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Pertencer Físico		0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Pertencer Social		0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
Pertencer Comunitário		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
Tornar-se Prático		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
Tornar-se Lazer		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
Tornar-se Crescimento		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

Como se pode ver todas as correlações são significativas porque são inferiores a 0,014 resultando da aplicação da fórmula $0,05/[(9 \times 9 - 9)/2]$ para esta matriz (Pestana & Gageiro, 2003) sendo que não há nenhuma correlação com índice r de Pearson menor que 0,474, apresentando em linhas gerais correlações não só significativas mas também fortes, de modo que tudo leva a crer que haja consistência interna entre as sub-escalas no sentido que não existe nenhuma sub-escala que não se relacione com as outras..

Utilizando a matriz anti-imagem podemos tentar ver a necessidade de excluir uma das sub-escalas do teste. Os valores das diagonais deverão ter valores elevados e os que estão fora da diagonal valores baixos.

Quadro 16: Matriz anti-imagem das 9 sub-escalas do teste *Perfil de Qualidade de Vida – Idosos*

		Ser Físico	Ser Psíqu	Ser Espir	Perten. Físico	Perten. Social	Perten. Commun	Tornar-se Prático	Tornar-se Lazer	Tornar-se Crescim.	Tornar-se
Anti-image Covari ance	Ser Físico	0,260	-0,127	-0,002	-0,049	0,064	0,070	-0,047	-0,056	-0,004	
	Ser Psíquico	-0,127	0,186	-0,045	0,014	-0,025	-0,060	0,020	0,034	-0,025	
	Ser Espiritual	-0,002	-0,045	0,176	-0,078	0,003	-0,026	0,014	0,037	-0,080	
	Pertencer Físico	-0,049	0,014	-0,078	0,265	-0,112	-0,033	0,043	-0,063	0,034	
	Pertencer Social	0,064	-0,025	0,003	-0,112	0,313	-0,042	0,011	-0,005	-0,051	
	Pertencer Comunitário	0,070	-0,060	-0,026	-0,033	-0,042	0,169	-0,089	-0,052	0,039	
	Tornar-se Prático	-0,047	0,020	0,014	0,043	0,011	-0,089	0,172	-0,043	-0,058	
	Tornar-se Lazer	-0,056	0,034	0,037	-0,063	-0,005	-0,052	-0,043	0,191	-0,052	
	Tornar-se Crescimento	-0,004	-0,025	-0,080	0,034	-0,051	0,039	-0,058	-0,052	0,143	
Anti-image Correl ation	Ser Físico	0,842a	-0,576	-0,011	-0,189	0,224	0,335	-0,224	-0,252	-0,023	
	Ser Psíquico	-0,576	0,879a	-0,249	0,062	-0,104	-0,339	0,113	0,178	-0,155	
	Ser Espiritual	-0,011	-0,249	0,895a	-0,360	0,013	-0,152	0,079	0,199	-0,507	
	Pertencer Físico	-0,189	0,062	-0,360	0,884a	-0,391	-0,157	0,204	-0,279	0,174	
	Pertencer Social	0,224	-0,104	0,013	-0,391	0,921a	-0,183	0,049	-0,020	-0,241	
	Pertencer Comunitário	0,335	-0,339	-0,152	-0,157	-0,183	0,855a	-0,525	-0,291	0,252	
	Tornar-se Prático	-0,224	0,113	0,079	0,204	0,049	-0,525	0,879a	-0,237	-0,369	
	Tornar-se Lazer	-0,252	0,178	0,199	-0,279	-0,020	-0,291	-0,237	0,906a	-0,314	
	Tornar-se Crescimento	-0,023	-0,155	-0,507	0,174	-0,241	0,252	-0,369	-0,314	0,875a	

a Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Apresenta-se no quadro 16 a matriz anti-imagem das nove sub-escalas. Na matriz deste teste todos os valores da diagonal têm valores elevados (valores entre 0,842 e 0,921). Fora da diagonal só alguns valores estão mais elevados. Estão entre eles as correlações entre “Ser Físico” e “Ser Psíquico” (-0,576), “Pertencer Comunitário” e “Ser Psíquico” (0,339), “Pertencer Físico” e “Ser Espiritual” (-0,360), “Tornar-se Crescimento” e “Ser Espiritual” (-0,507), “Pertencer Físico” e “Pertencer Social” (-0,391), “Tornar-se Prático” e “Pertencer Comunitário” (-0,525), “Tornar-se Prático” e “Tornar-se Crescimento” (-0,369) e “Tornar-se Crescimento” e “Tornar-se Lazer” (-0,314). Mas os valores da diagonal não apontam para a necessidade de excluir nenhuma destas sub-escalas (consideradas enquanto variáveis psicométricas). Também os valores das comunalidades “Extraction” que observamos no quadro 17 apontam no mesmo sentido.

Este quadro apresenta as comunalidades das 9 sub-escalas.

Quadro 17: Análise da extracção do teste "Perfil de Qualidade de Vida – Idosos" – Comunalidades

	Inicial	Extracção
Ser Físico	1,000	0,630
Ser Psíquico	1,000	0,775
Ser Espiritual	1,000	0,799
Pertencer Físico	1,000	0,692
Pertencer Social	1,000	0,657
Pertencer Comunitário	1,000	0,782
Tornar-se Prático	1,000	0,763
Tornar-se Lazer	1,000	0,787
Tornar-se Crescimento	1,000	0,837

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Podemos verificar que todas as variáveis possuem valores elevados. Assim o factor 1 retido (veja-se quadro 14) explica 63% da variância da sub-escala *Ser Físico*; explica 77,5% de variância da sub-escala *Ser Psíquico*; 79,9% da *Ser Espiritual*; 69,2% da *Pertencer Físico*; 65,7% da *Pertencer Social*; 78,2% da *Pertencer Comunitário*;

76,3% da *Tornar-se Prático*; 78,7% da *Tornar-se Lazer*, e 83,7% da *Tornar-se Crescimento*. Efectivamente, todas as sub-escalas são altamente explicadas pelo Factor 1 que está subjacente a todas as sub-escalas.

Tendo em vista que o factor 1 está subjacente a todas as sub-escalas esta corrobora a ideia que ele está a medir uma única dimensão que o instrumento pretende medir, que é precisamente a própria *Qualidade de Vida*. Isto leva a crer que a amostra desta dissertação é consistente já que, afinal, todos estes dados foram extraídos da amostra deste trabalho e vão de acordo com os dados originais do instrumento.

Consistência interna

Para medir a consistência interna do teste recorreremos à determinação do α de Cronbach para as sub-escalas enquanto variáveis do teste. Os resultados preliminares quanto à média e desvio padrão de cada sub-escala estão descritos no quadro 18.

Quadro 18: Consistência interna do teste *Perfil de Qualidade de Vida – Idosos – Médias e Desvios Padrão*

	Média	Desvio Padrão	N
Ser Físico	0,8539	0,88711	300
Ser Psíquico	0,8266	0,81851	300
Ser Espiritual	1,1572	0,91954	300
Pertencer Físico	1,1803	0,70914	300
Pertencer Social	1,0136	0,89758	300
Pertencer Comunitário	0,7226	1,01401	300
Tornar-se Prático	0,7348	1,45491	300
Tornar-se Lazer	0,6408	1,06148	300
Tornar-se Crescimento	0,5871	0,97672	300

Como se vê, as médias e os desvio Padrão não destoam entre si. Atenda-se ao facto que, conforme foi feito pelos autores no trabalho original de construção do

instrumento Quality of Life Profile – Seniors, as sub-escalas são assumidas para todos os efeitos como itens em análise de consistência interna dos itens para os cálculos do α de Cronbach.

O quadro 19 apresenta as correlações inter-itens.

Quadro 19: Consistência interna do teste *Perfil de Qualidade de Vida – Idosos – Matriz de correlação Inter-Item*

	Ser Físico	Ser Psíqu	Ser Espir	Perten. Físico	Perten. Social	Perten. Comun	Tornar-se Prático	Tornar-se Lazer	Tornar-se Cresc.
Ser Físico	1,000	0,798	0,681	0,598	0,474	0,567	0,670	0,684	0,716
Ser Psíquico	0,798	1,000	0,814	0,673	0,646	0,735	0,702	0,684	0,791
Ser Espiritual	0,681	0,814	1,000	0,760	0,706	0,738	0,697	0,695	0,848
Pertencer Físico	0,598	0,673	0,760	1,000	0,752	0,717	0,597	0,714	0,671
Pertencer Social	0,474	0,646	0,706	0,752	1,000	0,729	0,625	0,673	0,708
Pertencer Comunitário	0,567	0,735	0,738	0,717	0,729	1,000	0,831	0,804	0,739
Tornar-se Prático	0,670	0,702	0,697	0,597	0,625	0,831	1,000	0,830	0,819
Tornar-se Lazer	0,684	0,684	0,695	0,714	0,673	0,804	0,830	1,000	0,803
Tornar-se Crescimento	0,716	0,791	0,848	0,671	0,708	0,739	0,819	0,803	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

O quadro 19 de avaliação das correlações inter-itens revela valores elevados entre os 0,474 e 0,848.

O quadro 20 apresenta o valor do α de Cronbach para o teste *Quality of Life Profile – Seniors*.

Quadro 20: Consistência interna do teste *Perfil de Qualidade de Vida – Idosos – α de Cronbach*

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,952	,957	9

O valor de α de Cronbach é muito alto com um valor atribuído de 0,952, o que significa haver uma consistência interna muito elevada podendo-se, assim, aceitar as sub-escalas como tendo homogeneidade de itens o que garante a fidelidade dos resultados. É de se notar também, que os próprios itens entre si, isto é, as sub-escalas, se correlacionam fortemente entre elas o que dá maior peso à fidelidade destes resultados.

Sensibilidade:

A sensibilidade do teste foi aferida numa perspectiva de entender a distribuição da população estudada, com o recurso à determinação da média e da mediana e aos coeficientes de curtose e de assimetria.

No quadro 21 foram resumidos os resultados de cada sub-escala sobre as médias, as medianas, os desvio padrão, a moda, a assimetria e a curtose, para determinação da sensibilidade.

Quadro 21: Teste Perfil de Qualidade de Vida – Idosos – Sensibilidade

		Ser Físico	Ser Psíquico	Ser Espiritual	Perten cer Físico	Perten cer Social	Perten cer Comunitário	Tornar -se Prático	Tornar -se Lazer	Tornar -se Crescimento
N	Valid	300	300	300	300	300	300	300	300	300
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média		0,8539	0,8266	1,1572	1,1803	1,0136	0,7226	0,7348	0,6408	0,5871
Desvio Padrão das médias		0,05122	0,04726	0,05309	0,0409	0,0518	0,0585	0,0840	0,0613	0,05639
Mediana		0,8889	1,0278	1,2222	1,1111	1,0000	0,6944	1,1905	0,8205	,7692
Moda		0,83	1,56	1,69	0,81	0,89	0,69	1,74(a)	0,82(a)	,79(a)
Desvio Padrão		0,88711	0,81851	0,91954	0,7091	0,8976	1,0140	1,4549	1,0615	,9767
Assimetria		-0,739	-0,788	-0,628	-0,606	-0,619	-0,163	-0,394	-0,380	-,424
Desvio Padrão de Assimetria		0,141	0,141	0,141	0,141	0,141	0,141	0,141	0,141	,141
Curtosis		0,376	-0,024	-0,330	-0,041	0,615	-1,016	-1,057	-0,846	-,443
Desvio Padrão de Curtosis		0,281	0,281	0,281	0,281	0,281	0,281	0,281	0,281	,281
Mínimo		-1,89	-1,67	-1,64	-1,39	-2,19	-1,42	-2,44	-2,03	-2,05
Máximo		2,11	1,89	2,78	2,19	2,36	2,22	2,93	2,10	1,92

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Os resultados da curtose e da assimetria para as diferentes sub-escalas estão enquadráveis dentro dos valores que são aceites para a sensibilidade de um teste, isto é entre 1,99 e -1,99.

b) Escala de Construção de Problemas – CPS

Esta escala foi construída por Heathrington et al. (1998, cited por Magalhães, 1999) com o fim de definir o perfil das construções dos problemas que cada indivíduo faz dos seus problemas familiares. Com este perfil pode-se obter o desenho da organização geral das crenças acerca dos factores que contribuem para as dificuldades familiares. É, segundo as autoras (Heathrington et al., 1998, cited por Magalhães, 1999), um instrumento que pode ser utilizado tanto na prática clínica como na investigação. É um instrumento de auto-resposta que visa perceber as construções que o examinado faz sobre os problemas actuais. Como no instrumento *Perfil de Qualidade de Vida – Idosos* usa-se neste instrumento (CPS) uma escala do tipo Likert de 5 pontos que vai desde o *absolutamente nada* até ao *completamente* (Magalhães, 1999).

Foi traduzido e validado para Portugal pela co-orientadora, a Dra. Sónia Magalhães, na sua tese de mestrado em 1999.

Embora seja um instrumento essencialmente clínico e, por isso, deveria ser valorizado mais ao nível de pergunta a pergunta do que no aspecto de score final, Magalhães (1999) refere que a sua utilização usando os resultados globais poderá ter interesse para fins de investigação e de avaliação da evolução do processo psicoterapêutico. O valor global permite obter uma informação sobre as construções

sobre os problemas da família que é útil na comparação entre indivíduos com problemas semelhantes.

Cada item aborda um aspecto de atribuição dos problemas apontando mais no sentido do *Self*, uns, e no sentido dos *Outros e Interpessoal*, os outros itens. No quadro (22) são referidas todas as perguntas e a sua atribuição com o *Self* ou com os *Outros*.

Quadro 22 – Quadro com as atribuições obtidas através do CPS e a sua relação com o *Self* e os *Outros*

Item	Alvo	Foco	Item	Alvo	Foco
1	Problema familiar		15	Perturbação mental	Outros
2	Meio ambiente		16	Pensamento	Outros
3	Comunicação		17	Personalidade	Outros
4	Culpa	Self	18	Perturbação mental	Self
5	Culpa	Outros	19	Gerações anteriores	
6	Família de origem		20	Personalidade	Self
7	Doença física	Self	21	Poder/controlo	Self
8	Doença física	Outros	22	Genético	Self
9	Círculo vicioso		23	Pensamento	Self
10	Falta de sorte		24	Poder/controlo	Outros
11	Responsabilidade	Outros	25	Responsabilidade	Self
12	Diferentes pontos de vista		26	Atitude	Self
13	Genético	Outros	27	Atitude	Outros
14	Solucionável				

O estudo psicométrico das variáveis deste instrumento permitiu a Magalhães (1999) definir duas sub-escalas que são o *Foco no Outro, ou Interpessoal* e o *Foco no Self*. A primeira sub-escala que englobam as atribuições dos participantes do estudo de Magalhães (1999) para o problema que motivou o processo psicoterapêutico nas outras pessoas e nos processos interpessoais, é constituída por 11 itens (1, 3, 5, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 19 e 27) e visa quantificar as construções atribuídas às pessoas que constituem o sistema e às relações interpessoais. A segunda sub-escala, constituída por 4 itens (4, 20, 25 e 26), define as atribuições do examinado à culpa que o próprio sente perante a situação problemática.

A consistência interna do instrumento no estudo de Magalhães (1999) obteve valores do α de Cronbach de 0,913 e 0,950 nos dois grupos estudados (grupo cliente e grupo terapeuta, respectivamente) na sub-escala de foco no *Outro ou Interpessoal*, e valores de α de Cronbach de 0,889 e 0,822 respectivamente para os dois grupos para a sub-escala de foco no *Self* (Magalhães, 1999).

9) Procedimentos experimentais

Foi pedido a colaboração a 10 Lares de Idosos da região da Beira Interior através de carta dirigida aos directores explicando as finalidades do estudo e apresentando os instrumentos que seriam aplicados. Simultaneamente foi pedido, na própria carta, uma listagem de todos os idosos que estavam nos respectivos lares. Obteve resposta de cinco Lares com a autorização e com a lista de idosos. Foi nesses idosos aplicado o *Mini-Mental State Teste* para a determinação da existência de demência e eliminar os seus portadores da amostra. A lista final foi feita para cada *Lar* segundo a ordem fornecida pelo próprio *Lar* e foram aplicadas as tabelas de obtenção de amostras aleatórias. Foram também seleccionados aleatoriamente os idosos que ficariam como suplentes para o caso de haver exclusões pelos motivos previstos no protocolo inicial do estudo.

Tendo-se verificado a existência de uma grande percentagem de idosos analfabetos foi decidido, com a concordância do orientador e da co-orientadora, que a aplicação dos instrumentos deveriam ser feitos por terceiros devidamente preparados para o efeito.

Os questionários foram aplicados aos idosos seleccionados pelo autor e por 9 colaboradores, previamente seleccionados. Estes foram industriados pelo autor com dois objectivos: em primeiro lugar para obter um conjunto de pessoas capacitadas a passar os

instrumentos sem diferenças significativas nas atitudes perante os participantes aquando da recolha de dados; em segundo lugar para tentar evitar que houvesse influências sobre as respostas do idoso.

Este processo foi feito em duas reuniões de preparação para o grupo de colaboradores seleccionado onde foi realizado o ensino da técnica de administração do instrumento. Na primeira reunião ocorreu o seguinte:

Foi realizada uma explanação sumária de alguns conceitos básicos sobre a velhice e o envelhecimento e de algumas características dos idosos que podiam influenciar a sua prestação nos questionários (surdez, timidez) e de algumas características do ambiente (ambientes inapropriados onde se realizaria o preenchimento do questionário);

Explicaram-se os objectivos do estudo nomeadamente a importância de se preencherem os inquéritos com a opinião expressa dos participantes;

Apresentou-se uma descrição pormenorizada da constituição do questionário discutindo o significado de algum ponto menos compreensível para o entrevistador e do significado das respostas às questões do tipo Likert;

Foram informados da necessidade absoluta de explicarem os objectivos do estudo aos inquiridos e obter autorização expressa para participarem no estudo;

Insistiu-se na necessidade de manter o anonimato e respeitar o sigilo das respostas que foram dadas assim como a obrigatoriedade de informar o idoso desse facto;

Foram informados do tempo que levaria a obter as respostas ao questionário;

Por fim, foi dado o contacto deste mestrando para possíveis informações quando surgissem problemas ou dúvidas, antes ou depois de lhes serem entregues os questionários.

Numa segunda reunião foi feito o resumo da primeira e foi pedido a cada um dos colaboradores que aplicasse um questionário a um idoso na presença do mestrando para avaliação do impacto das instruções dadas na reunião anterior e para familiarizar os colaboradores com o instrumento. Os idosos que foram inquiridos nesta reunião não fizeram parte da amostra seleccionada e por isso os questionários realizados serviram apenas de pré-teste.

Foi feito o levantamento da população inscrita no Centro de Saúde de Pinhel com a listagem de toda esta população. Não foi feito no concelho de Almeida pela comodidade para o autor nos contactos com os participantes pertencentes ao concelho de Pinhel e pelo facto de serem concelhos vizinhos e de características similares, era de se pressupor a semelhança das populações. Esta população foi distribuída por grupos atendendo à idade e ao género tendo sido feita uma listagem dos idosos pela ordem dada nas listagens acima referidas (ordem do número de inscrição no Centro de Saúde) e foi atribuída uma ordem de entrada no estudo em cada categoria consoante as tabelas de selecção de amostras atrás referidas. Conforme a *Idade* e o *Género* dos sujeitos que responderam aos questionários que chegavam do *Lar* eram seleccionados os participantes com domiciliação no *Seio Familiar* e eram contactados pessoalmente por este mestrando para obtenção da respectiva autorização. Quando não havia nenhum sujeito com *Idade* e *Género* correspondente ao sujeito do *Lar* procurou-se o sujeito seguinte do grupo do mesmo *Género* e de menos um ano de *Idade*.

Os questionários foram aplicados em primeiro lugar nos *Lares* de idosos seleccionados que aceitaram participar no estudo, durante os meses de Março a Julho de 2004 e, na população não institucionalizada, nos meses de Maio a Agosto de 2004.

Aos idosos a residir no seu domicílio o processo foi explicado individualmente pelo autor depois de aplicado o *Mini-Mental State Test* e deram a resposta aos questionários nas datas que foram previamente combinadas entre ambos.

B) RESULTADOS

10) Definição dos dados

Os dados desta dissertação estão em acordo com a recolha de dados provindos dos instrumentos utilizados e são da seguinte ordem: para a variável *Qualidade de Vida* os dados provindos dos itens do questionário *Quality of Life Profile – Seniors*, e os cálculos feitos, conforme as instruções do questionário, para a determinação dos *scores* de cada item, de cada uma das 9 sub-áreas, para cada uma das 3 áreas e para o *score* total da *Qualidade de Vida*; para os dados provindos da *Escala de Construção dos Problemas com a Família (CPS)*, o *score* total do teste e os *scores* das sub-escalas do *Self* e dos *Outros e Interpessoal*; os dados sobre a *Domiciliação* do idoso; os dados sobre a *Idade*, *Género*, *Grau de Instrução*, *Estado Civil* e *Grau de Dependência*; os dados sobre o *Controlo* e *Oportunidades* provindos do teste *Quality of Life Profile – Seniors*; e os dados resultantes dos cálculos dos itens que constituem essas sub-escalas acessórias.

É de salientar que a variável *Qualidade de Vida* foi analisada apenas pelo seu valor global já que a validação do instrumento apontou para a existência de apenas um factor que explicava de uma forma importante todas as sub-escalas, sem excepção.

11) Levantamento de dados

Os dados foram levantados para uma folha de cálculo previamente definida elaborado pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 12.0. Esta foi programada pelo autor para o registo de dados a fim de serem posteriormente tratados estatisticamente.

No processo de programação definiram-se:

As 5 primeiras colunas para registo das variáveis demográficas do participante (*Idade, Género, Grau de Instrução, Estado Civil e Grau de Dependência*) obtidas a partir do questionário;

Uma coluna onde foi feita a redistribuição dos dados obtidos na variável *Idade* em grupos designando uma nova variável como *Grupos Etários*. Esta redistribuição foi executada pela transformação da variável *Idade* em grupos de idades e 5 em 5 anos desde os 65 anos de idade;

As Colunas onde foram registadas as respostas dos participantes, designadas pelos símbolos $p\theta_i$ para as respostas do instrumento que avaliavam a importância atribuída pelo inquirido ao assunto abordado na pergunta; e, pelos símbolos $p\theta_s$, para as respostas do instrumento que avaliavam a satisfação sentida pelo inquirido com aqueles factos (θ corresponde ao nº da pergunta no instrumento);

As colunas, designadas pelo símbolo $p\theta_r$, onde eram registados os resultados dos cálculos para a determinação do score de cada uma das 111 perguntas, isto é, de cada um dos 111 itens (ver quadro 12);

As 9 colunas, designadas por *st*[3 primeiras letras do nome da área] [3 primeiras letras do nome da subárea] onde eram calculados os resultados dos subáreas feito pela determinação da média das variáveis [p0r];

As colunas, designadas por *tot*[3 letras do área] onde foram calculadas as médias dos subáreas;

A coluna, designada por *qoltot*, onde foi determinada a média das colunas das áreas para a obtenção do valor da variável *Qualidade de Vida* total;

As colunas, apelidadas de *totcont* e *totoport*, onde foram calculadas a média dos valores correspondentes às respostas sobre o *Controlo* e as *Oportunidades* (muito embora os autores do instrumento não considerem integrados estes valores no processo de avaliação de *Qualidade de Vida*. Estes valores foram determinadas apenas para apresentação descritiva, mas não contabilizadas no *score* final da *Qualidade de Vida*, como estava determinado no instrumento);

As colunas, codificadas com o nome $f\psi$, para as perguntas do instrumento CPS atrás descrito (em que ψ é o número da pergunta do instrumento CPS);

As colunas designadas por *CPStot*, *Self*, e *Outros* que resultaram, respectivamente, do cálculo do valor total das perguntas, da subescala *Self*, calculada pela soma das perguntas 4, 20, 25 e 26 e da subescala *Outros* que resulta da soma das perguntas 1, 3, 5, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 19 e 27.

12) Métodos de tratamento e análise de dados

O tratamento e a análise estatística dos dados foram feitos também pelo programa *SPSS* 12.0.

a) Tratamento de dados

Foi realizado o tratamento dos dados. Este foi em primeiro lugar *descritivo* com a utilização de uma medida de tendência central (a média) e medidas de dispersão (Mínimo, Máximo e Desvio-Padrão). Em segundo lugar, foi feito o tratamento *inferencial* dos dados com o recurso a um método de correlação de dados, a correlação de Pearson, para o primeiro objectivo e um método de comparação de médias entre duas variáveis independentes, o teste *t* de *Student*, para o segundo objectivo.

b) Análise e Interpretação dos Resultados

Após o tratamento estatístico foram compilados os resultados de forma a dar respostas às questões levantadas nos objectivos definidos para o trabalho.

Análise descritiva das variáveis em estudo

Foi realizado o cálculo das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis em estudo apresentadas no quadro 23.

Quadro 23 – Análise descritiva das variáveis em estudo, do Controlo e das Oportunidades

	N	Mínimo	Maximo	Média	Desvio Padrão
Qualidade de vida total	300	-1,31	1,90	0,8574	0,84167
Controle	300	2,22	5,00	3,7148	0,63793
Oportunidades	300	2,33	5,00	3,6341	0,64745
CPS total	300	50,00	101,00	71,7100	9,01796
Self	300	4,00	18,00	11,5300	3,25953
Outros	300	18,00	46,00	31,8267	6,39476
Valid N (listwise)	300				

O quadro 23 revela que nos participantes do estudo foi determinado um valor médio de 0,8574 na *Qualidade de Vida* e um valor médio de 71,71 para a variável *As Construções do Idoso sobre os problemas com a Família*.

O mesmo quadro revela ainda uma média de qualidade de vida que pode ser considerada boa segundo o quadro 12 e têm valores médios para o *Controlo* e para as *Oportunidades*. Os valores dos constructos sobre os problemas com a família (CPS Total) parecem ter um valor intermédio, muito embora não exista padrão nenhum calculado que permita fazer essa afirmação.

Então, retomando a definição do perfil da nossa inquirida pode agora ser completado com estes novos resultados. De uma forma global esta inquirida é uma mulher, que está na transição para a quarta idade, é viúva, que tem um baixo grau de instrução, que é fisicamente independente, que possui uma boa qualidade de vida e que constrói os problemas com a sua família com maior incidência no *Self* e não nas relações interpessoais (*Outros e Interpessoal*).

Análise inferencial das variáveis e interpretação dos resultados

1º Objectivo

No primeiro objectivo pretendeu-se estabelecer qual a relação entre a *Qualidade de Vida* e as *Construções do Idoso sobre os Problemas com a Família*.

Para a sua avaliação foi realizada uma correlação de Pearson entre as variáveis *Qualidade de Vida* total e o valor das *Construções que o Idoso sobre os Problemas com a Família* (CPS). O resultado apresenta-se no quadro 24.

Quadro 24 – Correlação entre a variável Qualidade de Vida e a variável Construções que o Idoso sobre os Problemas com a Família (CPS)

		Qualidade de vida total
Constructos sobre os problemas com a família total	Correlação de Pearson	-0,228(**)
	p (2-tailed)	0,000
	N	300
"self"	Correlação de Pearson	0,648(**)
	p (2-tailed)	0,000
	N	300
"outros"	Correlação de Pearson	-0,657(**)
	p (2-tailed)	0,000
	N	300

** Correlação significativa a 0.01 (2-tailed).

De facto, existe uma correlação negativa entre as duas variáveis com uma correlação de Pearson de -0,228 e com uma significância de $p < 0,01$, o que representa ser muito significativa. O valor da correlação demonstrou-se, contudo, ser fraco apesar de ser significativo.

Foi feito igualmente a correlação entre a *Qualidade de Vida* total com cada um das sub-escalas descritas pela autora no CPS (*Self* e *Outros e Interpessoal*), para explorar os dados e verificar se os índice de correlação da *Qualidade de Vida* com o CPS Total estavam de acordo ou não com os índice de correlação entre a *Qualidade de Vida* e cada uma dessas sub-escalas do CPS. Os resultados estão igualmente no quadro 24, sendo bem patente que o valor da *Qualidade de Vida* está correlacionada positivamente, de maneira forte (correlação de Pearson = 0,648) e significativa ($p < 0,001$), com os constructos com incidência na sub-escala *Self* e está correlacionada negativamente de maneira similarmente forte (correlação de Pearson = -0,657) e significativa ($p < 0,001$) com os constructos com incidência na sub-escala *Outros e Interpessoal*. Estes valores estão em concordância com as afirmações de Magalhães (1999) que atrás referimos.

Esta concordância mais forte nos valores das duas sub-escalas poderão ter a ver com perguntas contraditórias do próprio teste que avalia situações semelhantes com atribuições complementares o que poderá resultar numa diminuição do *score* total do instrumento.

Assim, e porque em cada sub-escala se obteve valores elevados, podemos afirmar que essa correlação, além de existir e ser significativa, é uma correlação forte.

Na verdade Magalhães, (1999) indica que o teste da *Construção sobre os Problemas com a Família* apresenta duas sub-escalas que poderão ter resultados contraditórios e afectar o valor global da CPS. Por exemplo, indivíduos perturbados emocionalmente deverão apresentar níveis mais elevados no teste e frequentemente mais focalizado na sub-escala *Outros e Interpessoal* e menos na sub-escala *Self* (Magalhães, 1999).

Assim podemos confirmar a hipótese H1 e concluir existência de correlação entre as duas variáveis, isto é, entre *Qualidade de Vida* e as *Construção sobre os Problemas com a Família* do idoso.

Como no trabalho de Aranda e Homa (2002) demonstra-se que há uma correlação negativa entre a qualidade de vida e a existência de problemas do idoso. Embora no trabalho deste autor tenham sido utilizada três variáveis para definir os problemas familiares (*Ressentimento, Maus-tratos e Sentimento de Abandono*), todas elas apresentavam uma correlação negativa com a *Qualidade de Vida* e assim podemos considerar que os constructos sobre os problemas com a família da amostra reflectem na mesma medida essa ideia. No trabalho de Santos et al. (2002) que avaliaram uma população de idosos através da *Escala de Qualidade de Vida de Flamigan*, verificou-se

que os idosos que tinham mais problemas com a família apresentavam valores mais baixos da qualidade de vida. Mas no trabalho citado o autor defendeu esta tese a partir da comparação de uma das sub-escalas do próprio instrumento e não com outro instrumento independente como foi feito no presente estudo. Se as conclusões são as mesmas entre os dois estudos, os resultados provavelmente são mais fidedignos já que no método usado no estudo da presente dissertação os resultados não se incluem mutuamente, diminuindo a possibilidade de falsear os resultados finais, o que pode ter acontecido no estudo de Santos et al. (2002).

2º Objectivo

Para confirmar o segundo Objectivo, isto é, avaliar comparativamente os sistemas de domiciliação dos idosos (no *Seio Familiar* ou em *Lares* de idosos) no que concerne à qualidade de vida sentida por eles, recorreu-se a uma comparação de médias entre os dois grupos de domiciliação que foram definidos no desenho deste estudo, através do teste t de Student para variáveis independentes.

Os quadros 25A e 25B apresentam os resultados desta comparação.

Quadro 25A – Comparação entre a *Qualidade de Vida* do idoso no *Lar* e no *Seio Familiar*

	Domiciliação	N	Média	Desvio Padrão	Desvio Padrão Médio
Qualidade de Vida Total	Lar	150	0,1875	0,56696	0,04629
	Seio da Família	150	1,5274	0,44326	0,03619

Quadro 25B – Comparação entre a *Qualidade de Vida* do idoso no *Lar* e no *Seio Familiar*

		Teste de Levine para igualdade de variâncias		t-test for Equality of Means			Diferença das média	Diferenças do desvio padrão
		F	p	t	df	p (2-tailed)		
qoltot	Variâncias iguais assumidas	5,913	0,016	-22,802	298	0,000	-1,33986	0,05876
	Variâncias iguais não assumida			-22,802	281,605	0,000	-1,33986	0,05876

As variâncias são assumidas como iguais pelo resultado do teste de Levine de $F = 5,913$, com uma significância de $0,016$. A diferença entre a população que habita no *Lar* e a que habita no *Seio Familiar*, quanto à *Qualidade de Vida*, é estatisticamente significativa ($t = -22,802$, $p < 0,01$). Esta diferença mostra haver mais qualidade de vida no grupo que está domiciliado no *Seio Familiar* (média = $1,5274$ numa escala de valores que vai de $-3,3$ a $+3,3$) do que no que habita o *Lar* (média = $0,1875$ na mesma escala de valores).

Confirma-se desta forma também a hipótese H2.

Estes resultados estão de acordo com os resultados obtidos por Queen e Freitag (1978), que numa amostra de 20 idosos vivendo na comunidade (isto é no *Seio Familiar*) e 20 em *Lares* verificou que os primeiros tinham graus mais elevados de satisfação com a vida ($p < 0,01$). Os resultados de Crain (2001) que comparou idosos institucionalizados e não institucionalizados que possuíam alguma deficiência, demonstrou que não há diferenças significativas na satisfação com a vida entre as duas populações estudadas por ele sendo que os que viviam na comunidade demonstravam maior sentido de controlo; este resultado, embora não esteja de acordo com os

resultados desta dissertação para o segundo objectivo, poderão ter sido influenciados por ela ter sido feita com idosos com algum grau de incapacidade, o que, como vimos na introdução teórica, é um factor que pode reduzir muito o sentimento de *Qualidade de Vida*. Contudo, Noro e Aro (1996), numa amostra grande de população finlandesa, verificaram a existência de um sentimento de maior qualidade de vida na população que vivia no seio da família do que naquela que vivia em instituições, o que comprova os resultados encontrados na presente dissertação.

Assim, realmente os resultados obtidos na presente pesquisa vêm ao encontro de uma sucessão de pesquisas feitas por autores consagrados na área da *Qualidade de Vida*.

DISCUSSÃO

Como é natural, em quase todos os trabalhos de investigação surgem limitações que levam a adaptar o programa inicial, ou assumir como limitação no relatório final se essas adaptações pusessem em causa a credibilidade e a honestidade do trabalho.

Estas situações também aconteceram no decurso deste trabalho.

A primeira contrariedade que surgiu foi o facto de metade dos lares contactados não terem aceite a execução dos questionários nas suas instalações, o que fez redistribuir o número de testes que foi inicialmente atribuído a cada um dos Lares, concentrando o local de aplicação dos testes aos concelhos de Pinhel e Almeida, ao contrário do que havia sido pensado inicialmente, o qual abrangia quatro concelhos.

O recurso a colaboradores foi uma decisão que corria com alguns riscos. Mas tendo em vista que uma grande parte da população alvo tinha grandes deficiências ao nível da leitura e escrita, não surgiu alternativa. Só assim foi conseguido uma amostra suficientemente grande para manter uma diversidade de opiniões e assegurar que os instrumentos fossem suficientemente fiáveis para garantir a fidedignidade das conclusões, o que efectivamente ocorreu. Para além disso, a validação do instrumento de avaliação de *Qualidade de Vida (Quality of Life Profile – Seniors Version)* que se adoptou nesta dissertação, exigia que fosse feita uma amostra alargada para validar o seu uso na população portuguesa.

Um dos pontos interessantes descrito na caracterização da amostra é o ratio Homens/Mulheres que atinge o valor de 3:7. Embora possa parecer um desvio anormal não o é de facto. Nos idosos em geral dos concelhos abrangidos já o ratio Homens/Mulheres é de 4:6. Contudo algumas considerações mais poderão fazer

entender esta diferença. Na amostra do estudo a definição da sua composição quanto à idade e ao género foi estabelecida pela amostra seleccionada no *Lar*, já que a do *Seio Familiar* foi replicada, quase exactamente, a partir desses dados apontando para pessoas de mais idade onde as diferenças entre os géneros são mais acentuadas como vimos no capítulo 1 da Iª parte. Por outro lado a população dos Lares é constituída maioritariamente por viúvos e neste grupo a predominância do género feminino está bem estabelecida.

O tamanho da amostra permitiu ainda concluir que apesar de só ter sido encontrado um factor, na análise de factores, este facto dá ainda mais força ao uso do instrumento da *Qualidade de Vida (Quality of Life Profile-Seniors Version)* utilizado e também à justeza da amostra desta dissertação. Só um valor era realmente esperado, e foi isso que foi encontrado!

Outro resultado que pode ser discutido é a disparidade entre os resultados do CPS (*Construção sobre os Problemas com a Família*) e os das suas duas sub-escalas. Embora a correlação exista e seja altamente significativa em todas as correlações feitas ($p < 0,001$) ela é fraca quando comparamos a variável *Qualidade de Vida* e o valor global da variável *Construção sobre os Problemas com a Família* ($r = -0,228$) e é forte quando comparamos a variável *Qualidade de Vida* com a sub-escala das atribuições no *Self* ($r = 0,648$) e com a sub-escala das atribuições aos *Outros e Interpessoal* ($r = -0,657$) mas de sentidos contrários apontando para a confirmação dos dados referidos por Magalhães (1999) que atribuíam a melhor qualidade de vida nas pessoas que faziam as atribuições ao *Self*.

Mesmo com uma amostra relativamente grande como a deste trabalho, não se podem inferir estas conclusões para populações fora do âmbito geográfico e cultural em que foi feito. Uma população do tipo rural tem condicionantes e motivações para o sentimento de *Qualidade de Vida* que não são de forma alguma semelhantes às de uma população citadina. Seria interessante, em futuras investigações, replicar este estudo utilizando populações mais abrangentes e mais citadinas para se poderem formular conclusões mais genéricas.

Muito embora se tivesse concluído sobre a correlação entre a *Qualidade de Vida* e as *Construções sobre os Problemas com a Família* e se tenha verificado que a *Qualidade de Vida* dos idosos seja mais acentuada no grupo do *Seio Familiar* do que no grupo do *Lar*, não é possível estabelecer uma atribuição causal da responsabilidade da menor *Qualidade de Vida*, encontrada nos residentes no *Lar*, às *Construções sobre os Problemas com a Família*. Esta poderá ser uma futura linha de investigação.

Por fim ressalte-se que a elaboração de um trabalho de investigação que envolve um número elevado de participantes requer do investigador um esforço em matéria de tempo e organização que se torna difícil coadunar com um emprego a tempo inteiro. Apesar dessa limitação de cariz pessoal a que se acrescentou algumas de cariz físico, que conduziu a um atraso na execução do trabalho, este seguiu todos os trâmites estabelecidos para a sua execução.

CONCLUSÕES

Esta investigação partiu de uns poucos trabalhos que apontam para a relação que existe, no idoso, entre a Qualidade de Vida e a forma como ele vê os problemas com a sua própria família.

Em primeiro lugar ressaltou-se que o perfil dos inquiridos foi descrito como sendo uma mulher, que está na transição para a quarta idade, viúva, que tem um baixo grau de instrução, que é fisicamente independente, que possui uma boa qualidade de vida e que constrói os problemas com a sua família com maior incidência no *Self* e não nas relações interpessoais (*Outros e Interpessoal*)

Tendo neste trabalho sido definidos dois objectivos chegou-se às seguintes principais conclusões:

Quanto ao primeiro objectivo o qual procurou estabelecer qual a relação entre a *Qualidade de Vida* do idoso e as *Construções do Idoso sobre os Problemas com a sua Família*, verificou-se que houve uma correlação significativa entre a Qualidade de Vida do Idoso e as construções do Idoso sobre os Problemas com a Família encontrando-se uma relação fraca ($r = -0,228$) quando comparados com o valor total das Construções do Idoso sobre os Problemas com a Família mas fortes quando comparadas com as suas duas sub-escalas, *Self* ($r = 0,648$) e *Outros e Interpessoais* ($r = -0,657$).

Quanto ao segundo objectivo que pretendeu avaliar comparativamente os sistemas de *Domiciliação* dos idosos (no *Seio Familiar* ou em *Lares* de Idosos) no que concerne à *Qualidade de Vida* sentida por eles, verificou-se que houve uma diferença significativa ($p < 0,01$) entre os dois grupos de *Domiciliação* (*Seio Familiar* e *Lar*) quanto à *Qualidade de Vida*. Esta diferença mostrou haver mais qualidade de vida no

grupo que está domiciliado no *Seio Familiar* (média=1,5274 numa escala de valores que vai de -3,3 a +3,3) do que no que habita o *Lar* (média=0,1875 na mesma escala de valores).

Deste modo, pode-se concluir que os idosos que sentem maior *Qualidade de Vida* têm uma maior atribuição ao *Self* na forma como percebem os problemas com a sua família; para os idosos que sentem menor *Qualidade de Vida* houve uma atribuição dos problemas que têm com a família aos outros e nas relações interpessoais, como foi descrito por Magalhães (1999).

Por outro lado, os idosos que vivem em instituições têm menor qualidade de vida que os que vivem no *Seio Familiar*, estando estes resultados em conformidade com os estudos de Queen e Freitag (1978) e de Noro e Aro (1996)

Como são escassos os trabalhos que foram antes elaborados neste sentido poder-se-á prever que este possa ser uma fonte de interesse para futuras investigações, procurando quer confirmar os dados desta presente investigação quer procurando outras ligações entre perspectivas diferentes deste mesmo problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Addington-Hall, j., & Kalra, L. (2001). Who should measure Quality of life? British Medical Journal, 322, 1417-1420.
2. Alarcão, M. (2000). (Des) equilíbrios familiares. 1ª ed. (pp. 31-46). Coimbra: Quarteto.
3. Albuquerque, S. (2002). Assistência domiciliar: Diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crónica [on line]. Disponível :<http://cepea.esalq.usp.br/zip/quali35.pdf>
4. Alexopoulos, G.S. (2000). Depression and other mood disorders. Clinical Geriatrics, 8, (11) 69-82.
5. Almeida, P., & Machado, R. (2002). Avaliação do consumo de medicação por pessoas idosas e a sua relação com a percepção de saúde e bem-estar. Geriatrics, 15, 149 9-18.
6. Alvarenga, C., Sousa, F., Ferreira, J., Romariz, M. & Botelho, A. (1990). A sociedade e o idoso. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 7, (9) 359-360
7. Alvarez, J. (1997a). Population aging and health. British Medical Journal, 315, 1082-1084.
8. Alvarez, J. (1997b). Speaking out for the aging people. British Medical Journal, 315, 1035-1038.
9. Amarantos, E., Martinez, A. & Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. Journals of gerontology- Series A, 56A, (nº especial) 54-64.

10. Andolfi, M. (1980). Terapia familiar. 1ª ed. Barbosa, A. (trans.). Lisboa.
11. Ania Lafuente, B., Suárez Almenara, J. L., Betancort Mastrángelo, C. C. & Guerra Hernández, L. (2000). Evolución de la incapacidad en los supervivientes de una cohorte de ancianos ingresados en una residencia. Revista Española Geriatria e Gerontologia, 35, (5) 290-293.
12. Anstey, K., & Smith, G. (1999). Interrelationships among biological markers of aging, health, activity, acculturation and cognitive performance in late adulthood. Psychology and aging, 14, (4) 605-618
13. Antonucci, T., Jackson, J. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal Y salud: Una perspectiva del transcurso de la vida. In Carstensen, L., Edelstein, B. (1ª ed.), Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social (pp. 129-148), Lianas i Massot, B. (trans.). Barcelona: Martinez Roca.
14. Antonucci, T., Lansford, J., Schaberg, L., Smith, J., Baltes, M., Akiyama, H., Takahashi, K., & Fuhrer, R. (2001). Widowhood and illness: A comparison of social network characteristics in France, Germany, Japan and United States. Psychology and aging, 16, (4) 655-665.
15. Antunes, A. & Guimarães, G. (1998). Reabilitação do idoso no domicílio. Geriatria, 11, (106) 23-26.
16. Aragão, M. J. & Sacadura, R. (1994). A 3ª idade- Que estruturas de apoio. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 11, (4) 280-283

17. Aranda, J. & Horna, A. (2002). Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años em Lima - Perú - Estudio piloto y análisis psicométrico [on line]. Disponible :http://www.geocities.com/adm_peru/adulto.htm#toc
18. Aspray, T. (1994). Health needs of elderly people. British Medical Journal, 309, 412
19. Astudillo, W. & Mendinueta, C. (1997). El síndrome del agotamiento en los cuidados paliativos. In Astudillo, W., Mendinueta, C. & Astudillo, E. (3ª ed.), Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia (pp. 393-403). Pamplona: Eunsa.
20. Augusto, B., Rodrigues, C., Rodrigues, C., Rodrigues, E., Simões, F., Ribeiro, I., Gonçalves, J., Gonçalves, S., Carvalho, R., Aleixo, S., Azevedo, V., Almeida, Z. & Gomes, M. Z.. (2002). Cuidados continuados: Família centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar. 1ª ed. Coimbra: Formasau.
21. Ausloos, G. (1996). A competência das famílias. 1ª ed. Coelho, J. (trans.). Lisboa: Climepsi.
22. Azeredo, Z.. (2001). Como depende o idoso o seu tempo. Geriatrics, 14, 131 45-56.
23. Baarsen, B. (2002). Theories of coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death. Journal of gerontology: Social sciences, 57B, (1) S33-S42.
24. Baltes, M., & Lang, F. (1997). Everyday functioning and successful aging: the impact of resources. Psychology and aging, 12, (3) 433-443.

25. Baltes, M., Werner-Wahl, H.. (1990). Dependencia en los ancianos. In Carstensen, L., Edelstein, B. (1ª ed.), Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social (pp. 40-57), Lienas i Massot, B. (trans.). Barcelona: Martinez Roca.
26. Banerjee, S., Shamash, K., Macdonaldd, A., & Mann, A. (1996). Randomised controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. British Medical Journal, *313*, 1058-1061.
27. Barba, R., Martinez-Espinosa, S., Rodriguez-García, E., Pental, M., Vivancos, J., & Del Ser, T. (2000). Poststroke dementia. Stroke, *31*, 1149-1151.
28. Barnabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L., & Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. British Medical Journal, (316), 1348-1351.
29. Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. Psicologia, *6*, 2, 159-170.
30. Barry, J. (2002). Conflictos familiares y calidad de vida en edad avanzada: un estudio de caso en una comunidad del sur del estado de Nuevo León (México) [on line]. Disponível :<http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/68/8326/part2?++interactivo>
31. Basto, M.E. (1993). Qual o papel da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa face à velhice na capital. Geriatrics, *6*, (59) 17-26.
32. Beach, S., Schulz, R., Yee, J., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a diseable spouse. Psychology and aging, *15*, (2) 259-271.

33. Belsky, J. (2001). Psicología del envejecimiento. 1ª ed Filella, R., (trans.). Madrid: Paraninfo.
34. Berger, L. (1995a). Aspectos biológicos do envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1ª ed.), Pessoas idosas- Uma abordagem global (pp. 99-105), Madeira, A., Silva, F., Abecassis, L. & Rosa, M. (trans.). Lisboa: Lusodidacta.
35. Berger, L. (1995b). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1ª ed.), Pessoas idosas- Uma abordagem global (pp. 157-198), Madeira, A., Silva, F., Abecassis, L. & Rosa, M. (trans.). Lisboa: Lusodidacta.
36. Bermudes, C. (1994). A arte de envelhecer. Geriatrics, 7, 68 44-46
37. Bernard, M. & Phillips, J. (2000). The challenge of ageing in tomorrow's Britain. Aging and society, 20, 33-54.
38. Bernard, M., Phillipson, C., Phillips, J. & Ogg, J. (2001). Continuity and change in the family and community life of older people. The Journal of Applied Gerontology, 20, (3) 259-278.
39. Bessa, D. (1994). Aspectos económicos do envelhecimento. In Paiva, M. & Matos, M. (1ª ed.), Actas do congresso " Envelhecer: os desafios do séc. XXI. Porto.
40. Bimonte, H., Nelson, M., & Granholm, A-C. (2003). Age-related deficits as working memory load increases: relationships with growth factors. Neurobiology of aging, 24, 37-48.

41. Bistué, A. (2001). Mejorar la calidad de vida [on line]. Disponível
:http://psicomundo.com/tiempo/
42. Bland, J., & Altman, D. (2002). Validating scales and indexes. British Medical Journal, 324, 606-607.
43. Borges, L., Reis, E., Llano, S., & Gorjão Clara, J. (2000). O impacto do internamento nas funções cognitivas e emocionais do doente idoso. Geriatrics, 13, 128-36-42.
44. Botelho, M. A. (2000). Autonomia funcional em idosos. Porto: Laboratórios Bial.
45. Botelho, M. A. (2001). Avaliação da autonomia funcional em idosos. In Pinto, A. M. (1ª ed.), Envelhecer vivendo (pp. 57-70), Coimbra: Quarteto .
46. Bowd, A.. (2003). Stereotypes of elderly persons in narrative jokes. Research on aging, 25, (1) 22-35.
47. Brissette, I., Scheier, M. & Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during a life transition. Journal of Personality and Social Psychology, 82, (1) 102-111.
48. Brito, L.. (2001). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. 1ª ed. Coimbra: Quarteto .
49. Broeiro, P., Ramos, V., Tavares, I., Cunha, E., & Amorim, J. (1995). Avaliação dos estados funcionais do idoso. Acta Médica Portuguesa, 8, 279-286.
50. Brun, R. (2002). La soledad de los ancianos. Medicina General, 46, 549.

51. Buil, P. & Espino, J. (1999). Anciano Y familia. Una relación en evolución [online]. Disponible em:<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/bibio1/bsuple3.html>
52. Burr, J., Caro,F., & Moorhead, J.. (2002). Productive aging and civic participation. Journal of aging studies, 16, 87-105
53. Butler, R. (1997). Population aging and health. British Medical Journal, 315, 1082-1084.
54. Butler, R. (1997). Toward a definition of quality of life for na aging society [online]. Disponible :http://www.ilcusa.org/_lib/pdf/f0653-Symposium.pdf
55. Caballero, J. C. (2002). El cuidado domiciliario en la demencia: sistemas de apoyo asistencial. Rev. Española de Geriatria y gerontologia, 26, (sup 2) 46-51.
56. Caballero, J.C., & Ortiz, J. (1991). Demencia y servicios sociales. Rev. Española de Geriatria y gerontologia, 26, (2) 102-108
57. Cabete, D. (2003). Cuidados continuados: uma experiênciã do Hospital em casa. Geriatrics, 15, (150) 10-16.
58. Cabete, D.. (1999). Filosofia e valores de uma intervenção comunitária. Geriatrics, 11, (113) 21-24.
59. Candessus, B., Bonjean, M., Spector, R.. (1995). crisis familiares y ancianidad. In (1ª ed.), Massot, B. (trans.). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

60. Cantera, I. (2000). Ejercicio físico, movilidad y habilidades de la vida diaria. In Fernandez-Ballesteros, R. (1ª ed.), Gerontología Social (pp. 511-517). Madrid: Psicología Pirámide.
61. Carder, P. (2002). The social world of assisted living. Journal of Aging Studies, 16, 1-18.
62. Carmona, F. (1995). Idosos. Psiquiatría Clínica, 16, 2 117-125.
63. Carr, A, & Higginson, I. (2001). Are quality of life measures patient centred. British Medical Journal, 322, 1357-1360.
64. Carr, A, Gibson, B., & Robinson, P.. (2001). Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? British Medical Journal, 322, 1240-1243.
65. Carraça, I. (1990). Psicodinamia do envelhecimento- Mecanismos psicológicos de defesa. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 7, 6 233-237
66. Carstensen, L. (1990). Cambios relacionados com la edad en la actividad social. In Carstensen, L., Edelstein, B. (1ª ed.), Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social. (pp. 58-73), Lienas i Massot, B. (trans.). Barcelona: Martinez Roca.
67. Castelblanque, E., & Cuñat, V. (2002). Quienes son ancianos fragiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 anos del area sanitaria de Guadalajara (I). Medicina General, 46, 443-459.

68. Castelblanque, E., & Cuñat, V. (2002). Quienes son ancianos fragiles-ancianos de risco? Estudio en personas mayores de 65 anos del area sanitaria de Guadalajara (III). Medicina General, 47, 667-680.
69. Castelblanque, E., & Cuñat, V. (2002). Quienes son ancianos fragiles-ancianos de risco? Estudio en personas mayores de 65 anos del area sanitaria de Guadalajara (II). Medicina General, 46, 559-583.
70. Chu, L. (1997). The effects of social and family support on the elderly individual' physical function [on line]. Disponível :http://www.otpt.ups.edu/gerontological_resources/gerontology_manual/DeRoche
71. Clarck, D. (2003). Entre a esperança e a aceitação: a medicalização da morte. British Medical Journal- Edição em Português, XII, (3) 126-128.
72. Climo, J., Terry, P., & Lay, K. (2002). Using the double bind to interpret the experience of custodial grandparents. Journal of Aging Studies, 16, 19-35.
73. Cordonnier, M., Tabera, E. & Olivera, I. (2000). Maltrato hacia los ancianos [on line]. Disponível :<http://psicomundo.com/tiempo/>
74. Correia, J. (2003). Introdução à gerontologia. 1ª ed. Lisboa: Universidade aberta .
75. Correia, M.G. (1993). O idoso: o seu sentir e o seu viver. Geriatria, 6, (53) 18-24.
76. Costa, E. (1998). Gerontodrama- A velhice em cena. 1ª ed. São Paulo: Ágora.
77. Costa, M. A. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In Departamento de edições da Formasau (1ª ed.), O idoso-Problemas e realidades (pp. 7-22). Coimbra: Formasau.

78. Couto, F., Guerreiro, M., Martins, J.M., Carlos, G. (1997). Avaliação do estado mental dos idosos de um lar da região de Lisboa. Geriatrics, 10, (94) 17-20.
79. Couvreur, C. (2001). A Qualidade de Vida. 1ª ed. Rosa, M. (trans.). Loures: Lusociência.
80. Cuesta, M. & Tortosa, J. (2002). La jubilación. 1ª ed. Psicología del envejecimiento (pp. 111-122), Madrid: Pirâmide .
81. Cunha, M., Cunha, A. e Frazão, C. (1994). Reformar ou re-formar: um desafio para o século XXI. In Paiva, M. C. (1ª ed.), Actas do congresso "Envelhecer: os desafios do século XXI". Porto.
82. David, A., Fernandes, C. & Firmino, H.. (1996). Alzheimer- o doente, a família e a instituição. Geriatrics, 9, (81) 8-15.
83. David, A.C., Godinho, A.L., Fernandes, C., & Firmino, H. (1995). O viver do idoso- que adaptação? Psiquiatria Clínica, 16, 1 63-79.
84. Debert, G. (1999). A construção e reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In Neri, A. & Debert, G. (1ª ed.), Velhice e sociedade (pp. 41-68). Campinas: Papirus.
85. Dellmann-Jenkins, M. & Brittain, L. (2003). Young adults' attitudes toward filial responsibility and actual assistance to elderly family members. The Journal of Applied Gerontology, 22, (2) 214-229.
86. DeRoche, T. (1996). Caring for the aging parent [on line]. Disponível :http://www.otpt.ups.edu/gerontological_resources/gerontology_manual/DeRoche

87. Dias, C. (2001). Iatrogenia no idoso. Geriatrics, 14, (138) 35-40.
88. Dias, C. (2002). Síndromas geriátricos. Geriatrics, 15, (145) 15-20.
89. Doraiswamy, P., Khan, Z., Donahue, R. & Richard, N. (2002). The spectrum of quality of life impairments in recurrent geriatric depression. Journals of gerontology-Medical sciences, 57A, (2) M134-M137.
90. Drentea, P. (2002). Retirement and mental health. Journal of aging and health, 14, (2) 167-194.
91. Ebrahim, S., & Kalache, A. (1998). Greater attempts must be made to promote positive roles for elderly people. British Medical Journal, 316, 148.
92. Egger, M. (2001). Commentary: When, where and why do preventive home visit work. British Medical Journal, 323, 1-9
93. Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D., & Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: sistematic review and meta-analysis. British Medical Journal, 323, 1-9
94. Ermida, J. & Veríssimo, M. (1999). Termalismo e gerontologia. Geriatrics, 12, (118) 15-18.
95. Ermida, J. (1996). Avaliação Geriátrica compreensiva. Geriatrics, 9, (84) 5-12.
96. Ermida, J. (1999). Assistência ao idoso em Portugal. Geriatrics, 13, (122) 5-9.
97. Ermida, J. (1999). Processo de envelhecimento. In Departamento de edições da Formasau (1ª ed.), O idoso-Problemas e realidades (pp. 41-50), Coimbra: Formasau.

98. Evans, J. (1995). Long term care in later life. British Medical Journal, 311, 644.
99. Fagulha, T., Duarte, M. E. & Miranda, M.J. (2000). A "Qualidade de vida": Uma nova dimensão psicológica. Psychologica, 25, 5-17.
100. Falcão, M. (2001). Alterações do gosto do idoso. Geriatrics, 14, (134)10-16.
101. Farsides, B., & Dunlop, R. (2001). Is there such a thing as a life not worth living. British Medical Journal, 322, 1481-1483.
102. Feitosa, M. A. (2001). Envelhecimento sensorial: A pesquisa básica e implicações para qualidade de vida. Psychologica, 28, 159-175.
103. Feldman, R. (2001). Compreender a psicologia. 5ª ed. Neto, L., Santos, S. Perloiro, M. F. & Azevedo, M. M. (trans.). Amadora: McGraw Hill.
104. Fernandes, A. (1997). Velhice e sociedade. 1ª ed. Oeiras: Celta editora .
105. Fernandes, H. & Silva, N. (2003). Recondicionamento do esforço. Geriatrics, XV, 155 38-47.
106. Fernandes, P. (2002). A depressão no idoso. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.
107. Ferrans, C. & Powers, M. (1984). Items for subscales for the quality of life index (QLI) - Nursing home III version [on line]. Disponível :<http://www.uic.edu/orgs/pli/questionnaires/pdf/genericversionIII/generic3subscaleitems>
108. Ferreira, P. & Neves, C. (2002). Qualidade de vida e diabetes. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 18, (6) 402-408.

109. Ferrer, A. (2000). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. In Fernandez-Ballesteros, R. (1ª ed.), Gerontologia Social (pp. 167-195), Madrid: Psicología Pirámide.
110. Feskens, J., Harekes, L., Kalmijn, S., Knijff, Launer, L., & Kromhout, D. (1994). Apolipoprotein e4 allele and cognitive decline in elderly men. British Medical Journal, *309*, 1202-1206
111. Figueiredo, D., & Sousa, L. (2002a). CUIDE (Cuidadores de idosos da Europa)- Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. Geriatria, *15*, (144) 15-19.
112. Figueiredo, D., & Sousa, L. (2002b). CUIDE (Cuidadores de Idosos da Europa): Um instrumento de avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados a idosos. Psychologica, *31*, 153-159.
113. Finkel, D., & Pedersen, N. (2000). Contribution of age, genes, and environment to the relationship between perceptual speed and cognitive ability. Psychology and aging, *15*, (1) 56-64.
114. Fiscella, K., & Franks, P. (1997). Poverty or income inequality as predictor of mortality: Longitudinal cohort study. British Medical Journal, *314*, 1724.
115. Fleck, M. (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (whoqol) [on line]. Disponível :<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>
116. Flórez, S. (1999). Duelo [on line]. Disponível :www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple3/suple25.html

117. Fontaine, R. (2000). Psicologia do envelhecimento. In (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
118. Ford, A., Haug, M., Stange, K., Gaines, A., Noelker, L. & Jones, P. (2000). Sustained Personal Autonomy. Journal of aging and health, 12, (4) 470-489.
119. Fung, H., Cartensen, I., & Lutz, A. (1999). Influence of time on social preferences: implications for life span development. Psychology and aging, 14, (4) 595-604.
120. Fuster, E. & Ochoa, G.. (2000). Psicología Social de la familia. 1ª ed. Barcelona: Paidós.
121. Gale, C., Martyn, C., & Cooper, C. (1996). Cognitive impairment and mortality in a cohort of elderly people. British Medical Journal, 312, 608-611.
122. Gall, J. & Szwabo, P. (2002). Psychosocial aspects of aging. Clinical geriatrics, 10, (5) 48-52.
123. Gameiro, J. (1998a). Terapia com a família. In Gameiro, J. (2ª ed.), Quem sai aos seus... Porto: Edições Afrontamento.
124. Gameiro, J. (1998b). Epistemologia da terapia familiar. In Gameiro, J. (2ª ed.), Quem sai aos seus... Porto: Edições Afrontamento.
125. Gaminde, I. (1999). Gerontologia social [on line]. Disponível: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple2.html>
126. Garcia Sierra, J. L. (1993). Centros y hospitales de día geriátricos en España. Geriatrics, 6, 29-37.

127. Garcia, C. (1988). Panorâmica sobre a velhice. Uma introdução. Psicologia, 6, 2
131-133
128. Gignac, M., Cott, C. & Badley, E. (2002). Adaptation to disability: Applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. Psychology and aging, (17), 3 520-524.
129. Gimeno, A. (2003). A família: O desafio da diversidade. 1ª ed. Chris Chrystello (trans.). Lisboa: Instituto Piaget.
130. Gloss, T., Leon, C., Marotolli, R., & Berkman, L. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. British Medical Journal, 319, 478-483.
131. Góngora, J. C. (2002). Familia y enfermedad: Problemas y técnicas de intervención. Psychologica, 31, 63-83.
132. Gosling, S., Ko, S., Marmarelli, T., & Morris, M. (2002). A room with a cue: Personality judgements based on offices and bedrooms. Journal of Personality and Social Psychology, 82, (3) 379-398.
133. Grande, N. (1994). Linhas mestras para uma política nacional da terceira idade. Geriatrics, 7, (68) 6 -10.
134. Greenberg, L. & Lantz, M. (2002). Recognition and management of depression in patients with terminal illness. Clinical Geriatrics, 10, (7) 26-32.
135. Guimarães, P. (1998). O estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso corpuscular. Geriatrics, 11, (101) 11-20.

136. Haastregt, J., Diedericks, J., Rossum., & Witte, L. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: Systematic review. British Medical Journal, 320, 754-758.
137. Haynie, D., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M. & Zarit, S. (2001). Syntoms of depression in the oldest old: a longitudinal study. Journal of gerontology: Psychological sciences, 56B, (2) P111-P118.
138. Hennezel, M. & Leloup, J.-Y. (2000). A arte de morrer. (2ª ed.) Franco, G. (trans.). Lisboa: Notícias editorial.
139. Higginson, I., & Carr, A. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. British Medical Journal, 322, 1297-1300.
140. Hogan, D. (1999). Effects of age and disease on disability in the very elderly [on line]. Disponível :<http://www.mmhc.com/cg/articles/cg0001/hogan.html>
141. Hormigo, G. (1996). Saúde do idoso: Reflexões para a mudança. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 13, (1) 23-27.
142. Hughes, C., Lapane, K., & Mor, V. (1999). Impact of legislacion on nursing home care in the United States: lessons from United Kingdom. British Medical Journal, 319, 1060-1063.
143. Instituto Nacional de Estatística (2004). População residente, segundo o grupo etário e sexo [on line]. Disponível :http://www.ine.pt/prodserv/censos_prov/censos_prov.asp?quadro=6&fregues=0

144. Instituto Nacional de Estatística (INE). (1999). As gerações mais idosas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística (INE) .
145. Instituto Nacional de Estatística (INE). (2000). Esperança de vida sem incapacidade física de longa duração. 1ª ed. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística (INE).
146. Jones, E. (1999). Terapia dos sistemas familiares. 1ª ed Andersen, F. (trans.). Lisboa: Climepsi
147. Katschnig, H. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. In Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (1ª ed.), Calidad de vida en los trastornos mentales. Castells, X. & Bernad, L. (trans.). Barcelona: Masson.
148. Katz, S. & Marshall, B. (2003). New sex for old: lifestyle, consumerism and the etics of aging well. Journal of aging studies, 17, 3-16.
149. Kellerhals, J., Troutot, P-Y. & Lazega, E. (1989). Microsociologia da família. 1ª ed. Guerreiro, M. D. (trans.). Mem Martins: Publicações Europa -América.
150. Kennedy, B., Kawachi, I., Glass, R., & Prothrow-Smith, D. (1998). Income distribution, socioeconomic status and self rated health in the United States: Multilevel analysis. British Medical Journal, 317, 917-921.
151. King, R. (1996). Volunteerism by the elderly as na intervention for promoting successful aging [on line]. Disponível: http://otpt.ups.edu/Gerontological_Resourses/Gerontology_Manual/King-R.html

152. Krause, N. (2000). Role-specific feelings of control and mortality. Psychology and aging, 15, (4) 617-626.
153. Krause, N., & Shaw, B. (2002). Wellfare participation and social support in late life. Psychology and aging, 17, (2) 260-270.
154. Kübler-Ross, E.. (1997). Sobre a morte e o morrer. (7^a ed.). Menezes, P. (trans.). São Paulo: Martins Fontes.
155. Lang, F., & Carstensen, L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals and social relationship. Psychology and aging, 17, (1) 125-139.
156. Lantz, M. & Buchulter, E. (2002). Depression, anxiety and diabetes: Psychiatric treatment leads to increase in compliance. Clinical Geriatrics, 10, (6) 26-28.
157. Lantz, M. (2002). Depression in the elderly: Recognition and treatment. Clinical Geriatrics, 10, (10) 18-24.
158. Lawlor, D., & Hopker, S. (2001). The effectiveness of exercise as na intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. British Medical Journal, 322, 1-8.
159. Lawton, M. (1975). Lawton's PGC morale scale [on line]. Disponível :<http://web.mit.edu/faculty/reports/sqol.pdf>
160. Leitão, O. (2000). Envelhecer- O que é? Geriatrics, 13, (122) 5-9.
161. Leite, N. (2002). Mídia expõe imagem negativa de idosos [on line]. Disponível :<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env09.htm>

162. Lessa, A, Rendas, A, Samouco, M. H., Botelho, M. A, Ramilo, M. T.. (1994). Imagem e capacidade funcional da pessoa idosa. 1ª ed). Lisboa: Editora Internacional.
163. Levy, B., Slade, M., Kunkle, S. & Kasl, S. (2002). Longevity increase by positive self-perceptions of aging. Journal of Personality and Social Psychology, 83, (2) 261-270.
164. Liang, J., Krause, N. & Bennett, J. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? Psychology and aging, 16, (3) 511-523.
165. Lima, A. & Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velice. Psicologia, 6, 2 .149-158
166. Linhares, L. & Cunha, L. (1999). A importância do enfermeiro nos cuidados ao idoso. Geriatrics, 11, (111) 11-14.
167. Lopes, J. (1993). Aspectos medico-legais do envelhecimento. Geriatrics, 6, (59) 5-11.
168. Lynch, J., Smith, G., Kaplan, G., & House, J. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment or material conditions. British Medical Journal, 320, 1200-1204.
169. Machado, J. P. (1998). A felicidade e o sofrimento na vida humana. Acção Médica, 62, (3) 43-50.

170. Magalhães, S. (1999). Sistemas psicoterapêutico, processos narrativos e psicoterapia (estudo exploratório). Dissertação de mestrado não publicada da Universidade de Coimbra.
171. Mailloux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1ª ed.), Pessoas idosas- Uma abordagem global (pp. 99-105), Madeira, A., Silva, F., Abecassis, L. & Rosa, M. (trans.). Lisboa: Lusodidacta.
172. Mailloux-Poirier, D. (1995). Distrair-se. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1ª ed.), Pessoas idosas- Uma abordagem global (pp. 553-560), Madeira, A., Silva, F., Abecassis, L. & Rosa, M. (trans.). Lisboa: Lusodidacta.
173. Malcata, F. (2003). O idoso, a nutrição e a sociedade: considerações sobre a quantidade e qualidade de vida. Geriatrics, 15, (151) 23-41.
174. Mañas, L.. (2000). Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. In Fernandez-Ballesteros, R. (1ª ed.), Gerontologia Social (pp. 153-160). Madrid: Psicología Pirámide.
175. Mann, D. (1997). Molecular biology's impact on our understanding of aging. British Medical Journal, 315, 1078-1081.
176. Marks, R., Allegrante, J., McKenzie, C., & Lane, J. (2003). Hip fracture among elderly: causes, consequences and control. ageing research reviews, 2, 57-93.
177. Maroto, A. (2000). Aspectos legales y consideraciones éticas básicas relacionadas com las personas mayores. In Fernandez-Ballesteros, R. (1ª ed.), Gerontologia Social (pp. 296-303). Madrid: Psicología Pirámide .

178. Marshall, V., Clarke, P. & Ballantyne, P. (2001). Instability in the retirement transition. Research on aging, 23, (4) 379-409.
179. Martinez, A. & Correia, F. (1997). O idoso e a família. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 14, (5) 327-335.
180. Martins, R., Gomes, C., & Sobral, F. (2002). Exercício físico no idoso- Estudo comparativo da condição física num grupo de idosas sedentárias, antes e após um programa de exercícios físicos. Geriatrics, 15, (147) 9-18.
181. Mauro, S., Leotta, C., Giuffrida, F., Distefano, A, & Grasso, M. (2003). Suicides and the third age. Archives of gerontology and Geriatrics, 36, 1-6.
182. McMurdo, M.. (2000). A healthy old age: realistic or futile goal?. British Medical Journal, 321, 1149-1151.
183. Meeks, S., Murrell, S., & Mehl, R. (2000). Longitudinal relationship between depressive symptoms and health in normal older and middle-age adults. Psychology and aging, 15, (1) 100-109.
184. Memarzia, M. (1997). Avaliação das dificuldades dos familiares dos doentes de Alzheimer pelo terapeuta ocupacional. Geriatrics, 10, 96 11-19.
185. Mendonça, A., Mendes, T., Guerreiro, M., Ribeiro, F. & Garcia, C. (2003). Defeito Cognitivo no idoso. Pathos, XIX, (1) 5-8.
186. Mendonça, F., Martinez, M.A, & Rodrigues, M. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. Geriatrics, 13, (127) 33-

187. Meryn, S., & Jadad, A. (2001). The future of men and their health. British Medical Journal, 323, 1013-1014.
188. Mestre, O. (1999). O envelhecimento e a mobilização. Prevenção de acidentes. Geriatria, 12, (116) 18-27
189. Metz, D. (2000). Innovation to prevent dependency in old age. British Medical Journal, 320, 460-461.
190. Mitchell, J. & Kemp, B. (2000). Quality of life in assisted living homes: a multidimensional analysis. Journals of gerontology- Psychological sciences, 55B, (2) P117-P127.
191. Molaer, D, McWilliams, B., Brayne, C., Johnson, T., & Bond, J. (1999). Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. British Medical Journal, (318), 1108-1111.
192. Monchietti, A. & Krzemien, D. (2000). Participación social y estilo de vida. Su relación com la calidad de vida en la vejez [on line]. Disponível :<http://psicomundo.com/tiempo/>
193. Monte, C., Alonso, J.C., Cabal, A., & Iglesias, A. (1995). Capacidad funcional en mayores de 80 años. Atencion Primaria, 15, (3) 176-178.
194. Montecinos, H. (2003). Inmovilidad en el anciano [on line]. Disponível :http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria/geriatria_manual/geriat_M_44.html

195. Montorio, I. & Carrobles, J. (2000). Comportamento y salud. Promoción de la salud. In Montorio, I. & Izal, M. (1ª ed.), Intervención psicológica en la vejez (pp. 15-32). Madrid: Editorial Síntesis.
196. Moragas, R.. (2000). Preparacion para la jubilación. In Fernandez-Ballesteros, R. (1ª ed.), Gerontologia Social (pp. 453-457). Madrid: Psicología Pirámide.
197. Morais, L. (1999). Apoio familiar ao idoso. Geriatrics, 12, (118) 28-30.
198. Moreira, M. (2000). Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento. Dissertação de mestrado não publicada da Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz.
199. Moreno, M., Beltrán, C., Alfaro, N. & Roaf, P. (2001). Prevalencia de depresion en adultos mayores en poblacion urbana. Revista Española de Geriatria e Gerontologia, 36, (3) 140-144.
200. Motte, C. & Tortosa, J. (2002). Envejecimiento social. 1ª ed. Psicología del envejecimiento (pp. 95-110). Madrid: Pirâmide.
201. Muldoon, M., Barger, S., Flovy, J., & Manuck, S. (1998). What are quality of life measurements measuring? British Medical Journal, 316, 542-545.
202. Nakachi, K, Eguchi, H., & Imai, K. (2003). Can teatime increase one's lifetime. Ageing Research Reviews, 2, 1-10.
203. Nazareth, J. (1988). O envelhecimento demográfico. Psicologia, 6, 2 135-147.
204. Negreiros, T. (2003). Quantidade e qualidade de vida. In Negreiros, T. (1ª ed.), A nova velhice. Rio de Janeiro: Revinter.

205. Neri, A. & Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. In Neri, A. & Debert, G. (1ª ed.), Velhice e sociedade (pp. 113-140). Campinas: Papyrus .
206. Neto, M. (2002). Sexualidade dos idosos. Geriatrics, 15, (148) 29-33.
207. Nina, E. & Paiva, C. (2001). Idosos rurais e urbanos: estudo comparativo. Geriatrics, XIV, 138 9-32.
208. Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. Psychology and aging, 17, (1) 161-168.
209. Novo, R. (2002). A avaliação da personalidade na idade adulta avançada: Objectivos e metodologias em análise. Psychologica, 31, 139-151.
210. Nunes, B. (1991). Os idosos no concelho de Alfândega da Fé. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 8, (8) 237-241
211. Nunes, I. & Alves, P. (2003). As dificuldades sentidas pela família do doente com AVC no domicílio- contributos para melhor cuidar. Geriatrics, XV, (153) 10-19.
212. Nunes, J. (1987). Movimentação no idoso. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 4, 20, 23-29.
213. Nunes, J. S. (2001). O homem a envelhecer- A vida afectiva. Geriatrics, 14, (134) 17-27.
214. Osborne, C., Hooper, R., Swift, C. & Jackson, S. (2003). Explicit, evidence-based criteria to assess the quality of prescribing to elderly nursing home residents. Age and Ageing, 32, 102-108.

215. Oliveira, J. H. (2002). Ansiedade face à morte: Uma abordagem diferencial. Psychologica, 31, 161-176.
216. Oyarzabal, M., Cebrián, C., Escós, C. & López, R.. (1993). Un sistema de citación eficaz para realizar entrevistas a las personas mayores de 65 años. Atención Primaria, 12, (4) 224-226.
217. Pacheco, A., & Lucas, J. (2000). Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional. Geriatrics, 13, (121) 17-20.
218. Paiva, C., Ribeiro, D. & Barbosa, T. (1994). Bem-estar e participação social do idoso: Contributos para a sua valorização. In Paiva, M. C. (1ª ed.), Actas do congresso "Envelhecer: os desafios do século XXI". Porto.
219. Palmer, K., Backman, L., Winblad, B. & Fratiglioni, L. (2003). Detecção da doença de Alzheimer e demência na fase pré-clínica: estudo de coorte populacional. British Medical Journal- Edição em Português, XII, (4) 151-153.
220. Parada, F. & Pereira, C. (2003). Imobilidade- Bases fisiopatológicas. Geriatrics, XV, 153 36-45.
221. Parmelee, P., Lawton, M. & Katz, I. (1998). The structure of depression among elderly institution residents: Affective and somatic correlates of physical Frailty. Journals of gerontology- Medical sciences, 53A, (2) M155-M162.
222. Paschoal, S. (2000). Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação de mestrado não publicada da Universidade de S. Paulo.

223. Paúl, M. C. (1993). A depressão em idosos: Estudo exploratório. Análise Psicológica, 4, XI 609-617.
224. Paúl, M. C. (1997). Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente. 1ª ed. Coimbra: Almedina.
225. Pereira, D. (2002). Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho no grupo de terceira idade "amor e carinho" de Santa Teresinha de Itaipu-PR. Dissertação de mestrado não publicada da Universidade de Florianópolis.
226. Pereira, F. (2002). Cuidados continuados, um desafio dos cuidados de saúde primários. Geriatrics, XV, 146 33-40.
227. Pereira, G. (2003). Terapia cognitiva da depressão no idoso. Geriatrics, 15, (150) 17-32.
228. Pereira, P. (2000). Avaliação das condições de segurança, higiene e saúde nos estabelecimentos de apoio aos idosos. Geriatrics, 13, (125) 23-26.
229. Pestana, M. H. & Gageiro, J. (2003). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo .
230. Peterson, B. (2002). Longitudinal analysis of midlife generativity, intergenerational roles and caregiving. Psychology and aging, 17, (1) 161-168.
231. Peto, R., & Doll, R. (1997). There is no such thing as aging. British Medical Journal, 315, 1030-1032.
232. Pimentel, L. (2001). O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias. 1ª ed. Coimbra: Editora Quarteto .

233. Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well-being in late life: A meta-analysis. Psychology and aging, 15, (2) 187-224.
234. Pipaón, I., Oteiza, M. & Corera, C. (1999). Encuesta sobre redes de apoyo y provisión de cuidados a personas ancianas com limitación permanente de la actividad [on line]. Disponível: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple3/suple25.html
235. Pitt, B. (1998). Loss in late life. British Medical Journal, 316, 1452-1454.
236. Pontillo, D., Lanz, A. & Stein, M. (2002). Management and treatment of anxiety disorders in the older patient. Clinical Geriatrics, 10, (10) 38-49.
237. Ponzetto, M., Zancocci, M., Maero, B., Giona, E., Francisetti, F., Nicola, E., & Fabris, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. Archives of gerontology and geriatrics, 36, 83-91.
238. Prutkin, J. (2002). A history of quality of life measurements [on line]. Disponível:<http://ymtdl.med.yale.edu/theses/available/etd-12042002152900/unrestricted/Prutkin2002.pdf>
239. Quaresma, M. (1994). O papel da família e da comunidade local. In Paiva, M. & Matos, M. (1ª ed.), Actas do congresso "Envelhecer": os desafios do séc. XXI Porto
240. Quaresma, M. L. (1988). Política da velhice. Análise e perspectivas. Psicologia, 6, 2 - 227-237.

241. Queiroga, S. (2002). O papel da animação Socio-cultural na inserção social. Geriatrics, 15, (141) 33-39.
242. Quintela, M. J. (2001). O papel dos lares de 3ª idade. Geriatrics, 14, (136) 37-45.
243. Raphael, D., Renwick, R., Brown, I. (1996). The quality of life profile - Seniors - Full version. 1ª ed. Toronto: University of Toronto .
244. Raphael, D., Brown, I., Smith, T. & Renwick, R. (1996). Development and properties of the short and brief versions of the quality of life profile - Seniors version. 1ª ed. Toronto: University of Toronto.
245. Rebelo, A. (1996). Prestadores de cuidados informais- O idoso com 80 ou mais anos, na freguesia de Moreira da Maia. Geriatrics, 9, (81) 22-28.
246. Reis Jr., J.. (2000). Para um prolongamento da esperança de vida com saúde no limiar do novo milénio. Geriatrics, 13, (127) 13-20.
247. Rejeski, W., Focht, B., Messier, S., Morgan, T., Pahor, M. & Penninx, B. (2002). Obese, older adults with knee osteoarthritis: Weight loss, exercise and quality of life. Health Psychology, 21, (5) 419-426.
248. Relvas, A. (1989). Morte e luto na família- uma abordagem sistémica. Psicologia Clínica, 1, 49-59
249. Relvas, A. P. (1999). Conversas com famílias. 1ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
250. Relvas, A. P. (2000). Por detrás do espelho. 1ª ed. (pp. 31-46). Coimbra: Quarteto.

251. Reiquixa, A. (1999). Disfunção erétil no idoso. Geriatrics, 12, (116) 5-10.
252. Ribeiro, A. (1998). A terapia ocupacional na comunidade- um contributo para a melhoria da qualidade de vida. Geriatrics, 11, (109) 24-30.
253. Rodrigues, F. (1994). Discriminação pela mais-idade: concepções e práticas "idosistas". In Paiva, M. C. (1ª ed.), Actas do congresso "Envelhecer: os desafios do século XXI". Porto.
254. Rodriguez, G. (2000). Aportación de los mayores en la familia. 1ª ed. Mayores Solidarios. Madrid: Caritas Española Editores .
255. Rodriguez, J.A. (2000). Vejez y sociedad: dimensiones psicosociales. In Fernandez-Ballesteros, R. (1ª ed.), Gerontologia Social (pp. 229-239), Madrid: Psicología Pirámide.
256. Rodríguez, M. (1999). Sociología de los mayores. 1ª ed. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
257. Royo, M.T. (2000). Vejez y sociedad: la familia y el trabajo. In Fernandez-Ballesteros, R. (1ª ed.), Gerontologia Social (pp. 241-249). Madrid: Psicología Pirámide.
258. Rozas, A. & Rabadán, O.. (2000). Deterioro atencional en la vejez. Revista Española Geriatria e Gerontologia, 35, (5) 283-289.
259. Ryan, E. , Kennaley, D. & Pratt, M. (2000). Evaluations by staff, residents and community seniors of patronizing speech in the nursing home: Impact of passive, assertive or humorous responses. Psychology and aging, 15, (2) 272-285.

260. Salkeld, G., Cameron, I. D., Cumming, R., Seymour, J., Kurrle, & S. Quine, S. (2000). Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: A time trade off study. British Medical Journal, 320, 241-246.
261. Sampaio, D. & Gameiro, J. (1998). Terapia familiar. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
262. Sánchez,C., Antolín, J., Carbajo, N., Carmona, R., López, M. & Juarez, A. (2001). Incidência e factores predictores de inmovilización crónica en ancianos mayores de 75 años que vivem en la comunidad. Revista Española de Geriatria e Gerontologia, 36, (2) 103-108.
263. Santos, F. (2001). Relação com o idoso- a propósito de um protocolo de investigação gerontológica. Edições Universidade Moderna do Porto, 3, 111-118.
264. Santos, G. (2002). Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice [on line]. Disponível :<http://www.pucrs.br/uni/poa/psico/index>
265. Sanz, L.M. (2002). Tercera edad y calidad de vida. 1ª ed. Barcelona: Ariel editores .
266. Saraceno, S.. (1997). Sociologia da família. 1ª ed. Azevedo, M.F. (trans.). Lisboa: Editorial Estampa.
267. Saxena, S., O'Connell, K., & Underwood, L. (2002). Cross cultural quality of life assesement at the end of life. The gerontologist, 42, 81-85.

268. Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V. & Ahadi, S. (2002). Culture, personality and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. Journal of Personality and Social Psychology, 82, (4) 582-593.
269. Sebastião, M. L. (2002). O homem a envelhecer- O outono da vida. A perspectiva de enfermagem. Geriatrics, 15, (147) 31-36.
270. Secretaria da Saúde e Segurança Social dos Açores. (1993). Declaração de princípio do conselho da União Europeia e dos Ministros dos Assuntos Sociais. In (1ª ed.), Album do Ano Europeu de idosos e da solidariedade entre gerações. Ponta Delgada: Secretaria da Saúde e Segurança Social dos Açores.
271. Silva, A. & Lima, J. (2002). Ser idoso- Estudo de uma população. Geriatrics, XIV, 140 12-18.
272. Silva, J. & Saldanha, C. (1993). Envelhecimento e modificações bioquímicas das membranas celulares. In Carraçeta, M. & Pádua, F. (1ª ed.), Geriatrics Clínica (pp. 35-51). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
273. Silva, M. E., & Peralta, E. (2002). Perspectivas da velhice em idosos com diferentes situações de vida. Geriatrics, 15, (148) 9-16.
274. Silva, M. E.. (1996). Um psicólogo num centro de dia para a 3ª idade: relato de uma experiência. Geriatrics, 9, (89) 14-21.
275. Silva, M.E. (1998a). A psicogerontologia no comportamento e na afectividade: uma reflexão. Geriatrics, 11, (107) 18-22.
276. Silva, M.G. (1998b). Apoios domiciliários ao idoso. Geriatrics, 11, (107) 16-17.

277. Small, G. (2002). What we need to know about age related memory loss. British Medical Journal, 324, 1502-1505.
278. Smith, J., & Baltes, P. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. Psychology and aging, 12, (3) 458-472.
279. Solberg, E., Diener, E., Wirtz, D., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Wanting, having and satisfaction: Examining the role of desire discrepancies in satisfaction with income. Journal of personality and social psychology, 83, (3) 725-734.
280. Sousa, L. & Figueiredo, D. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem estar. Psicologica, 25, 19-24.
281. Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2002). Easycare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). Revista de Estatística.
282. Steverink, N., Westerhof, G., Bode, C. & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources and subjective well-being. Journals of gerontology- Psychological sciences, 56B, (6) P364-P373.
283. Stewart-Brown, S. (1998). Emotional wellbeing and its relation to health. British Medical Journal, 317, 1608-1609.
284. Stiles, M., Koren, C., & Walsh, K. (2002). Identifying elder abuse in the primary care setting. Clinical Geriatrics, 10, (7) 33-41.
285. Stott, P. (2003). A incapacidade nos idosos. Update, 14, (161) 14-20.

286. Sturm, R., & Gresenz, C. (2002). Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: National survey. British Medical Journal, 324, 1-5.
287. Swift, C. (2001). Falls in late life and their consequences- implementing effective services. British Medical Journal, 322, 855-857.
288. Szinovacz, M., De Viney, S. & Davey, A. (2001). Influences of family obligations and relationships on retirement: Variations by gender, race and marital status. Journals of gerontology- Social sciences, 56B, (1) S20-S27.
289. Tennstedt, S. (1999). Family caregiving in a aging society [on line]. Disponible :<http://www.aoa.dhhs.gov/caregivers/famcare.html>
290. The British Academy (2001). The quality of life in the european Union: a social research agenda [on line]. Disponible :http://www.britac.ac.uk/news/_pdfs/ba-quallife1200.pdf
291. Thomése, F. & Tilburg, T. (2000). Neighbouring networks and environmental dependency. Differential effects of neighbourhood characteristics on the relative size and composition of neighbouring networks of older adults in the Nederland. Aging and society, 20, 55-78.
292. Tortosa, J. & Motte, C. (2002). Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. In Tortosa, J. (1ª ed.), Psicología del envejecimiento. Madrid: Ediciones Pirámide.
293. Tortosa, J. (2002). Malos tratos en personas mayores. In Muñoz, J. (1ª ed.), Psicología del envejecimiento (pp. 133-148), (trans.). Madrid: Ediciones Pirámide.

294. Tracana, I., Santos, F., Caetano, C., Sotto Mayor, M., & Varandas, I. (2000). Estudo de uma população idosa institucionalizada- Avaliação dos níveis de comprometimento cognitivo e funcional. Geriatrics, 13, (128) 45-56.
295. Triadó, C. & Villar, F. (2002). Las relaciones entre abuelos y niets: un estudio exploratorio sobre el rol del abuelo [on line]. Disponível :<http://psicomundo.com/tiempo/>
296. Tucker, J., Schwartz, J., Clarck, K., & Friedman, H. (1999). Age related changes in the associations of social network ties with mortality risk. Psychology and aging, 14, (4) 564-571.
297. Valente, P.. (2001). Risco de institucionalização do idoso. Geriatrics, 14, 133 16-20.
298. Vandenplas-Holper, C. (2000). Desenvolvimento Psicológico na idade adulta e durante a velhice (Maturidade e sabedoria). 1ª ed. Jesus, P. (trans.). Porto: Asa editores.
299. Vaz, L. & Sousa, A. (2003). Unidade de cuidados continuados ao doente dependente do Centro de Saúde de Pinhel. Geriatrics, XV, (152)10-15.
300. Vercauteren, R., Predazzi, M., Loriaux, M.. (2001). L'Intergénération, une culture pour rompre avec les inégalités sociales. 1ª ed. Ramonville Saint Agne: Éditions Érès.
301. Vercauteren, R., Predazzi, M., Loriaux, M.. (2001). Pour une identité de la personne âgée en établissements: le projet de vie. 1ª ed. Mariangela Costacurta (trans.). Ramonville-Saint-Agne: Éditions érès.

302. Verdugo, M. & Gutiérrez-Bermejo, B. (2000). Promoción de la autonomía. In Montorio, I. & Izal, M. (1ª ed.), Intervención psicológica en la vejez (pp. 43-57), (trans.). Madrid: Editorial Síntesis.
303. Veríssimo, M. (1999). Exercício físico nos idosos. In Departamento de edições da Formasau (1ª ed.), O idoso-Problemas e realidades (pp. 115-133). Coimbra: Formasau.
304. Veríssimo, M. (2001). Exercício físico e envelhecimento. In Pinto, A. M. (1ª ed.), Envelhecer vivendo (pp. 123-141). Coimbra: Quarteto.
305. Vicente, M.O., & Amaral, M.F. (2001). Grau de dependência dos idosos, inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. Geriatrics, 14, (137) 16-31.
306. Ward, R. (2001). Linkages between family and societal-level intergenerational attitudes. Research on aging, 23, (2) 179-208.
307. Whitbeck, L., Hoyt, D. & Tyler, K. (2001). Family relationship histories, intergenerational relationship quality and depressive affect among rural elderly people. The Journal of Applied Gerontology, 20, (2) 214-229.
308. Wilken, C., Walker, K., Sandberg, J., & Holcomb, C. (2002). A quality analysis of factors related to late life independence as related by old-old and viewed through the concept of locus of control. Journal of Aging Studies, 16, 73-86.
309. Willcox, S., & Stefanick, M.. (1999). Knowledge and perceived risk of major diseases in middle age and older women. Health Psychology, 18, (4) 346-353.

310. Wisocki, P., Averill, J. (1990). El desafío del duelo. In Carstensen, L., Edelstein, B. (1ª ed.), *Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social* (pp. 149-158), Lienas i Massot, B. (trans.). Barcelona: Martinez Roca.
311. Wolfson, M., Kaplan, G., Lynch, J., Ross, N., & Backlund, E. (1999). Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration. British Medical Journal, *319*, 953-957.
312. World Health Organization (Who) (1999a). Myth nº 1: Most older people live in developed countries [on line]. Disponible :http://www.who.int/archives/whday/en/pages1999/whd99_2.html
313. World Health Organization (Who) (1999b). Myth nº 3: Men and women age the same way [on line]. Disponible :http://www.who.int/archives/whday/en/pages/1999/whd99_4.html
314. World Health Organization (Who) (1999c). Myth nº 5: Older people have nothing to contribute [on line]. Disponible :http://www.who.int/archives/whday/en/pages1999/whd99_6.html
315. World Health Organization (Who) (1999d). Myth nº 2: Older people are all the same [on line]. Disponible :http://www.who.int/archives/whday/en/pages1999/whd99_3.html
316. World Health Organization (Who) (1999e). Myth nº 6: Older people are an economic burden on society [on line]. Disponible :http://www.who.int/archives/whday/en/pages1999/whd99_7.html

317. World Health Organization (Who) (1999f). L'OMS lance un projet pour aider les gens a "vieillir en restant actifs" [on line]. Disponível :<http://www.who.int/inf-pr-1999/fr/cp99-wha16.html>
318. World Health Organization (Who) (2000a). Social development and ageing- Crisis or opportunity? [on line]. Disponível :<http://www.who.int>
319. World Health Organization (Who) (2000b). Women, ageing and health [on line]. Disponível :<http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs252/en/>
320. World Health Organization (Who) (2002). Healthy ageing is vital for development [on line]. Disponível :<http://www.who.int/inf/en/pr-2002-24.html>
321. World Health Organization (Who) (2003). Gender, health and ageing [on line]. Disponível: http://www.who.int/gender/documents/en/gender_ageing.pdf
322. World Health Organization (Who) (2004). Towards policy for health and ageing [on line]. Disponível :<http://www.who.int/hpr/ageing/ageing.pdf>
323. Wrosch, C. & Heckhausen, J. (2002). Perceived control of life regrets: Good for young and bad for old adults. Psychology and aging, 17, (2) 340-350.
324. Young, J. (2001). How's life? [on line]. Disponível :<http://www.utoronto.ca/seniors/whitehorse/howslife.pdf>
325. Zimmerman, G. (2000). Velhice: Aspectos biopsicossociais. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed.

ANEXO

PROTOCOLO

Relação entre qualidade de vida e a construção de problemas no idoso. Comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados

Rui Manuel Teixeira

Os **objectivos** do presente estudo são:

1. Estabelecer a relação entre a qualidade de vida do idoso e as construções do idoso sobre os problemas com a família.
2. Avaliar os sistemas de locação do idoso relacionando-os com a qualidade de vida

Âmbito:

Este trabalho é realizado no âmbito do Mestrado de Psicologia (ramo Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária) da Universidade Fernando Pessoa, no Porto

Nota:

Todos os inquiridos manterão uma estrita confidencialidade. Os dados fornecidos não serão dados ou divulgados a qualquer pessoa ou organização para além do próprio investigador e só com o fim de fazer a investigação.

Os inquiridos terão de ter, como condição essencial, todos os campos preenchidos pelo que agradecemos que respondam a todas as perguntas

Se tiverem interesse em conhecer os resultados do trabalho de forma global deverão preencher a folha anexa a isso destinada e que será entregue separadamente para evitar a identificação do inquirido.

Por favor, preencha correcta e completamente os questionários das folhas seguintes.

Para uma melhor compreensão dos resultados pedimos que preencha esta folha com os dados de caracterização, garantindo desde já que não são suficientes para a sua identificação mas terão um papel importante na interpretação dos resultados.

Idade ___ Anos

Sexo: Masculino
Feminino

Grau de Instrução:

- 1- Sabe Ler e Escrever.....
2- 3ª/4ª Classe (Ano).....
3- 2º ano do ciclo.....
4- 5º/9º ano.....
5- 7º/12º ano.....
6- Ensino Médio/Bacharelato...
7- Ensino superior

Estado Cívil:

- 1- Casado 4- Divorciado/separado
2- Solteiro 5-Outro
3- Viúvo

Dependência:

INDICE DE KATZ

Lavar-se	Lava-se sem ajuda (entra e sai da banheira só)	Recebe ajuda em uma parte do seu corpo	Recebe ajuda em mais que uma parte do seu corpo
Vestir-se	Escolhe a roupa e veste-se sem ajuda	Sem ajuda excepto para atar os cordões dos sapatos	Recebe ajuda para escolher a roupa ou para vesti-la
Usar a retrete	Vai à retrete, limpa-se e ajusta a roupa sem ajuda	Recebe ajuda para ir à retrete numa ou mais funções	Não vai à retrete
Mobilizar-se	Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sozinho	Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se com ajuda	Não se levanta da cama
Continência	Controla completamente os esfínteres	Incontinência ocasional	Necessita de supervisão, usa sonda vesical ou é incontinente
Alimentar-se	Sem ajuda	Ajuda só para cortar a carne ou barrar o pão	Recebe ajuda ou é alimentado por sondas ou soros

Valorização:

- A) Independente em todas as funções
B) Independente em todas as funções salvo numa delas
C) Independente em todas as funções excepto no lavar-se e outra mais
D) Independente em todas as funções excepto no lavar-se, vestir-se e outra mais
E) Independente em todas as funções excepto no lavar-se, vestir-se, usar a retrete e outra mais
F) Independente em todas as funções excepto no lavar-se, vestir-se, usar a retrete, mobilisa-se e outra mais
G) Dependente nas seis funções
H) Dependente em duas funções mas não enquadráveis nas anteriores

Índice de Katz: ___

Perfil de Qualidade de Vida—Idosos

Versão Portuguesa: Serviço de Psicologia da Saúde do ISLA— Leiria

Versão Original: Quality of Life Profile (Seniors— Full Version). Ivan Brown, Dennis Raphael and Rebecca Renwick— Center for health promotion— University of Toronto

Existem 111 questões no questionário— 12 para cada área do Ser e Pertencer e 13 para cada área do tornar-se.

Cada uma das 111 questões é respondida de acordo com:

- A importância que tem para si
- O grau de satisfação que sente

Adicionalmente as 9 áreas da vida são avaliadas de acordo com

- O controle que tem sobre elas
- As oportunidades que tem para evoluir e muda

Quando estiver a avaliar cada uma das secções:

- Avalie cada item entre 1 e 5 usando a escala existente no fundo de cada página
 - Responda a cada questão de acordo com a sua vida como ela é actualmente
 - Responda à questão independentemente do facto de actualmente participar nas actividades descritas. Por exemplo, pode cuidar ou não do esposo/a ou outro adulto mas isso pode ser importante para si. Do mesmo modo pode não ser importante para si e estar satisfeito com isso.
 - Se achar que uma dada questão não se aplica a si deverá registar “N/A” (Não Aplicável)
 - Se não puder responder a uma dada questão por estar muito inseguro/a quanto à resposta registe “NS” (Não Sei).
 - Por favor responda ao questionário tão honestamente e correctamente possível.
-

Avaliando os factos propostos quanto à importância na sua vida (coluna 1-Imp) e à satisfação que sente com essa parte da vida (coluna 2– Sat)

Em que medida isto é *importante* na minha vida?

Em que medida me preocupo com isso?

Em que medida estou *satisfeito/a* com esta parte da minha vida?

Em que medida estou feliz com este aspecto da minha vida?

- Indique um registo **5** se esta questão é uma força dominante e importante na sua vida e se está muito satisfeito/a com esta área da sua vida
- Indique um registo **4** se esta questão é algo com força na sua vida mas não dominante e se está muito satisfeito/a—mas não de forma excepcional
- Indique um registo **3** se esta questão constituir parte das suas actividades da sua vida diária mas sem uma importância especial e se está satisfeito/a com esta área da sua vida embora não pense nela especialmente
- Indique um registo **2** se esta questão tiver algum impacto, mas pouco, nas suas actividades e pensamentos do dia-a-dia ou se não for muito relevante na sua vida e se está apenas pouco satisfeito/a com esta área da sua vida
- Indique um registo **1** se esta questão tiver um impacto extremamente limitado ou nenhum impacto nas suas actividades e pensamentos do dia-a-dia e se estiver muito insatisfeito/a com esta área da sua vida

Proceda de forma idêntica para o **controle** e para as **oportunidades**.

IMPORTÂNCIA/SATISFAÇÃO

Para si:

	Importância	Satisfação
1 Ser fisicamente capaz de me deslocar pela minha casa/vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ser fisicamente capaz de ver e ouvir		
3 Ser fisicamente capaz para usar transportes públicos		
4 Fazer exercício e manter-me em forma		
5 Dormir e descansar o suficiente		
6 Boa nutrição e comida adequada		
7 Ter energia suficiente para fazer o que quero		
8 Ter os pés saudáveis		
9 A minha saúde dental		
10 Manter a minha higiene pessoal		
11 A minha aparência pessoal		
12 A minha saúde física geral		
13 Aceitar a minha maneira de ser		
14 Tomar as minhas próprias decisões		
15 Ser capaz de ter pensamentos lúcidos		
16 Ser capaz de recordar coisas		
17 Não ter doenças mentais		
18 Não ter preocupações, stress e tristeza		
19 Estar bem disposto		
20 Lidar com o que a vida traz		
21 Sentir-me bem comigo mesmo		
22 Ter atitude positiva perante a vida		
23 Ter sentido de humor		
24 Ter pensamentos e sentimentos saudáveis		
25 Ser atencioso em relação aos outros		
26 Celebrar aniversários e eventos especiais		
27 Sentir-me em paz comigo mesmo		
28 Sentir que estou a conseguir algo na vida	<input type="checkbox"/>	

ESCALA DE MEDIDA

1	2	3	4	5
Sem Importância/satisfação	Não muito Importante/satisfeito	Um pouco Importante/satisfeito	Muito Importante/satisfeito	Extremamente Importante/satisfeito
Não sei: NS			Não aplicável: NA	

IMPORTÂNCIA/SATISFAÇÃO

Para si:	Importância	Satisfação
29 Sentir que a minha vida é importante		
30 Ter esperança		
31 Ter as minhas próprias ideias sobre o que está certo ou errado		
32 Ter crenças religiosas		
33 Ter coisas pelas quais vale a pena esperar		
34 Participar em actividades religiosas ou espirituais		
35 Partilhar o amor com outras pessoas		
36 Aceitar que a minha vida tem um fim		
37 Ser capaz de tomar as minhas próprias decisões domésticas		
38 Viver num sítio seguro		
39 Ter um espaço para a minha privacidade		
40 Ter suficiente espaço para mim		
41 Ter os meus próprios objectos pessoais		
42 Viver numa casa/sítio confortável		
43 Viver num sítio especialmente equipado para idosos		
44 Viver num sítio/lugar que tenhas estruturas de cuidados de saúde		
45 Viver num lugar sem riscos físicos		
46 Viver em Portugal		
47 Viver próximo da minha família ou amigos		
48 A vizinhança onde vivo		
49 Poder contar com membros da família para me ajudar		
50 Ter conhecidos		
51 Ter um/a esposo/a ou uma pessoa especial		
52 Ter amigos		
53 Ter netos		
54 Ter vizinhos a quem possa recorrer		
55 Ter próximo pessoas que falam a mesma língua		
56 Ter encontros em grupos sociais/culturais/interesses		

ESCALA DE MEDIDA				
1	2	3	4	5
Sem Importância/satisfação	Não muito Importante/satisfeito	Um pouco Importante/satisfeito	Muito Importante/satisfeito	Extremamente Importante/satisfeito
Não sei: NS			Não aplicável: NA	

IMPORTÂNCIA/SATISFAÇÃO

Para si:	Importância	Satisfação
57 Não ser um “peso” para os meus familiares		
58 Ocupar o tempo com membros adultos da minha família		
59 Intimidade sexual		
60 Ser respeitado/a pelas pessoas na minha vizinhança		
61 Ser capaz de obter serviços dentários		
62 Ser capaz de obter serviços médicos		
63 Ser capaz de obter serviços sociais		
64 Viver numa casa que possa pagar		
65 Sentir que o governo compreende as minhas necessidades		
66 Frequentar locais na minha comunidade (lojas, etc.)		
67 Ter serviços comunitários e actividades num local (ex. Centro comunitário)		
68 Ter cursos e aulas que possa fazer		
69 Ter dinheiro suficiente para viver confortavelmente		
70 Ter acontecimentos na minha comunidade onde possa ir		
71 Ter serviços numa língua que eu entenda		
72 Ter transportes que me permitam ir onde eu quero		
73 Os cuidados que eu tenho para com o/a esposo/a ou outro adulto		
74 Ter um animal de estimação		
75 Fazer um trabalho voluntário numa organização		
76 Fazer os trabalhos relacionados com a casa (limpeza, cozinhar, etc.)		
77 Cuidar de mim		
78 Fazer trabalho pelo qual sou pago/a		
79 Jardinagem		
80 Ir a marcações (médico, dentista, etc.)		
81 Ajudar familiares em projectos domésticos		
82 Tomar conta de netos e outras crianças		
83 Fazer coisas para as pessoas		

ESCALA DE MEDIDA				
1	2	3	4	5
Sem Importância/satisfação	Não muito Importante/satisfeito	Um pouco Importante/satisfeito	Muito Importante/satisfeito	Extremamente Importante/satisfeito
Não sei: NS			Não aplicável: NA	

IMPORTÂNCIA/SATISFAÇÃO

Para si:	Importância	Satisfação
84 Fazer compras para mim ou outros		
85 Ajudar as pessoas que vivem perto de mim		
86 Viajar e fazer excursões		
87 Sair com outras pessoas (compras, almoço, etc.)		
88 Ir a eventos comunitários como feiras e vendas		
89 Ir ao cinema ou a espectáculos		
90 Ir a excursões organizadas de um dia		
91 Ter passatempos (jardinagem, costura, pintura, etc.)		
92 Fazer actividades dentro de casa (ver televisão, ler, etc.)		
93 Fazer actividades ao ar livre (passeios, ciclismo, sentar-se no parque)		
94 Participar nas actividades dos feriados (Natal, etc.)		
95 Participar nas actividades recreativas (jogos de cartas, desporto, Bingo, etc.)		
96 Visitar e socializar com amigos e vizinhos		
97 Visitar e socializar com familiares		
98 Tirar férias do que faço normalmente		
99 Aceitar o facto de que estou a envelhecer		
100 Ajustar-me a mudanças na minha vida pessoal		
101 Ajustar-me a mudanças no mundo		
102 Criar novos desafios/projectos na minha vida		
103 Melhorar ou manter o meu raciocínio e capacidade de memória		
104 Melhorar ou manter as minhas capacidades manuais		
105 Melhorar ou manter a minha saúde mental		
106 Melhorar ou manter a minha saúde física		
107 Aprender coisas novas		
108 Aprender a relacionar-me melhor com os outros		
109 Resolver os meus problemas		
110 Experimentar coisas novas		
111 Partilhar as ideias com outras pessoas		

ESCALA DE MEDIDA				
1	2	3	4	5
Sem Importância/satisfação	Não muito Importante/satisfeito	Um pouco Importante/satisfeito	Muito Importante/satisfeito	Extremamente Importante/satisfeito
Não sei: NS			Não aplicável: NA	

CONTROLO

Qual o nível de controlo que tenho sobre:

1	A minha saúde física	<input type="checkbox"/>
2	Os meus pensamentos e sentimentos	<input type="checkbox"/>
3	A parte espiritual da minha vida	<input type="checkbox"/>
4	Onde estou a viver ou onde irei viver	<input type="checkbox"/>
5	Com quem ocupo o meu tempo	<input type="checkbox"/>
6	O meu acesso às coisas da minha comunidade	<input type="checkbox"/>
7	As coisas diárias que posso fazer	<input type="checkbox"/>
8	As coisas que faço por divertimento e prazer	<input type="checkbox"/>
9	As coisas que posso fazer para melhorar	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE MEDIDA				
1	2	3	4	5
Nenhum	Pouco	Algum	Bastante	Muito
Não sei: NS			Não aplicável: NA	

OPORTUNIDADES

Em que medida existem oportunidades para::

1	Melhorar e manter a minha saúde física	<input type="checkbox"/>
2	Melhorar e manter a forma como penso e sinto acerca das coisas	<input type="checkbox"/>
3	Melhorar ou manter a minha espiritualidade	<input type="checkbox"/>
4	Viver numa casa confortável e agradável	<input type="checkbox"/>
5	Ocupar o tempo com diferentes pessoas	<input type="checkbox"/>
6	Usar mais o que a minha comunidade tem para oferecer	<input type="checkbox"/>
7	Fazer diferentes actividades diárias das que faço agora	<input type="checkbox"/>
8	Fazer coisas diferentes do que faço agora por prazer	<input type="checkbox"/>
9	Aprender a fazer coisas novas	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE MEDIDA				
1	2	3	4	5
Nenhuma	Poucas	Algumas	Bastantes	Muitas
Não sei: NS			Não aplicável: NA	

Escala de construção dos problemas

Versão Portuguesa: Sónia Pimentel; Susana Silva e Ana Paula Relvas, 1997

Versão Original: Constructions of problems scale (CPS). L. Heatherington, M.L. Friedlander, B. Johnson, R.M. Buchanan, L.E. Burke e D. Shaw, 1996

Instruções

Gostaria de saber qual a sua opinião acerca do problema ou situação que o mais aflige na relação com a sua família. Pedíamos que me dissesse qual era esse problema ou situação e quais as causas que estão na sua origem:

Cada uma das questões que se seguem indicam uma possível causa para a situação-problema. Para cada questão procure considerar o quanto ela é ou não causa do problema que acabou de descrever. Neste sentido, leia cada uma das questões e assinale o número que melhor descreve *a sua opinião* em relação à causa referida em particular.

Exemplo:

“Este problema é causado pelo stress da vida moderna?”

Absolutamente nada	Pouco	Em parte	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Marcar este número significaria que você vê o problema como “absolutamente nada” causado pelo “stress” da vida moderna

ESCALA DE PROBLEMAS

- | | | |
|----|---|--|
| 1 | Em que medida este é um problema familiar (em vez de um problema individual)? | |
| 2 | Este problema é causado pelas circunstâncias do meio ambiente, as quais estão fora | |
| 3 | Este problema resulta da maneira como duas ou mais pessoas na família se relacionam ou comunicam entre si? | |
| 4 | É você, de alguma forma, culpado ou a causa deste problema? | |
| 5 | É algum outro membro na sua família culpado ou a causa deste problema? | |
| 6 | Este problema está relacionado com acontecimentos familiares ou situações que ocorreram na família em que foi educado? | |
| 7 | Este problema é causado pela sua própria doença ou condição física? | |
| 8 | Este problema é causado pela doença ou condição física de outro membro da família, que não você? | |
| 9 | Este problema é causado pela forma como duas ou mais pessoas participam num “circulo vicioso” (p. Ex. quanto mais a mulher se queixa mais o marido se afasta e quanto mais o marido se afasta mais a mulher se queixa; quanto mais o irmão implica com a irmã, mais ela é superficial na conversa com ele e quanto mais a irmã fala de coisas sem importância, mais ele implica com ela)? | |
| 10 | Este problema é uma questão de falta de sorte? | |
| 11 | É alguém na sua família que não você, responsável pela causa do problema? | |
| 12 | Teu problema é devido ao facto dos membros da sua família não verem as coisas do ponto de vista uns dos outros? | |
| 12 | Este problema é devido às características genéticas de alguém na sua família, que não você? | |
| 14 | Este problema tem solução? | |
| 15 | Este problema é causado pela perturbação mental de alguém na sua família, que não você? | |
| 16 | Este problema é causado pela forma como os membros da sua família, que não você, | |
| 17 | Este problema é devido a traços da personalidade de alguém na sua família que não você? | |
| 18 | Este problema é causado pela sua própria perturbação mental? | |

Absolutamente nada	Pouco	Em parte	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

ESCALA DE PROBLEMAS

- | | | |
|----|--|--|
| 19 | Este problema relaciona-se com acontecimentos familiares ou situações que ocorreram em gerações anteriores, isto é, coisas que ocorreram durante a infância ou adolescência dos seus pais ou avós? | |
| 20 | Este problema é devido aos seus traços de personalidade? | |
| 21 | Tem algum poder ou controlo para resolver este problema? | |
| 22 | Este problema é devido às suas características genéticas? | |
| 23 | Este problema é causado pela forma como você pensa ou vê a situação? | |
| 24 | Os membros da sua família, que não você, têm algum poder ou controlo para resolver este problema? | |
| 25 | É você responsável pela causa deste problema? | |
| 26 | Este problema é causado pela sua atitude? | |
| 27 | Este problema é causado pela atitude de alguém na família, que não você? | |

Existem outras causas para este problema que não tenham sido atrás referidas? Se sim, indique-as no espaço que se segue.

Absolutamente nada	Pouco	Em parte	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Concluo aqui o nosso inquérito.

Quero agradecer a vossa atenção e colaboração.

Muito Obrigado

Rui Teixeira

RESULTADOS

Se quiser ter acesso posterior aos resultados do inquérito terei o maior prazer em fazê-lo, pedindo-lhe para isso que preencha o questionário seguinte:

NOME: _____

MORADA: _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL □□□□-□□□

Depois destaque esta página e coloque no envelope mais pequeno.

Isto impossibilitará que as suas respostas venham a ser identificadas.
