

MARA RUTE ROQUE CORREIA

**QUALIDADE DE VIDA, SATISFAÇÃO E
COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM IDOSOS**

Orientadora: Professora Cristina Camilo

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

MARA RUTE ROQUE CORREIA

**QUALIDADE DE VIDA, SATISFAÇÃO E
COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM IDOSOS**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, no curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Cristina Camilo

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

Agradecimentos

Às instituições onde recolhi a amostra por me receberem e permitirem contactar com os seus utentes a fim de realizar o meu estudo. Um agradecimento especial à Dra. Mónica e à Dra. Vanessa, da AURPIS (Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e idosos do Seixal), pelo excelente acolhimento, simpatia e pelo cuidado em acompanhar-me e apresentar-me a cada utente com quem contactei.

A todos os idosos com quem falei, obrigada pela colaboração e partilha de experiencias de uma vida.

À minha família e especialmente aos meus pais, um especial agradecimento pelo apoio incondicional e incentivo que sempre me deram ao longo de todo o meu percurso académico.

Em especial ao meu filho que mesmo muito pequenino, frágil e sem ter noção já é a força que me guia em tudo o que faço. Muito obrigada por finalmente fazeres parte da minha vida.

Aos meus colegas e amigos por acreditarem sempre e não me deixarem desmotivar.

Às minhas orientadoras, professora Fernanda Salvaterra que me ajudou a definir o caminho a seguir na minha investigação e professora Cristina Camilo, que mesmo surgindo numa fase mais adiantada do meu trabalho soube dar-me a sua preciosa ajuda e orientação e com ela chego agora á conclusão de um longo percurso.

Resumo

O presente estudo teve como principal objectivo comparar idosos institucionalizados e não institucionalizados relativamente à qualidade de vida, à comunicação e satisfação com a família. Foi utilizada uma amostra de 100 idosos, dos quais 50 institucionalizados e 50 não institucionalizados, recolhida, em vários lares e centros de dia do conselho do Seixal e Setúbal. Os instrumentos utilizados foram além de um questionário sociodemográfico para caracterizar a amostra, o Whoqol-bref (World Health Organization Quality of life), uma escala da Organização Mundial de saúde para medir a qualidade de vida e, para estudar a comunicação e satisfação com a família foram utilizadas duas Sub-escalas do Faces IV, um instrumento que avalia o funcionamento familiar, a escala de Comunicação e a escala de Satisfação com a família. Os resultados mostraram que os idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de qualidade de vida nas dimensões ambiental e das relações sociais e, tendencialmente os idosos não institucionalizados mostram-se mais satisfeitos com a família, sendo que na comunicação não houve diferenças significativas. Ainda no que toca à comunicação e satisfação com a família como contributo para a qualidade de vida, a satisfação com a família contribui para o aumento da mesma nas dimensões física e psicológica. Já nas dimensões das relações socais e ambiental é a comunicação que contribui para o seu aumento.

Palavras-chave: Envelhecimento, Comunicação, Satisfação, Qualidade de vida

Abstract

This study aimed to compare the institutionalized elderly and not institutionalized in relation to quality of life, communication and satisfaction with family. A sample of 100 elderly, of which 50 institutionalized and 50 non-institutionalized, collected in several homes and day centers council of Seixal and Setúbal. The instruments used were beyond a sociodemographic questionnaire to characterize the sample, the WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of life), a World Health Organization scale for measuring the quality of life; and to study the communication and satisfaction with family was used two sub-scales Faces IV, an instrument that assesses family functioning, the communication and the satisfaction scale with family. Results showed that the institutionalized elderly have higher levels of quality of life in environmental dimensions and social relations and not institutionalized elderly are more satisfied with family, communication with family there are significant difference. In relation to communication and satisfaction with family as a contribution to the quality of life, Satisfaction with family contributes to improving the quality of life in physical and psychological dimensions, in the dimensions of the relationships and social and environmental is the communication that contributes to its increase.

Key words: aging, communication, satisfaction, Quality of life

Índice

Introdução	8
Cap. I – Fundamentação Teórica.....	10
1.1. O Envelhecimento	11
1.1.1. Envelhecimento Bem-sucedido.....	12
1.1.2. Envelhecimento Biológico	13
1.1.3. Envelhecimento Cognitivo.....	15
1.2. O Idoso na Sociedade.....	16
1.3. O Idoso e a Família	18
1.3.1. O Papel da família	18
1.3.2. Comunicação com a Família	19
1.3.3. Satisfação com a Família.....	21
1.4. Institucionalização do Idoso.....	21
1.5. Qualidade de Vida.....	22
1.6. Qualidade de vida, Comunicação e Satisfação com a Família em Idosos.....	23
1.7. Objectivo e Hipóteses.....	25
Cap. II – Método	26
2.1. Participantes	27
2.2. Instrumentos	28
2.3. Procedimento.....	33
Cap. III - Resultados	34
Cap. IV - Discussão.....	38
Conclusão	43
Referências	44

Anexos.....	47
Anexo 1 – Pedido de autorização institucional	I
Anexo 2 – Protocolo de Investigação.....	II

Introdução

O envelhecimento humano baseia-se na combinação de factores biológicos e subjetivos de cada indivíduo que interagem entre si. Engloba, portanto, aspectos políticos, económicos e socioculturais (Carvalho & Dias, 2011). É, um processo independente e diferente para cada sujeito que se adequa às características de cada um (Agostinho, 2004).

Actualmente o bem-estar físico, psicológico e, social do idoso e a prevenção de doenças assume uma importância fulcral nesta fase de vida. Todos estes aspectos em conjunto proporcionam a qualidade de vida e ao mesmo tempo um envelhecimento dito como saudável e ativo (Carvalho & Dias, 2011). Também a família e os cuidados e apoio prestados pela mesma são de suma importância neste ciclo de vida (Tennstedt, Mckinlay & Sullivan, 1989). Neste campo, Pimentel (2005), distingue entre rede de parentesco objectivo e rede de parentesco subjetivo, a primeira respeita aos elementos da árvore genológica do idoso, enquanto a segunda respeita aos elementos que estabelecem fortes laços de afectividade com o idoso e que, apesar de por vezes não fazerem parte da família, são considerados pelo mesmo como parte integrante do seio familiar.

Neste âmbito, e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o envelhecimento ativo define-se como o processo de melhoria da qualidade de vida através de melhores condições de saúde, segurança e participação. (OMS, 2002, cit in Direcção Geral de Saúde). Isto implica a promoção da sua autonomia, bem como a satisfação com o meio em que o idoso se encontra inserido, tanto ao nível físico como social (Paul, Fonseca, Martin & Amado, 2005 cit in Paul & Fonseca, 2005).

Definir o envelhecimento humano com base na idade, tem sido um parâmetro fiável e homogéneo em todos os seres humanos. Sendo assim, consideram-se idosos jovens, os idosos com idade igual ou superior aos 65 anos e inferior aos 74 anos. Indivíduos com idade igual ou superior aos 75 anos e inferior aos 84 são classificados como idosos e muito idoso é um indivíduo com idade igual ou superior aos 85 anos (Correia, 2003). Este é um fenómeno que, com o passar do tempo tem tendência para aumentar, e, segundo dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) no ano de 2010 existiam em Portugal cerca de 220 000 idosos com idade igual ou superior a 85 anos, dos quais 150 000 são do sexo feminino e 70 000 do sexo masculino. A estatística prevê que em 2020 o número de idosos

com esta idade aumente para 290 000, dos quais 200 000 são do sexo feminino e 90 000 do sexo masculino e, em 2050, está previsto que este número cresça para cerca de 500 000, 300 000 do sexo feminino e 200 000 do sexo masculino.

Nesta fase, da vida muitas vezes o idoso é institucionalizado, o que acarreta muitas vezes um sentimento de perda inerente à institucionalização. Este sentimento não surge em todos os casos, pois, se para alguns indivíduos, é uma experiência positiva e agradável, que fomenta o convívio e uma rede de cuidados mais alargada, para outros, conduz ao sentimento de angústia, perda das suas capacidades, perda da sua vida ativa e aproximação da morte (Cardão, 2009).

Desta forma, e dada a importância do seio familiar nesta fase da vida e, como contraste, a tendência para a institucionalização do idoso, torna-se pertinente realizar este estudo que se debruça sobre a qualidade de vida, a comunicação e satisfação com a família em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

O estudo que se segue está então organizado da seguinte forma: um primeiro capítulo com o enquadramento teórico, que aborda o envelhecimento de forma genérica, o envelhecimento bem- sucedido, o envelhecimento biológico e cognitivo, uma breve abordagem do idoso na sociedade e a forma como é visto perante a mesma, o idoso e a família, o papel da família bem como a comunicação e satisfação com a mesma, a institucionalização do idoso, a qualidade de vida e, por fim, alguns estudos relacionados com o tema. O primeiro capítulo termina ainda com o objectivo e as hipóteses de estudo. Num segundo capítulo podemos encontrar o método, ou seja, de conteúdo mais prático, serão abordados os participantes e a forma como foram seleccionados, um pequeno desenvolvimento sobre os instrumentos utilizados e o procedimento. Num terceiro capítulo são apresentados os resultados e num quarto capítulo a discussão dos mesmos, ou seja, é feita a ponte entre a componente teórica e prática do presente estudo. O mesmo termina ainda com uma breve conclusão.

Cap. I – Fundamentação Teórica

1.1. O Envelhecimento

Envelhecer significa perder progressivamente as capacidades do organismo para se adaptar às diversas condições do seu ambiente. Estas perdas são consideradas nocivas, progressivas e irreversíveis (Robert, 1995).

Quando fazemos referência ao envelhecimento é indispensável referir os principais factores que caracterizam o indivíduo nesta fase. O sentimento de solidão é o mais comum. Para além deste, existe, uma crise de identidade, a diminuição de auto-estima, diminuição do exercício da sexualidade, para além do surgimento de medos e receios que antes não existiam. É importante salientar também que, nesta fase da vida, o idoso tende a perder a sua motivação, pois, para além dos obstáculos que vão surgindo com o avançar da idade, existe ainda a ideia de que o fim da vida está cada vez mais próximo, não precisando o indivíduo de investir muito mais. Da mesma forma, a intensidade das emoções em geral tende a diminuir, distanciando-se o idoso de todo e qualquer contacto social. É uma fase que requer o estabelecimento de novas relações de amizade e de afecto, encontrar novas formas de ocupar o tempo livre e, em muitas situações, o idoso vê-se obrigado a adaptar-se às novas regras que existem nos lares e residências. É portanto, uma fase de adaptação a novos papéis, onde ocorrem mudanças drásticas em que muitas vezes existe uma difícil integração (Oliveira, 2005).

Na sociedade ocidental, o envelhecimento é muitas vezes visto como a etapa final da vida, antes da morte. Uma fase de declínio e degeneração que resulta inevitavelmente na incapacidade total do indivíduo. Esta forma da sociedade encarar a velhice, afecta bastante a forma como o próprio idoso se entende a si mesmo, aumenta a ansiedade, os receios e diminui a auto-estima, dificultando, desta forma, a adaptação a esta nova etapa. Em coerência com a ideia anterior, denota-se a recusa da ideia de envelhecer, que assenta na falta de uma actividade renumerada, na debilidade corporal e surgimento de doenças, na ligação do idoso à ideia de passividade, na exclusão de experiências agradáveis e na ideia de proximidade com a morte (Imaginário, 2004).

É de salientar que os efeitos do envelhecimento não são, de todo, homogéneos para todos os indivíduos. Para além do envelhecimento das funções psicológicas e dos nossos órgãos não se desenvolver ao mesmo ritmo, existe ainda a questão das diferenças individuais.

Nem todos os indivíduos reagem da mesma forma ao envelhecimento, sendo que muitas vezes alguns desempenham melhor algumas tarefas com o avançar da idade, enquanto outros declinam para um processo de sofrimento (Fontaine, 2000).

Segundo Erikson (1987), o ser humano desenvolve-se em várias fases ou estágios. Cada estágio representa uma crise, pela qual o indivíduo passa ao longo da vida e, em cada um deles, desenvolve-se tendo por base uma combinação entre as exigências do meio em que vive e as exigências internas do seu ego. Foram definidos, deste modo, oito estágios de desenvolvimento, sendo que o ultimo é referente ao envelhecimento. Aos sessenta e cinco anos, o indivíduo entra no estágio da Integridade versus Desespero. É marcado por um olhar retrospectivo no sentido de refletir e reavaliar as suas escolhas. O idoso pode ser invadido por um sentimento de nostalgia e tristeza ou por uma sensação de dever cumprido. No primeiro caso, significa que vive esta fase de forma negativa, sendo marcada pelo desespero, angustia e sensação de impotência pois no fim da sua vida já nada pode fazer pela sociedade e por outros. Por outro lado pode ser uma fase vivida positivamente, com um sentimento de integridade, dignidade e com a partilha da sua sabedoria. Deste modo, o idoso sente que ainda pode fazer muito pelos outros ao partilhar as suas experiencias.

Para Jung, na juventude e na segunda metade da vida ocorrem duas fases distintas e opostas. A primeira é marcada pela extroversão e necessidade de auto-afirmação; durante a segunda, denota-se uma acentuada atenção para os sentimentos e avaliação da própria vida. Com a ideia da aproximação da morte e, em oposição aos sentimentos de juventude, a introversão marca esta fase (Oliveira, 2005).

1.1.1. Envelhecimento Bem-sucedido

O conceito de envelhecimento bem-sucedido data de algumas décadas e reflete nos dias de hoje algum otimismo no que respeita ao tema do envelhecimento. Aparentemente representa um paradoxo, pois a idade surge frequentemente associada à ideia de declínio das capacidade e o sucesso tem uma conotação positiva. No entanto, é um tema que se torna importante e essencial no entendimento e exploração das capacidades e potencialidades do idoso (Baltes & Baltes, 1990).

Assim sendo, podemos apresentar alguns princípios a ter em conta no estudo do potencial do envelhecimento bem-sucedido. Em primeiro lugar, nesta fase há uma maior noção e distinção entre envelhecimento normal e patológico e, desta forma, maior preocupação ao nível da saúde, a fim de evitar que se torne numa fase patológica. Em segundo lugar, é fundamental ter em conta as diferenças individuais para uma melhor adaptação social nesta fase. Actividades educativas, motivacionais relacionadas com a saúde, com a segurança e com a nutrição são igualmente fundamentais pois fortalecem as capacidades do idoso tanto ao nível físico, como mental e social. Algum trabalho social também é necessário para o aumento das oportunidades e suporte para os idosos, bem como estratégias compensatórias. Neste campo, de modo algum podemos evitar as perdas, pois inevitavelmente elas vão ocorrer nesta fase. Podemos no entanto, ajudar na criação e aquisição de novas estratégias e objectivos, o que desempenha um papel importante na sociedade. Este é sem dúvida dos papéis mais difíceis pois trata-se do restabelecimento do equilíbrio que existiu durante muito tempo e que se perde nesta fase final da vida (Baltes & Baltes, 1990).

1.1.2. Envelhecimento Biológico

Envelhecimento biológico é definido por Imaginário (2004), “como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual de determinadas doenças crónico-degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim da vida.” (Imaginário, 2004, p.13)

Com o avançar da idade, os sistemas responsáveis por assegurar a homeostasia não sofrem alterações, no entanto, os sistemas responsáveis pelo funcionamento de órgãos de grande reserva funcional alteram-se. (Correia, 2003).

Existem varias perspectivas apresentadas na explicação do envelhecimento biológico. Para Cabrillo e Cachafeiro (1990, citado por Agostinho, 2004), ao longo da existência existe um desgaste natural do próprio corpo humano. As nossas células vão-se regenerando mas têm um número limitado de vezes para a sua divisão, portanto após cinquenta divisões ocorre a morte de muitas delas e conseqüentemente a desorganização

estrutural do organismo. Estamos perante a Teoria do Limite de Hayflick e consequentemente a Teoria da Morte das Células (Carvalho, 1988).

Se nos basearmos na Teoria Imunológica, esta mostra-nos que durante o envelhecimento o sistema imunitário entra em declínio, começando a responder contra si próprio, tudo isto se deve ao enfraquecimento dos bio marcadores de imunidade (Agostinho, 2004). Se considerarmos todas as etapas pelas quais o indivíduo passa com todas as suas particularidades e, atendendo à faixa etária em que se encontra, estamos perante a Teoria da Programação (Carvalho, 1988). Conforme a faixa etária progride, menos hipóteses há para a reparação do material genético do indivíduo, estamos portanto, perante a Teoria da Reparação (Agostinho, 2004). Para Weisman (1990, citado por Agostinho, 2004), o envelhecimento resulta da selecção natural, ou seja, ao longo da vida existem elementos genéticos nocivos para o indivíduo mas que só se manifestam quase no final da mesma, estamos perante as Teorias do Tipo Evolucionista.

Com o envelhecimento, o organismo entra em declínio em muitas das suas áreas e funções. Tanto ao nível cardíaco, como gastrointestinal, ao nível do fígado, dos rins e toda a área muscular em geral. Denota-se a diminuição de volume dos tecidos e consequentemente a diminuição da capacidade funcional de cada área afectada (Robert, 1995).

Ao nível cardíaco, surgem as arritmias, ou seja, batimentos cardíacos descontrolados, justificadas não só pela diminuição do volume de tecido muscular, mas também, pela permanência das fibras de colagénio nos restantes tecidos, reforçando a resistência dos mesmos. As arritmias tendem a aumentar com o avanço da idade, colocando o indivíduo em risco de sofrer uma paragem cardíaca (Robert, 1995).

Como já foi referido anteriormente pela Teoria Imunológica (Agostinho, 2004), todo o sistema imunitário enfraquece com o avançar da idade. Os anticorpos existentes no organismo, tornam-se estranhos ao mesmo, deixando de produzir o seu efeito, ou seja, neutralizar substâncias estranhas ao organismo, toxinas nocivas para o mesmo. Este enfraquecimento é igualmente justificado pela falha nos mecanismos de transmissão. Se o sistema responsável pela emissão e recepção de células que permitem a actividade do organismo, tiver falhas, compromete o funcionamento do mesmo com consequências graves e nocivas para o indivíduo (Robert, 1995).

1.1.3. Envelhecimento Cognitivo

O Sistema nervoso é responsável pelo pensamento, pela inteligência e pela afectividade, sendo descrito de forma muito complexa, pois apresenta vários níveis hierárquicos com várias funções (Fontaine, 2000).

Fundamentalmente, o sistema nervoso é constituído por um vasto conjunto de neurónios que se organizam em estruturas hierarquizadas, tendo uma função emissora e condutora por todo o sistema nervoso que controla o comportamento. Dentro das estruturas neuronais podemos distinguir o tronco cerebral e o sistema límbico e o subsistema constituído pelo tálamo e o hipocampo. O primeiro é responsável pelo ritmo cardíaco e respiratório, a transpiração, as funções digestivas, a agressividade, o sono e a actividade sexual. O segundo sistema relaciona-se com as funções de memória e intelectuais (Fontaine, 2000).

O cérebro é, portanto, um sistema equilibrado entre a especialização de determinadas estruturas cerebrais e a relação entre as actividades do seu comando. Com o envelhecimento ele sofre uma atrofia, ou seja, reduz o seu volume para além da perda neuronal dificultando assim as funções do organismo em geral (Fontaine, 2000).

Assim sendo, durante o envelhecimento, denota-se um declínio da área cognitiva do indivíduo. No nível da eficiência verbal e inteligência cristalizada o declínio é ligeiro, sendo que, se torna mais acentuado no que respeita á inteligência fluida e nas funções perceptivoespaciais (Oliveira, 2005).

Entende-se, aqui, por inteligência cristalizada, todo o repertório de estratégias e toda a informação que o indivíduo adquire ao longo da sua experiência, aplicando-a para a resolução dos seus problemas, ou seja neste tipo de inteligência servimo-nos das nossas experiências passadas para resolver as situações. Inteligência fluida respeita à capacidade do indivíduo para o processamento de informação e para o raciocínio na resolução das questões impostas, completamente novas (Feldman, 2001).

Salientando e compreendendo o declínio existente, pode exemplificar-se uma avaliação psicométrica que permite medir um “QI (coeficiente de inteligência) verbal” e um “QI de desempenho”. Denota-se a permanecia do QI verbal desde a juventude até aos 80 anos,

no entanto o QI de desempenho entra em declínio a partir dos 45 anos acentuando-se mais a partir dos 70 anos (Correia, 2003).

Relacionado com o declínio da inteligência está o declínio da memória. Neste tema, são distinguidas a memória a curto prazo e a memória a longo prazo. No que respeita a esta última, podemos ainda distinguir a memória episódica, relacionada com acontecimentos de vida pessoais, a memória semântica, relacionada com a capacidade linguística, e a, memória de procedimento, relacionada com as rotinas do indivíduo. Destas três a mais afectada pelo avanço da idade é a memória episódica, relacionando-se, portanto com o défice da inteligência cristalizada (Oliveira, 2005).

As causas do défice da memória durante o envelhecimento estão relacionadas não só com as próprias mudanças anatómicas e funcionais do cérebro, como também com o estado emocional. O stress vivenciado pelo idoso, o sentimento de aceitação ou rejeição por parte da sociedade e a sua situação económica, factores que influenciam igualmente a capacidade de memória (Oliveira, 2005).

1.2. O Idoso na Sociedade

Ao longo do tempo, e a partir do momento em que a sociedade assume uma estrutura mais solida, a imagem e importância do idoso vai também sofrendo alterações com a evolução da mesma. Numa época em que a religião assumia um papel fulcral, por exemplo, o idoso era visto como o detentor de toda a sabedoria e conhecimento, pelo que, os mais jovens lhe deviam obediência e submissão. Desta forma, era através dos mais idosos que a cultura e os valores, tanto ao nível, religioso, político, económico como social, passavam de geração em geração (Palma & Schons, 2000 cit in Santin & Borowski, 2008).

A revolução Industrial no final do século XVIII, veio alterar a forma como o idoso era visto até então. O seu poder laboral é substituído por máquinas, sendo atribuída mais importância à capacidade e rapidez de produção do que à capacidade humana (Palma & Schons, 2000 cit in Santin & Borowski, 2008). Passamos então, de uma sociedade em que o idoso tinha um papel útil e ativo, para uma sociedade consumista, que o desvaloriza (Pereira, 1994 cit in Agostinho, 2004).

Nos séculos XIX e XX a visão negativa da velhice agravou-se. A importância da industrialização aumentou enquanto os idosos perdem cada vez mais a sua relevância na sociedade, devido à sua falta de funcionalidade, perante a indústria cada vez mais evoluída. Tal como a sua capacidade laboral, também o seu conhecimento anteriormente reconhecido deixa de ter importância (Palma & Schons, 2000 cit in Santin & Borowski, 2008). Surgem as reformas e em simultâneo a imagem e vivência negativa das mesmas, visto serem associadas à perda de valor social do idoso (Berryman, Hargreaves, Herbert & Taylor, 2002).

Nesta época, e daí para a atualidade, cada vez mais, o conceito de conhecimento e respeito, associado aos idosos, desaparece para dar lugar ao conceito de incapacidade, doença e dependência. (Pereira, 1994 cit in Agostinho, 2004).

Atualmente, existe nas leis da Constituição da República Portuguesa, o artigo 72º, referente à terceira idade que diz o seguinte:

“1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.” (Constituição da República Portuguesa. Artigo 72º, 1976)

“2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.” (Constituição da República Portuguesa. Artigo 72º, 1976)

1.3. O Idoso e a Família

A família é um elemento fundamental e integrante da sociedade. É um grande sistema em que cada membro assume o seu próprio papel, entre os restantes papéis que desempenha na sociedade, ou seja, um membro faz parte não só deste sistema como de outros sistemas em simultâneo (Imaginário, 2004).

O sistema familiar, tal como os restantes sistemas, está em constante evolução, sofrendo alterações ao longo do tempo, alterando a sua própria estrutura. Todos os sistemas interagem e se afectam mutuamente. A vida profissional, por exemplo, faz parte de um outro sistema em que cada um dos indivíduos se insere vai influenciar o seu papel dentro do regime familiar. O envelhecimento do indivíduo vai também influenciar e requerer uma nova estruturação da família. Quando alguém chega a uma idade avançada em que acarreta algum nível de dependência, o sistema familiar requer uma nova estruturação de papéis, estatutos e funções, na prática novas rotinas. A família está perante uma nova fase da vida de um dos membros do seu grupo que requer uma adaptação por todos os outros membros (Imaginário, 2004).

1.3.1. O Papel da família

Desde sempre, a família assume um papel cuidador e protetor em duas fases distintas da vida do ser humano: a infância e o fim da vida. Com o passar do tempo e a evolução e desenvolvimento das ciências médicas, os cuidados familiares foram sendo substituídos pelos cuidados hospitalares, no entanto, com o crescimento da população idosa, este papel cuidador retornou ao seio familiar, atribuindo, desta forma, à família um papel fulcral no envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005).

Na etapa final da vida, a família assume um papel importante e fundamental para o equilíbrio biopsicossocial do idoso. A família e o laço afectivo estabelecido com a mesma, torna-se o principal suporte do idoso e, na sua ausência, ele sentirá solidão conduzindo-se para uma situação de isolamento (Imaginário, 2004). Uma relação positiva com a família irá proporcionar ao idoso a ideia de integração dentro da mesma, a ideia de que o seu lugar no

seio familiar se mantém inalterado, o que irá fomentar a sua auto-estima e autoconfiança, contrariando a ideia de rejeição que surge muitas vezes nesta fase (Agostinho, 2004). Por outro lado, a ausência de suporte familiar derivado às necessidades físicas e psicológicas do idoso, conduz à presença de conflitos familiares, perda de auto-estima por parte do mesmo e consequentemente a sua institucionalização (Cardão, 2009).

O papel cuidador assumido pela família, requer uma interacção complexa entre os papéis sociais de cada um dos membros, as suas funções e o afecto para com o membro idoso. Por cuidado, pode entender-se tanto o nível afectivo, que proporciona apoio psicológico e satisfação com a vida, como o nível físico, na medida em que o idoso acaba muitas vezes por perder parte da sua autonomia (Imaginário, 2004).

Ao fornecer o suporte e cuidado necessário ao idoso, a família, sofre algumas alterações, tanto ao nível das suas relações sociais, como ao nível económico, onde existe um acréscimo das exigências financeiras. As responsabilidades aumentam também. Assim sendo, ao assumir este papel, a família terá necessidade de alterar todas as suas rotinas. É uma vivência e adaptação a esta fase, por parte de cada membro do grupo familiar, sendo que as exigências que esta acarreta tendem a aumentar progressivamente (Imaginário, 2004).

Dentro do sistema familiar, existe normalmente, um membro que assume o papel de cuidador principal, ou seja, assume as principais tarefas relacionadas com o idoso e a maioria da responsabilidade. Muitas vezes este membro toma decisões, faz escolhas, abdica de outras situações, assumindo comportamentos que podem não ir de encontro aos desejos dos restantes elementos da família o que vai provocar um conflito dentro da mesma. Surge deste modo, um conjunto de situações que irá provocar cansaço, tanto ao nível físico como psicológico, no cuidador (Imaginário, 2004).

1.3.2. Comunicação com a Família

Segundo Watzlawick, Beavin & Jackson (1967), a comunicação encontra-se intimamente ligada à interacção, visto que uma serie de unidades comunicacionais isoladas, ou seja mensagens, impõe um comportamento transformando-se dessa forma numa interacção.

A comunicação familiar consiste sobretudo na transmissão de ideias, informações, pensamentos, sentimentos e necessidades entre os vários membros de uma família. É uma componente básica das relações interpessoais e intergeracionais (Olson & Barnes. S.d.).

A coesão e funcionamento familiar dependem, assim, muito dos estilos e meios de comunicação adotados pela família. Um bom sistema de comunicação, por exemplo, vai originar compreensão e empatia dentro do seio familiar, uma relação positiva com ausência de conflitos e, por sua vez, satisfação com o mesmo. Para além disto, ao nível pessoal, um bom desenvolvimento, cognitivo e afectivo, está também intimamente ligado a um bom nível de comunicação familiar. Por outro lado, uma comunicação negativa dentro da família vai fomentar o distanciamento e a rejeição, levando assim à sua desestruturação (Gimeno, 2001).

Dentro de um sistema familiar, a comunicação assume um carácter bidirecional, não podendo ser analisada do ponto de vista único e isolado, uma vez que as interações e os acontecimentos são constantes e contínuos, repletos de significado (Gimeno, 2001).

Segundo Beavers & Hampson (1995) o conceito de clareza da comunicação é de extrema importância na avaliação familiar. Este refere-se à autenticidade da mensagem transmitida bem como a sua aceitação por parte de cada membro da família. Para uma avaliação positiva, os autores, partem do princípio, de que existe dentro do seio familiar o encorajamento para expressar as verdadeiras opiniões e sentimentos bem como a responsabilidade do próprio por aquilo que é expresso. Empatia e esclarecimento dentro do sistema são igualmente importantes e fundamentais para um bom funcionamento do mesmo.

Uma vez que a comunicação é fundamental para o bom funcionamento do sistema familiar, é importante referir também que é sempre possível melhorá-la. Para isto temos de ter noção das suas componentes. A comunicação tem muitas vezes um emissor (que produz a mensagem), um interlocutor (que transporta a mensagem) e um recetor (que como o próprio nome indica, recebe a mensagem). Para além de que existem ainda numa mensagem a vertente conceptual da mesma, centrada na comunicação verbal e uma vertente relacional, presente em códigos não-verbais alheios ao controlo do emissor. Melhorar a comunicação depende da tomada de consciência e compreensão destes factores (Gimeno, 2001).

1.3.3. Satisfação com a Família

Segundo Olson (2011), a satisfação com a família remete-nos para o nível em que os seus membros se sentem felizes, realizados e completos pela mesma. Existem três conceitos fundamentais relacionados com este, pertencentes ao Modelo Circumplexo de Coesão Familiar (Olson, Russel & Sprenkle, 1980). Este Modelo está agregado à sub-escala de satisfação com a família e, descrito mais à frente. Os conceitos são a coesão, a flexibilidade e a comunicação.

A coesão surge aqui definida como a ligação emocional estabelecida entre os membros da família, já a flexibilidade respeita à capacidade do sistema familiar para alterar as suas regras. A comunicação, por sua vez, facilita e promove o movimento das dimensões anteriores. Desta forma, o funcionamento equilibrado e ideal para uma família será manter as primeiras dimensões num nível moderado. Em síntese, dependendo dos níveis de equilíbrio conseguidos dentro do sistema familiar, através das 3 dimensões descritas, os seus membros sentirão maiores ou menores níveis de satisfação com a família. As famílias que descrevem maior satisfação, estão mais adaptadas e coesas, oferecendo mais suporte emocional; têm tendência a mobilizarem uma quantidade de recursos e estratégias de *coping* e a experimentarem níveis de *stress* baixos (Olson & Gorral, 2003).

1.4. Institucionalização do Idoso

Ao longo da vida o indivíduo vai desenvolvendo relações afectivas mais fortes com um determinado membro da família do que com os outros. Essas ligações de afecto mais profundas e duradouras fazem muitas vezes com que seja essa pessoa a principal cuidadora do idoso. Muitas vezes esta pessoa mostra vontade de cuidar e assume este papel de forma voluntária e altruísta justificada pela familiaridade e proximidade que ambos mantêm. Por outro lado, membros que não mantenham esta ligação afectiva e próxima com o idoso, não mostram vontade de assumir este papel e, quando o assumem é normalmente por uma obrigação imposta pelos outros ou para evitar a sua censura (Imagínario, 2004).

Existindo a ausência de um membro cuidador com uma ligação afectiva forte, a rede de apoio familiar ao idoso enfraquece também, o que conduz muitas vezes à sua institucionalização. Apesar de muitas vezes o idoso manifestar o desejo e a preferência para se manter no seu meio, no seu espaço, na sua casa, visto que ela representa toda a sua vivência anterior, e todas as recordações que formaram a sua personalidade e o formaram enquanto ser humano. A separação do idoso deste meio requer novos processos de adaptação e muitas vezes leva-o para uma situação de sofrimento e angustia (Imaginário, 2004).

Muitas vezes perante a falta de meios económicos, psicológicos ou de suporte familiar e social, a opção mais plausível por parte da família é a institucionalização do idoso, podendo ser esta uma situação temporária ou definitiva (Carvalho & Dias, 2011).

1.5. Qualidade de Vida

Qualidade de vida significa equilíbrio. É um conceito relacionado com o desenvolvimento humano e com a igualdade de oportunidades, que envolve tanto factores emocionais, psicológicos, sociais, familiares como o próprio bem-estar físico e a saúde do indivíduo. (Ribeiro. 2013).

Este conceito, encontra-se, portanto interligado a diversas circunstancias objetivas que podem, consoante determinados valores, pensamentos e necessidades serem alteradas (Atkinson & Zibin, 1996). Desta forma, torna-se num conceito multidimensional, uma vez que pondera questões como auto-estima, apoio social, satisfação com a vida, entre outras. No fundo, avalia condições sociais, físicas e mentais (Bennett & Murphy, 1997).

No envelhecimento, a qualidade de vida é avaliada tendo em conta recursos individuais, psicológicos e económicos do idoso. Factores de inclusão e coesão social são igualmente tidos em consideração. Contudo, é pertinente referir que a mesma resulta da combinação dos mais diversos factores de vida do idoso e factores situacionais imediatos. Os recursos individuais que determinam a qualidade de vida não diferem consoante a idade mas assumem uma relevância diferente em cada etapa da vida (Walker, 2005).

Segundo Jacob (2007), a qualidade de vida dos idosos depende da sua capacidade para realizar as actividades diárias, da qualidade das suas relações interpessoais, dos seus recursos económicos, bem como, actividades de carácter lúdico. Claro está que, como já foi

referido anteriormente, existem factores pessoais que variam de sujeito para sujeito e que são determinantes na qualidade de vida. Durante o processo de envelhecimento essas diferenças, como por exemplo o próprio contexto, circunstâncias e condições em que o idoso vive, podem significar entre diferentes sujeitos uma maior ou menor qualidade de vida (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Uma vez, que um idoso é institucionalizado, a sua qualidade de vida não depende apenas das condições da instituição mas da sua relação com pessoas exteriores à mesma, tais como familiares e amigos, em suma depende da manutenção das relações que o idoso tinha anteriormente à sua institucionalização. Apesar de institucionalizado, o idoso necessita manter a sua independência e funcionalidade bem como o controlo sobre a sua vida (Carvalho & Dias, 2011).

1.6. Qualidade de vida, Comunicação e Satisfação com a Família em Idosos

Ao longo deste trabalho foram muitos os estudos reportados à volta desta temática, não só centrados na qualidade de vida em geral, mas sobretudo na institucionalização dos idosos, nos cuidados familiares e na qualidade de vida dos seus cuidadores.

A rede de suporte social, por exemplo, é de extrema relevância na perspectiva dos cuidadores do idoso, visto ser considerada uma experiência desgastante. Como referem Figueiredo, Lima e Sousa (2012) no seu estudo sobre cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência, familiares de idosos que assumem o papel de cuidadores dos mesmos apresentam baixos níveis de qualidade de vida e esses níveis ainda se notam mais se o idoso tiver alguma demência. Por sua vez, o facto de um familiar cuidar de um idoso dependente, conduz também à redução da sua rede social, visto que a tendência é procurar o apoio dentro da rede familiar e conseqüentemente, mais uma vez, níveis baixos de qualidade de vida. A rede familiar tende a ser mais reduzida, mas também tendencialmente mais adaptada e coesa, ou seja, uma rede familiar em que os seus membros apresentam maiores níveis de adaptação, no entanto também revelam maiores níveis de idealização. Ou seja como referem Araújo e Santos (2012) no seu estudo sobre coesão e adaptação no idoso dependente, são famílias que tendem a desejar uma coesão superior à real. No que respeita à estrutura

familiar, Pereira e Roncon (2010) realçam a importância da relação e presença dos filhos na estrutura familiar. No seu estudo sobre relacionamento familiar em pessoas idosas, revelam que, se a mesma for unida, reflete-se positivamente na vida do idoso. Por outro lado, perante a existência de níveis de stress dentro da mesma a qualidade de vida diminui. Este estudo é corroborado por Andrade e Martins (2011), que concluem no seu estudo sobre funcionalidade familiar e qualidade de vida nos idosos, que tanto a idade como a funcionalidade familiar exercem influencia sobre a mesma, no entanto em sentidos opostos, ou seja, a qualidade de vida diminui com o aumento da idade mas aumenta com o desenvolvimento da funcionalidade familiar. Ainda realçando a importância das relações do idoso com as suas redes de suporte, nomeadamente a família, Pimentel (2005) realizou um estudo em que procura perceber de que forma a institucionalização é influenciada por estas relações. A autora refere então, que a institucionalização do idoso é vista como uma solução perante situações como o agravamento da sua saúde, dificuldades económicas, isolamento, situações que provocam também conflitos dentro do seio familiar.

Segundo um estudo realizado por Gonçalves, Martin, Guedes, Pinto e Fonseca (2006), que aborda a importância de um envelhecimento produtivo para a qualidade de vida, podemos ver que um envelhecimento em que o idoso desenvolve actividades satisfatórias, estruturadas de forma continua, contribui para a diminuição da ideia da sua fragilidade e incapacidade, contribuindo assim para o aumento da qualidade de vida e consequentemente um envelhecimento bem-sucedido. Ainda ao falar de qualidade de vida e da forma, como esta é afectada pelo envelhecimento, não podemos deixar de referir as várias dimensões pelas quais a mesma se avalia. Para Brown e Roose (2011), no seu estudo sobre depressão, ansiedade, idade e qualidade de vida, os domínios psicológico, das relações sociais e ambiental não são influenciados negativamente pela idade, ou seja, o envelhecimento, por si só não conduz directamente a níveis baixos de qualidade de vida nestes domínios, contrariamente ao domínio físico, em que a mesma diminui. Num outro estudo, realizado por Duarte, Joaquim, Lapa e Nunes (2014), sobre a qualidade de vida e o suporte social nos utentes da rede de apoio domiciliário, o apoio e suporte emocional ao idoso, conduz a maiores níveis de qualidade de vida física, psicológica e nas relações sociais. Em relação ao nível ambiental, este surge correlacionado positivamente com o facto de existir um cônjuge. Nas mulheres idosas, este domínio também se revela mais alto apenas pelo suporte emocional, sendo que a necessidade deste também se revela mais elevada. O domínio físico também é evidenciado neste género,

quando avaliado paralelamente ao suporte emocional. Por outro lado, uma maior independência no idoso revela níveis mais baixos nos domínios físicos e psicológico da qualidade de vida.

1.7. Objectivo e Hipóteses

O objectivo do presente estudo foi Comparar a qualidade de vida e a comunicação e satisfação com a família entre idosos institucionalizados não institucionalizados. Foi também analisado em que medida as variáveis estudadas se relacionam entre si. Desta forma e após revisão bibliográfica foram colocadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: É esperado que os idosos institucionalizados apresentem menores níveis de qualidade de vida observados, relativamente aos idosos não institucionalizados.

Hipótese 2: É esperado que os idosos institucionalizados apresentem menores níveis de comunicação e satisfação com a família que os idosos não institucionalizados.

Hipótese 3: É esperado que elevados níveis de comunicação e satisfação com a família revelem também maiores níveis de qualidade de vida observados.

Cap. II – Método

2.1. Participantes

Foi utilizada uma amostra de conveniência de 100 idosos, 30 do sexo masculino e 70 do sexo feminino, 50 institucionalizados e 50 não institucionalizados. A recolha foi feita em vários lares e centros de dia no concelho do Seixal e Setúbal, entre eles, o Sams (Sindicato dos bancários do sul e ilhas), um lar de idosos situado em Azeitão. Com idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos, a média de idade dos idosos foi 80.10 anos com um desvio padrão de 5.77. A selecção foi feita aleatoriamente sendo que, foram excluídos os idosos que apresentassem défice cognitivo diagnosticado.

Para melhor caracterizar os participantes foi-lhes aplicado um questionário socio-demografico, em que uma das questões foi o estado civil. Desta forma, dos 100 participantes 5% vivem em união de facto, 6% são solteiros, 10% divorciados, 30% casados e 49% viúvos.

Outra questão do mesmo questionário foi saber com quem os participantes se encontravam a habitar no momento da recolha. Desta forma para além dos 50% que se encontram a habitar numa instituição, 5 % habitam com vários familiares, 8% habitam com um filho ou uma filha, 18% habitam com o esposo ou esposa e 19% dos participantes habitam sozinhos.

Foi também questionado aos participantes o número de filhos e a frequência das visitas dos mesmos. Desta forma a média de filhos por participante é 2. Quanto à frequência de visita dos mesmos, numa escala de 1 a 8 em que 1 significa “não se aplica”, no caso de o participante não ter filhos, e 8 “duas vezes por semana” e, tendo em conta os idosos que habitam com os filhos, a média foi de 5.01 valores com um desvio padrão de 2.13.

2.2. Instrumentos

A fim de caracterizar a amostra, foi aplicado um questionário sociodemográfico contendo, dados referentes a idade, género, estado civil, número de filhos, frequência de visita dos mesmo, elementos com quem o participante habita, e duas questões relativas à forma como o participante se sente, relativamente à sua saúde e ao sentimento de solidão.

É de referir que não foi apresentado nenhum consentimento informado escrito, pois a recolha foi feita sempre presencialmente e com consentimento verbal. Dada a idade dos participantes, e a extensão do protocolo, considere-se que seria demasiado exaustivo colocar um consentimento informado escrito.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life), um instrumento de avaliação da Organização Mundial de Saúde (OMS), validado para a população portuguesa por Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes e Carona, 2003. É composto por 4 domínios. O domínio físico, abrange 7 itens, o domínio psicológico, abrange 6 itens, o domínio das relações sociais abrange 3 itens e o domínio do ambiente abrange 8 itens. Existem ainda 2 itens que avaliam a qualidade de vida geral e a percepção geral de saúde, compondo desta forma, um total de 26 itens. As respostas são dadas numa escala de lickert de 5 pontos (Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes, & Carona, 2003).

Pode ser aplicado por autopreenchimento ou em modo de entrevista, pelo que, requer apenas do indivíduo a capacidade para compreender as perguntas que o constituem.

É um instrumento desenvolvido pela OMS, como já foi referido, e teve origem no Whoqol-100, um instrumento criado em 1995 por um grupo de 15 peritos de diferentes culturas (Whoqol – Group), com o objectivo de avaliar a qualidade de vida. Passados três anos foi criada a versão mais abreviada, o Whoqol-bref, de modo a reduzir o tempo de aplicação bem como o possível cansaço dos participantes. Em 2004, ambas as versões ficaram disponíveis em mais de 40 idiomas diferentes (Canavarro et al, 2003).

Nos primeiros estudos psicométricos realizados com o Whoqol-bref, pelo Whoqol-Group, foram utilizadas 3 amostras diferentes e um total de 8684 indivíduos, pertencentes a 20 centros de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. As

pontuações para cada domínio variaram entre 0 e 0.27. Tendo em conta a totalidade da amostra, os valores de alfa de Cronbach foram .82, para o domínio físico, .81 para o domínio psicológico, .80 para o domínio ambiente e .68 para o domínio das relações sociais (Canavarro et al, 2003).

A validação do Whoqol-bref para a população portuguesa, em 2004, foi feita por vários colaboradores e investigadores das faculdades de Medicina, Psicologia, Ciências da Educação e Ciências e Tecnologia da universidade e Coimbra, com a colaboração de alunos de mestrado e doutoramento desta universidade. Para o estudo empírico, foram utilizados 604 indivíduos, respeitando as diretrizes da OMS, que recomenda 300. Destes 604, 289 eram doentes e 315 saudáveis. Sessenta e seis por cento dos questionários foram preenchidos pelo próprio indivíduo, 10,2%, assistidos pelo entrevistador e 23,8% administrados pelo mesmo. Estes últimos foram aplicados na sua maioria aos 289 doentes. Este estudo foi feito respeitando as quatro etapas impostas pela OMS: tradução do instrumento, preparação do estudo qualitativo piloto, desenvolvimento das escalas de resposta e o estudo de campo quantitativo (Canavarro et al, 2003).

A versão Portuguesa, europeia do Whoqol foi ainda, discutida por quatro grupos: indivíduos da população geral, indivíduos em contacto com um serviço de saúde, profissionais da área de saúde e por fim, um grupo de técnicos de avaliação psicológica. Cada grupo, reuniu-se numa sessão que foi gravada e revista pelo grupo português responsável pela validação. Em todos os grupos o conceito multidimensional da qualidade de vida proposto pela OMS, foi corroborado (Canavarro et al, 2003).

Ainda no estudo para a validação da escala para a população portuguesa, foi analisada a consistência interna da escala, no sentido, da avaliação das respostas aos itens. Foram realizadas estatísticas descritivas. Nos 26 itens o valor mínimo das medias é de 3.09, com o desvio padrão de .95, para o item 14 (participação em actividade de lazer). O item 5 (satisfação com a vida) apresenta o valor mais elevado da media (4.08) com o desvio padrão de .8. Foi analisada a correlação entre cada item e os quatro domínios do Whoqol-bref e, existe correlação significativa entre os vários itens e os domínios a que pertencem (entre .55 e .84). Para além disto, existem itens que apresentam correlações significativas, superiores a .05 com outro domínio: 3 itens do domínio físico e 1 item do domínio relações sociais, apresentam fortes correlações com o domínio psicológico. A autoestima, pertencente ao

domínio psicológico, apresenta fortes correlações com o domínio das relações sociais. Assim como, também do domínio psicológico, os sentimentos negativos (correspondente ao item 26) apresenta fortes correlações com o domínio físico (Canavarro et al, 2003).

Considerando as 26 questões e, avaliando a consistência interna através do alfa de Cronbach o valor é de .92. Quando se retira cada item varia de .91 a .92. No primeiro caso retirando o item 17 e no segundo caso, retirando o item 24. O que nos mostra a importância de cada item da escala para a eficácia do instrumento (Canavarro et al, 2003).

Quando avaliado o poder de diferenciação da escala, entre os 289 indivíduos doentes e os 315 saudáveis, a escala revelou um maior poder discriminativo no domínio físico e na faceta de avaliação da qualidade de vida, [$F(5,598)=65,508, p<.001$] e [$F(5,598)=58,415, p<.001$] respectivamente. Nestes casos todas as comparações realizadas se revelaram significativas. No caso do domínio psicológico, relações sociais e ambiente, as diferenças apenas são significativas quando comparado o grupo de controlo com: doentes provenientes da psiquiatria, ginecológica e medicina (no domínio psicológico), doentes provenientes da psiquiatria (no domínio das relações sociais) e doentes provenientes da psiquiatria, ginecologia e dos centros de saúde (no caso do domínio ambiente) (Canavarro et al, 2003).

Dada a complexidade do conceito que a escala pretende medir, foram realizadas correlações entre os quatro domínios da escala e a faceta da qualidade de vida em geral e a percepção geral de saúde. Todos os domínios apresentaram correlações elevadas com a faceta de qualidade de vida geral. Quando analisado o melhor preditor da qualidade de vida, foi realizada uma regressão linear múltipla e, todos os domínios do Whoqol-bref se encontram num modelo que explica 58,8% da variância. O domínio físico, surge em destaque, com a maior percentagem sendo seguido pelos domínios psicológico, ambiente e das relações sociais (Canavarro et al, 2003).

No presente estudo, a escala revelou para o domínio Físico um alfa de Cronbach de .85. Para o domínio Psicológico o valor apresentado foi de .82. No domínio das relações Sociais o alfa de Cronbach foi de .61 e, no domínio Ambiente apresentou .82.

Para avaliar a comunicação e o grau de satisfação com a família foram utilizadas duas sub-escalas do Faces IV, instrumento que avalia o funcionamento familiar. A versão original

deste instrumento é de Gorral, Tiesel e Olson (2004, 2006) e foi validado para a população portuguesa por Salvaterra, Salvaterra, e Silva, (2011). Cada sub-escala é composta por 10 itens, sendo as respostas dadas numa escala de lickert de cinco pontos.

A sub-escala de comunicação com a família, foi criada a partir da escala de comunicação entre pais e adolescentes (PAC). Esta é uma escala mais extensa de 20 itens que foi amplamente utilizada para medir a importância e utilidade da comunicação em famílias com adolescentes. Os 10 itens da escala de comunicação podem ser utilizados nas mais variadas formas familiares e em qualquer fase ou ciclo de vida.

Na primeira versão da escala de comunicação entre pais e adolescentes existiam 35 itens que foram testados numa amostra de 433 indivíduos. A análise factorial dos dados recolhidos no estudo, convergiu em três factores: abertura, problema e seletividade. Na versão final de 20 itens os dois primeiros factores foram contemplados sendo que o terceiro foi incluído no segundo, resumindo-se assim a duas Sub-escalas: Comunicação aberta à família e Problemas na comunicação com a família. A primeira respeita aos aspectos mais positivos da família ressaltando a comunicação fluida e sem restrições dentro da mesma. A segunda, respeita a aspectos negativos da comunicação na medida em que a mesma é dificultada, ressalta a hesitação em compartilhar bem como a seletividade da informação que é compartilhada dentro da família (Olson & Barnes, 2011)

Em diversos estudos foi demonstrado que a primeira Sub-escala era mais preditiva estatisticamente, para além de que havia necessidade de uma escala menor e mais genérica, desta forma foi criada a Sub-escala de comunicação com a família. Tendo por base uma amostra de 2465 participantes, a consistência interna da escala é de .90. Em termos de média e desvio padrão, a escala apresenta pontuação média de 36,2 e desvio padrão de 9,0, baseado na mesma amostra e 2465 indivíduos (Olson & Barnes, 2011).

No presente estudo a escala revelou um alfa de Cronbach de .89.

A Sub-escala de satisfação com a família, esta baseada no Modelo Circumplexo de Olson, Russel & Sprenkle (1980) que se baseia em três factores: coesão, flexibilidade e comunicação. A escala foi portanto, formada com o objectivo de avaliar estes três factores.

Antes de qualquer desenvolvimento teórico ao nível da escala, torna-se pertinente algumas considerações relativas ao modelo. Neste sentido, e uma vez já definidas

anteriormente os três factores que o constituem, Olson (2000), apresenta quatro níveis para a dimensão da coesão (definida anteriormente): desmembrada, separada, ligada e emaranhada. No primeiro, a coesão é extremamente baixa, no segundo nível, a coesão é baixa/moderada, no terceiro, é moderada/alta e no quarto nível a coesão é extremamente alta.

Também a dimensão da flexibilidade, apresenta quatro níveis: nível rígido, que corresponde a uma flexibilidade extremamente baixa, estruturado, que traduz-se numa flexibilidade baixa/moderada, nível flexível, ou seja, uma flexibilidade moderada/alta e caótico, correspondendo a uma flexibilidade extremamente alta (Olson, 2000).

Em suma, a hipótese básica do modelo Circumplexo é que as famílias “equilibradas” sentem-se mais satisfeitas com o seu sistema do que as famílias “desequilibradas”, para além de que um nível de satisfação familiar mais elevado significa também um maior nível de comunicação (Olson, 2000).

No momento da criação da escala de satisfação com a família, não havia nenhum outro instrumento encontrado na literatura para este efeito. A escala foi usada pela primeira vez, e baseada nos dados de 1000 famílias em todo o ciclo de vida. Originalmente tinha 14 itens e actualmente tem 10. Tem sido usada em vários tipos de estudos, com casais hétero e homossexuais, assim como em sistemas familiares nas mais diversas fases (Olson, 2011).

A escala tem uma confiabilidade alfa de Cronbach de .92, baseada numa amostra de 2465 indivíduos, a pontuação média é de 37,5 e o desvio padrão 8.5 (Olson, 2011).

No presente estudo o valor de alfa de Cronbach é de .93.

2.3. Procedimento

A recolha da amostra foi feita pela aplicação do protocolo de investigação e individualmente. Foram tidos em conta todos os princípios éticos, relacionados com a investigação, tais como, a aprovação institucional e o consentimento informado (não escrito), a garantia da confidencialidade e o anonimato.

As questões foram colocadas verbalmente e as respostas escritas pela investigadora. Inicialmente, o protocolo foi aplicado a quatro idosos com idades compreendidas entre os 72 e 88 anos de idade, para calcular o tempo necessário para a aplicação.

A recolha da amostra ocorreu entre o mês de Novembro de 2013 e o mês de Abril de 2014, e a aplicação de cada protocolo teve uma duração média de 30 minutos.

Cap. III - Resultados:

Para testar a hipótese que os idosos institucionalizados apresentem menores níveis de qualidade de vida observados, relativamente aos idosos não institucionalizados, foi utilizada uma análise de variância multivariada, tendo as quatro dimensões da qualidade de vida como variáveis dependentes e a institucionalização como variável independente.

O teste multivariado revela que existem diferenças significativas entre idosos institucionalizados e não institucionalizados no que respeita à qualidade de vida, $F(1,95) = 3.54$, $p = .010$, $\eta^2_{part} = .13$. O teste *between subjects* indica que os indivíduos institucionalizados e não institucionalizados diferem significativamente na avaliação da dimensão ambiental, $F(1,98) = 6.20$, $p = .014$, $\eta^2_{part} = .06$. Como se pode observar na tabela 1, os idosos institucionalizados avaliam de forma mais positiva a dimensão ambiental.

A diferença nas relações sociais não sendo significativa é tendencial, $F(1,98) = 3.40$, $p = .068$, $\eta^2_{part} = .03$. A análise de médias mostra que tendencialmente os idosos que estão institucionalizados avaliam de forma mais positiva as suas relações sociais (tabela 1).

Não se verificam diferenças significativas na avaliação da dimensão física, $F(1,98) = .28$, $p = .599$, $\eta^2_{part} = .00$, ou da dimensão psicológica, $F(1,98) = .08$, $p = .776$, $\eta^2_{part} = .00$.

Tabela 1

Médias e (desvios padrão) das dimensões da Whoqol-Bref (qualidade de vida) para idosos institucionalizados e não institucionalizados

	Idosos Institucionalizados (N = 50)	Idosos Não Institucionalizados (N = 50)
Whoqol Dimensão Física	61.00 (20.39)	63.43 (25.34)
Whoqol Dimensão Psicológica	66.25 (16.00)	65.17 (21.59)
Whoqol Dimensão Relações Sociais	72.67 (14.58)	65.83 (21.77)
Whoqol Dimensão Ambiente	75.19 (11.03)	67.06 (20.27)

Para testar a segunda hipótese, segundo a qual os idosos institucionalizados apresentam menores níveis de comunicação e satisfação com a família que os idosos não institucionalizados procedeu-se a uma análise de variância multivariada.

Análise do teste multivariado indica que existem diferenças significativas na comunicação com a família em função de estar ou não institucionalizado, $F(1,97) = 3.00$, $p = .054$, $\eta^2_{part} = .06$. O Teste between subjects revela que estas diferenças não são significativas nem relativamente à comunicação nem relativamente à satisfação com a família, $F(1,98) = .20$, $p = .660$, $\eta^2_{part} = .00$, $F(1,98) = 286$, $p = .094$, $\eta^2_{part} = .03$, respectivamente. No entanto podemos considerar que as diferenças relativamente à satisfação com a família são tendenciais.

Neste caso os idosos não institucionalizados apresentam médias significativamente mais elevadas que os institucionalizados (ver tabela 2).

Tabela 2

Médias e (desvios padrão) das Sub-escalas do Faces IV, Comunicação e Satisfação com a família para idosos institucionalizados e não institucionalizados

	Idosos Institucionalizados (N = 50)	Idosos Não institucionalizados (N = 50)
Faces Comunicação com a Família	3.70 (.92)	3.78 (.89)
Faces Satisfação com a Família	3.31 (.99)	3.65 (1.01)

Finalmente foi testada a hipótese segundo a qual é esperado que elevados níveis de comunicação e satisfação com a família revelem também maiores níveis de qualidade de vida observados.

Para testar esta hipótese foram realizadas quatro análises de regressão das quatro dimensões da escala de qualidade de vida sobre as duas dimensões da escala faces IV, comunicação e satisfação com a família.

Tabela 3

Coefficientes de regressão estandarizados e não estandarizados para as 4 regressões da Whoqol Bref sobre o Faces IV.

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
Whoqol Dimensão física					
Constante	26.60	8.83		3.01	.003
Faces	-.35	4.16	-.014	-.083	.934
Comunicação com a família					
Faces	10.61	3.71	.467	2.86	.005
Satisfação com a família					
R² = .208; R² ajustado = .192; F(2,97) = 12.74; p ≤ .001					
Whoqol Dimensão Psicológica					
Constante	37.5	7.39		5.07	.000
Faces	.121	3.48	.006	.035	.972
Comunicação com a família					
Faces	7.98	3.11	.426	2.57	.012
Satisfação com a família					
R² = .186; R² ajustado = .169; F(2,97) = 11.05; p ≤ .001					
Whoqol Dimensão Relações Sociais					
Constante	32.6	7.13		4.57	.000
Faces	7.30	3.36	.351	2.18	.032
Comunicação com a família					
Faces	2.69	2.10	.145	.897	.372
Satisfação com a família					
R² = .229; R² ajustado = .213; F(2,97) = 14.40; p ≤ .001					
Whoqol Dimensão Ambiente					
Constante	38.4	6.39		6.01	.000
Faces	8.12	3.01	.437	2.70	.008
Comunicação com a família					
Faces	.686	2.69	.041	.255	.799
Satisfação com a família					
R² = .223; R² ajustado = .207; F(2,97) = 13.91; p ≤ .001					

Foram utilizados índices não estandarizados porque todas as escalas de medida têm cinco pontos.

A comunicação com a família não é um preditor da dimensão física da qualidade de vida, mas a satisfação é. Quanto mais satisfação com a família melhor qualidade de vida na dimensão física.

O mesmo acontece com a dimensão psicológica. Quanto mais satisfação com a família, melhor qualidade de vida nesta dimensão.

A Satisfação com a família não é um preditor da dimensão das relações sociais na qualidade de vida, mas a comunicação é. Quanto maior a comunicação com a família melhor qualidade de vida na dimensão das relações sociais.

A comunicação, prediz igualmente a dimensão ambiente da qualidade de vida, ao contrário da satisfação. O que quer dizer que quanto maior a comunicação com a família melhor qualidade de vida na dimensão ambiente.

Cap. IV - Discussão

O presente estudo teve como objectivo principal comparar a qualidade de vida e a comunicação e satisfação com a família entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Foi igualmente objectivo, analisar a relação entre as variáveis estudadas. Desta forma foram colocadas três hipóteses.

A primeira hipótese colocada foi que os idosos institucionalizados apresentassem menores níveis de qualidade de vida observados, relativamente aos idosos não institucionalizados.

A formulação desta hipótese baseava-se na literatura segundo a qual, a qualidade de vida é um conceito multidimensional que engloba vários factores como a auto-estima, o apoio social e o apoio familiar. Este último assume mesmo uma importância fulcral na vida do idoso. As ligações familiares e afectivas vão reforçar todas as outras áreas das suas vidas e a institucionalização do idoso, conduz ao enfraquecimento destas ligações e vice-versa. Torna-se num ciclo vicioso que conduz à fragilização do idoso e sentimento de angústia por parte do mesmo (Agostinho, 2005; Bennet & Murphy, 1997; Imaginário, 2004; Paul & Fonseca, 2005).

O estudo realizado por Pereira e Roncon (2010), veio neste sentido, realçar a importância da estrutura e de um bom funcionamento e união familiar. Importância esta reforçada também no estudo de Andrade e Martins (2011).

O presente estudo não corrobora esta hipótese pois, perante os resultados apresentados, os idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de qualidade de vida ambiental e social, sendo que nesta última as diferenças não sendo significativas são tendenciais. Nas duas dimensões restantes (física e psicológica), os dois grupos de idosos (institucionalizados e não institucionalizados) não mostram diferenças significativas.

Uma possível explicação para estes resultados é que do ponto de vista ambiental e social, os idosos institucionalizados, encontram-se acompanhados permanentemente, fomentando também o convívio e criando novas relações sociais, novas ligações afectivas, novos objectivos e novas estratégias que preenchem o seu dia-a-dia como refere Oliveira (2005) Fomentando estas novas ligações, acabam por não sentir diferenças do ponto de vista físico ou psicológico, uma vez que, fisicamente têm todos os recursos que necessitam e psicologicamente acabam por fazer parte de um novo sistema.

Segundo a segunda hipótese colocada, era esperado que os idosos institucionalizados apresentassem menores níveis de comunicação e satisfação com a família que os idosos não institucionalizados.

O que a pesquisa bibliográfica efetuada nos mostra é que a comunicação e a satisfação com a família são conceitos que interagem entre si e se completam para originar uma estrutura familiar coesa, onde existe e é estimulada a transmissão de ideias, a compreensão, a empatia e suporte; no fundo origina um bom funcionamento familiar. Por outro lado a ausência deste bom funcionamento é um dos principais motivos que conduzem à institucionalização do idoso (Olson & Barnes; Gimeno, 2001; Beavers & Hampson, 1995; Imaginário, 2004; Carvalho & Dias, 2011).

O estudo de Pimentel (2005) vem de encontro à literatura, na medida em que reforça a ideia da conflitualidade das relações familiares como factor precipitante para a institucionalização do idoso.

Os resultados obtidos no presente estudo confirmam parcialmente esta hipótese mostrando que apesar de as diferenças encontradas não serem significativas, tendencialmente os idosos não institucionalizados apresentam maiores níveis de satisfação com a família relativamente aos idosos institucionalizados. De facto, cuidar de um idoso dependente é muitas vezes considerado uma experiência desgastante para o seu cuidador (Figueiredo et al, 2012). Juntando a este aspecto a falta de coesão familiar, ausência de suporte, e o sentimento de abandono muitas vezes associado à institucionalização do idoso (Imaginário, 2004), torna-se lógico, justificar este resultado, visto que uma vez institucionalizado o idoso se sente muitas vezes mais distante também do seu seio familiar diminuindo a satisfação com o mesmo. Enquanto, sentindo-se parte integrante e funcional neste sistema mostrará também maiores níveis de satisfação com o mesmo.

Como terceira hipótese era esperado que elevados níveis de comunicação e satisfação com a família revelem também maiores níveis de qualidade de vida observados.

Como foi referido varias vezes ao longo deste trabalho, a qualidade de vida é um conceito complexo e multidimensional, ela varia consoante o sujeito, as condições e necessidades do mesmo. Factores como inclusão e coesão são de destaque aqui e espelham-se nas suas relações interpessoais. Aqui, mais uma vez, a família assume um papel fundamental

para o equilíbrio biopsicossocial do idoso. Ela fomenta a confiança em si próprio bem como a sua auto-estima. Factores que, por sua vez, iram influenciar positivamente os restantes sistemas presentes na vida do idoso. A esta interacção esta intimamente ligada a comunicação que é uma componente fundamental para que a mesma se desenvolva. Uma vez que a comunicação é positiva, vai conduzir com toda a certeza a maiores níveis de satisfação com a família também. Isto vai conduzir-nos a níveis mais elevados de equilíbrio e consequentemente maior qualidade de vida (Sousa et al, 2004; Jacob, 2007; Walker, 2005; Atkinsor & Zibin, 1996; Imaginário, 2004; Agostinho, 2004; Olson & Barnes, 2011; Olson & Gorral, 2003).

O estudo de Araújo e Santos (2012) apoia parcialmente a literatura, mostrando que familiares que cuidem de idosos dependentes tendem a apresentar maiores níveis de coesão, mostrando pertencer a famílias mais adaptadas, no entanto também apresentam, maiores níveis de idealização, ou seja, anseiam por uma coesão superior à real. Também Pereira e Roncon (2010), realçam a importância da relação familiar com tudo o que a mesma implica, para a qualidade de vida do idoso.

Os resultados do presente estudo corroboram parcialmente a literatura e os estudos encontrados revelando que, no que respeita à dimensão física e psicológica, a comunicação não exerce qualquer influência sobre as mesmas mas o mesmo não se pode dizer da satisfação com a família que contribui para o aumento da qualidade de vida nestas dimensões. Já nas restantes (dimensão das relações sociais e ambiental), é a comunicação com a família que contribui positivamente para o seu aumento, sendo que a satisfação com a família em nada se relaciona.

A satisfação com a família, remete-nos para a realização pessoal dentro da mesma e consequentemente menores níveis de stress como refere Olson & Gorral (2013). Assim sendo, esse bem-estar psicológico vai refletir-se também no espaço físico do idoso e nomeadamente o espaço físico familiar onde o mesmo se encontra. Por outro lado, a comunicação promove as relações sociais do mesmo, as suas interações e estabelecimento de novas relações em novos ambientes. Esta será portanto uma possível explicação para estes resultados.

Como limitações para este estudo podemos apontar pouco suporte teórico encontrado sobre a comunicação e a satisfação com a família do ponto de vista do idoso. Não foi tido em conta as diferenças em termos de estrutura e de elementos de cada família a que os

participantes pertenciam, factor este que talvez tenha influenciado os resultados, mas para um estudo desta dimensão seria muito difícil realizar também essa análise ou restringir dessa forma a amostra.

Consideramos esta uma boa proposta para estudos posteriores, ter em conta factores como o estado civil, bem como realçar mais as histórias familiares de cada idoso, as suas experiências e a importância das mesmas nas suas vidas. Também é de extrema importância estudos que se debrucem mais sobre a perspectiva do idoso relativamente ao funcionamento familiar em vez da perspectiva dos seus cuidadores. Seria igualmente interessante replicar o estudo em outras áreas geográficas a fim de perceber se existem diferenças entre o meio urbano e rural.

Conclusão

O envelhecimento é mais que um dado demográfico, é um fenómeno social em crescimento e, por esse motivo cada vez mais se torna importante refletir sobre o mesmo a fim de proporcionar a melhoria das condições de vida nesta fase. A velhice não deve ser vista como um processo individual mas antes como um fenómeno que exige adaptação social. Do ponto de vista económico e produtivo, a sociedade se confronta-se com o aumento do número de cidadãos reformados, no que respeita à medicina tem de se criar novos mecanismos e actualizar soluções para responder as necessidades implícitas a esta fase. Existe portanto o contributo social para a qualidade de vida do idoso, no fundo para uma velhice bem-sucedida que passa assim por três factores principais: a redução da probabilidade do surgimento de doenças, manutenção dos níveis de funcionalidade tanto física como cognitiva e, manutenção do empenhas nas funções sociais (Fontaine, 2000).

Ao concluir o presente estudo, podemos de facto realçar a importância das redes de apoio mais próximas aos idosos que, são em muitos casos a família ou alguém que a substitua, com quem o idoso partilhe experiências, emoções e afectividade. Visto que, com o avançar da sociedade cada vez mais as famílias deixam de ter a disponibilidade necessária para prestar o suporte emocional imprescindível para o idoso, este procura-o muitas vezes em elementos fora do seio familiar, apesar de o considerarem como parte integrante do mesmo (Pimentel, 2005).

Ao longo desta pesquisa, e a título de reflexão pessoal, pude constatar que, independentemente de estar institucionalizado, o idoso pode manter as suas relações afectivas, as suas relações sociais e a sua autonomia contribuindo assim para o seu equilíbrio biopsicossocial e consequentemente para a sua qualidade de vida. A institucionalização não tem de ser vista necessariamente como um aspecto negativo, pois tudo depende da personalidade, das características de cada idoso e das necessidades que são ou não atendidas no local onde o mesmo se encontra seja em contexto familiar ou institucional. A qualidade de vida, a comunicação e a satisfação com a família não são aspectos que se consigam estudar numa linha mais superficial, mas há que atender às diferenças individuais e necessidades específicas de cada indivíduo, tanto ao nível emocional, social como físico. No fundo é atender à característica base de qualquer ser humano que é a sua complexidade e ao mesmo tempo a sua individualidade.

Referências

- Agostinho, P. (2004). *Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento*. Revista Portuguesa de Psicossomática, nº 1 (6), pp. 31-36.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). *Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos*. Millenium, 40: 185-199
- Araújo, I, & Santos, A. (2012). *Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação*. Revista de enfermagem. III serie nº6. Março. 95-102.
- Atkinson, M. J. & Zibin, S. (1996). *Quality of Life Measurement Among Persons With Chronic Mental Illness: Critique of Measures and Methods*. Ontario: Publications Health Canada.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging. Perspectives from the behavioral Sciences*. New York: University of Cambridge.
- Beavers, W. R. & Hampson, R. B. (1995). *Famílias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1997). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Berryman, J. C., Hargreaves, D., Herbert, M., & Taylor, A. (2002). *A Psicologia do Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Brown, P. J. & Roose, S. P. (2011). *Age and anxiety and depressive symptoms: the effect on domains of quality of life*. Int J Geriatric Psychiatry. Dec; 26(12): 1260-1266.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T, & Carona, C. (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. Em L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol. III. Coimbra: Quarteto.
- Duarte, A., Joaquim, N., Lapa, F. & Nunes, C. (2014). *Qualidade de vida e suporte social dos utentes da rede cuidados domiciliários*. Psicologia, Saúde & Doenças, 15(3) 623-634.
- Figueiredo, D., Lima, M. P. & Sousa, L. (2012). *Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: rede social pessoal e satisfação com a vida*. Psicologia, Saúde & Doenças, 13(1), 117 – 129.

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler

Carvalho A, (1988). *Os Gerontes na Urgência e Ambulatório em Saúde mental*. Anais Portal saúde Mental.11-120. Lisboa: Direcção de sociedade portuguesa para o estudo de saúde mental.

Carvalho, M. P. R. S. & Dias, M. O. (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millenium, 40: 161-184.

Constituição da república Portuguesa. (1976) Artigo 72º. Revista pelas leis constitucionais nºs 1/89 de 30 de Setembro, 1/89 de 8 de Julho, 1/92, de 25 de Novembro, 1/97, de 20 de setembro, 1/2001, de 12 de dezembro, 1/2004 de 24 de Julho e 1/2005 de 12 de Agosto. Consultada a Novembro de 2014, através de <http://jorgesampaio.arquivo.presidencia.pt/pt/republica/constituicao/index.html>

Correia, J. M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade aberta.

Direcção Geral de saúde. Consultado em Dezembro de 2014 através de <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/servicos/dgs.htm>.

Erikson, E. H. (1987). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zehar Editores.

Feldman, R. S. (2001). *Compreender a Psicologia*. Lisboa: McGraw-Hill.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi

Gimeno, A. (2001). *A Família. O Desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Pinto, C. F. & Fonseca, A. M. (2006). *Promoção da qualidade de vida dos idosos Portugueses através da continuidade de tarefas produtivas*. Psicologia, Saúde & Doenças, 7 (1), 137-143.

Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau

Instituto Nacional de Estatística (INE). Consultado em Março de 2015 através de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: actividades*. Porto: Âmbar.

Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis.

- Olson, D. H. (2000). *Circumplex Model of Marital and Family Systems*. Journal of Family Therapy, 22, 144-167.
- Olson, D. H. (2011). *Faces IV and the Circumplex model: Validation study*. Journal of Marital & Family Therapy. Vol. 3, 64-80.
- Olson, D. H. & Barnes H. (s.d.). *Family Communication*. Life Innovations, Inc. Minneapolis. P.O. Box 190.
- Olson D. H. & Gorall D. M. (2003). *Circumplex model of marital and family systems*. In F. Walsh (Ed.), Normal Family Processes (3ªEd., pp. 514-547). New York: Guilford.
- Olson, D. H., Russell, C. S. & Sprenkle, D. H. (1980). *Marital and family therapy: A decade review*. Journal of Marriage and the Family, 42, 973-993.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi
- Pereira, M. G. & Roncon, J. (2010). *Relacionamento Familiar em Pessoas Idosas: Adaptação do Índice de Relações familiares (IFR)*. Psicologia, Saúde & Doenças. 11(1), 41-53.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto
- Ribeiro, A. R. (2013). *Serviço social na saúde*. Lisboa: Pactor.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget
- Santin, J., R. & Borowski M., Z. (2008). *O Idoso e o Principio Constitucional da Dignidade Humana*. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. Vol. 5:. N. 1, p.141 – 153.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Tennstedt, S., Mckinlay, J. & Sullivan, L. (1989). *Informal care for Frail Elders: The role of secondary caregivers*. The Journal of gerontology, psychological sciences & social sciences. 29 (5) 677-683.
- Walker, a. (2005). *A European perspective on quality of life in old age*. Eur. J. ageing. 2:2-12.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D D. (1967). *Pragmática da comunicação humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.

Anexos

Anexo 1 – Pedido de autorização institucional

Mara Correia

mararutecorreia@gmail.com



Pedido de autorização Institucional

Ao Director(a) da Residência

Exmo(a) Senhor(a) Director (a)

O meu nome é Mara Correia e, sou aluna do mestrado de Psicologia da Saúde, na universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

Encontro-me a realizar uma investigação sobre a qualidade de vida e o funcionamento familiar na população idosa. Neste contexto, venho por este meio, solicitar autorização para a recolha da amostra na vossa instituição.

Os dados recolhidos são confidenciais e em momento algum os participantes serão identificados. Igualmente em momento algum, o funcionamento da instituição será posto em causa.

Em anexo ao pedido de autorização, coloco o protocolo de investigação.

Encontro-me disponível para quaisquer esclarecimentos

Atenciosamente

Mara Correia

Anexo 2 – Protocolo de Investigação

O presente trabalho de investigação, tem como objectivo estudar a qualidade de vida e a comunicação e satisfação familiar na população idosa.

Em nenhum dos seguintes instrumentos existem respostas certas ou erradas e a confidencialidade e o anonimato do participante será sempre mantida.

Questionário Sociodemográfico

O questionário que se segue destina-se apenas, à caracterização da população em estudo, pelo que, em nada o(a) identificará.

1 - Idade: _____

2 - Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

3 – Estado civil: ☐ Solteiro (a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto
☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

4 – Tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

5 – Se respondeu “Sim” na questão anterior refira quantos: _____

6 – Vive Acompanhado(a)? ☐ Sim ☐ Não

7 - Se respondeu “Sim” na questão anterior refira com quem

☐ Com a(o) esposa(o) ☐ Com vários familiares
☐ Com um(a) amigo(a) ☐ Numa instituição ☐ Com um(a) filho(a)

8 – Com que frequência o(a) (s) seu(a) (s) filho(a)(s) o (a) visita (m)?

☐ Nunca ☐ De dois em dois meses ☐ Uma vez por mês
☐ Duas vezes por mês ☐ Uma vez por semana ☐ Duas vezes por semana
☐ Diariamente

9 – Sente que, à medida que o tempo passa a solidão aumenta? ☐ Sim ☐ Não

10 – Tem algum problema de Saúde? ☐ Sim ☐ Não

WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life)

Versão original da OMS

Versão Portuguesa: Canavarro, M., Simões, M., Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T. & Carona, C.

Instruções:

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeira à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas ultimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas ultimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas					

	necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas ultimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto esta satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Até que ponto está satisfeito(a) consigo					

(F6.3)	próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?					

Faces IV – Versão Portuguesa – 2011**Sub-escalas de comunicação e satisfação com a família**

Versão original: Gorall, Tiesel & Olson, 2004, 2006

Versão portuguesa: salvaterra, F, Salvaterra, M. & Silva, F. 2011

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e assinale com uma (x) no quadrado respectivo, a que está mais de acordo com a percepção que tem da sua família. Não há respostas certas ou erradas. Responda, por favor a todas as questões e de forma sincera.

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1 – Na nossa família os membros sentem-se satisfeitos com a forma como comunicam uns com os outros.					
2 – Os membros da nossa família são muito bons ouvintes.					
3 – Os membros da nossa família expressam sentimentos de afecto uns pelos outros.					
4 – Os membros da nossa família são capazes de pedir uns aos outros aquilo de que precisam.					
5 – Os membros da nossa família conseguem discutir calmamente os problemas uns dos outros.					
6 – Os membros da família discutem as suas ideias e as suas crenças uns com os outros.					
7 – Na nossa família, quando fazemos perguntas uns aos outros, obtemos respostas sinceras.					
8 – Na nossa família tentamos entender os sentimentos uns dos outros.					
9 – Na nossa família, quando nos zangamos, raramente dizemos coisas negativas uns aos outros.					
10 – Na nossa família costumamos expressar os nossos verdadeiros sentimentos uns aos outros.					

Agora responda de acordo com o grau de satisfação relativamente à sua família:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Geralmente satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito
11 – O grau de proximidade entre os membros da família.					
12 – A capacidade da sua família lidar com o stress					

13 – A flexibilidade da sua família.					
14 – A capacidade da sua família para partilhar experiências positivas.					
15 – A qualidade da comunicação que existe entre os membros da família.					
16 – A capacidade da família para resolver conflitos.					
17 – A quantidade de tempo que passa em conjunto com a sua família.					
18 – A forma como os problemas são discutidos.					
19 – A justiça das críticas na sua família.					
20 – A preocupação dos membros da sua família uns com os outros.					

Obrigado pela sua colaboração!