

SANDRA SAMIRA DA MOURA TEIXEIRA

**SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA:
COMPARAÇÃO ENTRE ADULTOS JOVENS E IDOSOS**

Orientador: Manuela Guerreiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

SANDRA SAMIRA DA MOURA TEIXEIRA

**SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA:
COMPARAÇÃO ENTRE ADULTOS JOVENS E IDOSOS**

Dissertação apresentada para a obtenção de 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.

Orientador: Professora Doutora Manuela Guerreiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante na minha vida, queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada, e que direta ou indiretamente tornaram possível a realização desta dissertação. Esta é mais uma etapa concluída da minha vida, uma de muitas certamente.

Quero agradecer a minha orientadora Professora Doutora Manuela Guerreiro, pela simpatia, pela enorme ajuda durante esta fase, foi uma peça fundamental.

Aos meus pais um agradecimento para a vida, pela vida, pois sem eles nada disto seria possível, À minha mãe obrigado por tudo, por tudo mesmo, porque sem ela nada disto seria possível. Obrigado pelo Amor, pelo Carinho pela Compreensão, por esses anos todos de dedicação, Obrigado por quem sou. Obrigada aos meus irmãos, aos meus sobrinhos, obrigada à minha família por fazerem com que tudo tenha um sentido.

Obrigada Patrícia Rosário por tudo mesmo foste fundamental, Raquel Souza pela força e coragem que sempre transmitiste por tudo, sem vocês nada disto tinha sentido. Agradeço à Angela Vaz, Eugenia Francisco, Elione Teque, Vanda Rodrigues, Emanuel Domingos, Fábio Inês Vieira, Sidneia Rocha, Sofia, Ana Margarida, Celina Alfama, um muito obrigado a todos, cada um de vocês é um pedaço desta dissertação. Um agradecimento a todos os professores que foram passando pela minha formação e transmitindo um pouco do seu conhecimento. A todos os meus colegas de curso, um muitíssimo obrigado pelas vivências partilhadas, no entanto um obrigado especial á Joana Azinhaes, Claudia Grilo, Sofia Godinho, Marta Becalli, Vânia Bento pela amizade e pela partilha.

Um muito obrigado a todos os outros presentes nesta etapa, que á sua maneira contribuíram para que esta pudesse findar. Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer a todas as pessoas que ajudaram nos questionários, ao centro de copias twindocs, amigos, amigos de amigos, familiares, um muito obrigado às instituições Centro Social Paroquial Nossa Senhora de Porto Salvo e Associação de Reformados de Falagueira que permitiram a realização deste trabalho, um muito obrigado aos idosos que se disponibilizaram a responder, e contando um pouco das suas historias de vida, muitas me tocaram, as funcionarias das instituições. Fazer esta dissertação foi um grande aprendizado, conheci realidades desconhecidas, a realidade dos idosos no nosso país.

Muito Obrigado a todos

Resumo

Considerando a crescente importância dos conceitos de qualidade de vida e suporte social relacionados com a saúde dos idosos e a escassez de estudos existentes em indivíduos adultos, mais novos, pretende-se realizar um estudo, com o objetivo de comparar e analisar estas variáveis nos dois grupos etários.

Este estudo comparativo, de diferentes aspetos da qualidade de vida e suporte social, envolve sujeitos mais novos (que designaremos apenas por adultos) e adultos idosos (que passaremos a designar por idosos).

Foram utilizados cinco instrumentos de medida: World Health organization Quality of life-Bref (WHOQOL-BREF), concebida para avaliar a qualidade de vida; Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), que avalia o suporte social; Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), construída para medir a satisfação com a vida; Escala de Depressão Geriátrica (GDS); para avaliar o grau de sintomas depressivos na população idosa; e, por último, o Mini Exame do Estado Mental (MMSE), instrumento que avalia o estado cognitivo. A amostra é de conveniência, inclui 110 sujeitos, 60 do grupo dos adultos jovens com idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos, (M=30,38; DP=4,89) e 50 do grupo dos idosos, com idades acima dos 65 anos idades (M=72,92;DP=6,82). A consistência interna dos itens de cada componente foi testada através do alpha de Cronbach, tendo sido aceite a consistência interna a partir de valores iguais ou superiores a 0.7.

Os resultados revelaram que variáveis sociodemográficas como as habilitações literárias e o estado civil influenciam a qualidade de vida.

Foi confirmada a hipótese do estudo, de que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de percepção do suporte social em idosos, no ESSS-TOTAL e no fator satisfação família, isto é, os idosos tem maior percepção de suporte social nestes. Em relação a qualidade de vida existem diferenças estatisticamente significativas no grupo dos adultos, na escala WHOQOL-BREF- TOTAL, e nos restantes domínios.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, Suporte Social, Adultos Jovens, Idosos

Abstract

Considering the growing importance of quality of life and social support concepts related to health of elderly and the shortage of existing studies in adults, younger, we intend to conduct a study in order to compare and analyze these variables in both age groups.

This comparative study, of different aspects of quality of life and social support, involves younger individual (that we will designate only by adults) and elderly adults (that we will designate by elderly).

It was used five measuring instruments: World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), designed to evaluate quality of life; Satisfaction with Social Support Scale (SSSS), that evaluate social support; Satisfaction with Life Scale (SWLS), built to measure satisfaction with life; Geriatric Depression Scale (GDS), to evaluate the degree of depressive symptoms in the elderly; and, for the last, Mini-Mental State Examination (MMSE), instrument that evaluate the cognitive state. The sample of convenience includes 110 subjects, 60 of young adults group with ages between 25 and 40 years old ($M=30,38$; $SD=4,89$) and 50 of elderly group, with age over 65 years old ($M=72,92$; $SD=6,82$). Items internal consistence of each component was tested by Cronbach's alpha, and accepted internal consistence from values equal to or greater than 0,7.

The results revealed that sociodemographic variables such as qualifications and marital status influence quality of life.

Study hypothesis was confirmed, that there are significant differences between perception of social support levels in the elderly, in SSSS-TOTAL and in satisfaction with family factor, ie, the elderly have higher perceptions of social support in these. Regarding the quality of life there are statistically differences in the adult group, in WHOQOL-BREF-TOTAL scale and for other areas.

Key words: Quality of Life; Social Support; Adults; Eldery

Lista de Siglas e Abreviaturas

CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (do inglês, <i>Diagnostic Statistical Manual</i>)
ESSS	Escala de Satisfação com Suporte Social
GDS	Escala de Depressão Geriátrica (do inglês, <i>Geriatric Depression Scale</i>)
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
QDV	Qualidade de Vida
SWLS	Escala de Satisfação com a vida (do inglês, <i>Satisfaction With Life Scale</i>)
UMHP	Projeto para o Desemprego e Doença Mental (do inglês, <i>Unemployment and Mental Health Project</i>)
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life – Bref</i>

Índice Geral

Introdução	9
Capítulo 1 - Enquadramento Teórico	13
1.1 Definição de Conceitos.....	14
1.1.1 Suporte Social	14
1.1.1.1 Suporte social formal e informal	16
1.1.1.2 Níveis de Análise do Suporte Social	16
1.1.1.3 Tipos e Funções do Suporte Social	17
1.1.2 Qualidade de Vida.....	17
1.1.2.1 Modelos de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde	20
1.2 Envelhecimento	22
1.2.1 Problemas de Saúde e Sociais que reduzem a Qualidade de Vida.....	25
1.3 Adultos Jovens.....	27
1.3.1 Fatores que influenciam Qualidade de Vida dos Adultos Jovens	27
1.3.1.1 Stress	27
1.3.1.2 Depressão	28
1.3.1.3 Desemprego.....	30
1.3.1.4 Divórcio.....	31
Capítulo 2 - Metodologia	33
2.1 Participantes	34
2.2 Instrumentos	35
2.2.1 Questionário Sociodemográfico.....	35
2.2.2 Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS)	35
2.2.3 WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref)	37
2.2.4 Mini Mental State Examination (MMSE).....	38
2.2.5 Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	38
2.2.6 Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)	39
2.3 Procedimento	41
Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados	43
3.1 Diferenças nas escalas SWLS, WHOLOQ, ESSS entre dois grupos	44
3.2 Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOLOQ, GDS, SWLS em função do Agregado familiar.....	45

3.3 Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOLOQ, GDS, SWLS em função da Etnia.	46
3.4 Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOLOQ, GDS, SWLS em função da Religião.	48
3.5 Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOLOQ, GDS, SWLS em função do Local de recolha.	49
3.6 Análise dos dois grupos em função Estado civil.	51
3.7 Análise dos idosos em função das habilitações literárias.	53
Capítulo 4 - Discussão dos Resultados	56
Conclusão	63
Referências Bibliográficas	64
Apêndices	I
Apêndice I – Protocolo de Investigação	II
Apêndice II – Pedido de Autorização para utilizar os Questionários Escala de Suporte Social e WHOQOL-BREF	XIII

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da Amostra	34
Tabela 2 - Consistência interna dos Instrumentos.....	41
Tabela 3 - Análise das escalas SWLS, WHOQOL, ESSS, nos dois grupos.	44
Tabela 4 - Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOQOL, GDS, SWLS em função do agregado familiar; Estatística utilizada Independent Sample T-test	46
Tabela 5 - Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOQOL, GDS,SWLS em função da etnia; Estatística utilizada Independent Sample T-test.....	47
Tabela 6 - Análise em função da religião; Estatística utilizada Independent Sample T-test.....	48
Tabela 7 - Análise em função do local; Estatística utilizada One –way Anova.....	50
Tabela 8 - Análise em função do Estado Civil dos Adultos.....	51
Tabela 9 - Análise referente ao Estado Civil dos idosos	52
Tabela 10 - Análise referente às Habilidades Literárias do grupo dos adultos	53
Tabela 11 - Análise referente às Habilidades Literárias do grupo dos idosos.....	54
Tabela 12 - Análise referente à Escala GDS	55

Introdução

A procura pela qualidade de vida (QDV) é atualmente idealizado entre milhares de pessoas do mundo inteiro e recentemente este tema tem sido estudado em diferentes áreas do conhecimento. Segundo aborda Forquhard (1995), a falta de consenso conceitual é marcante, devido à sua complexidade e utilização por diversas áreas de estudo. Dependendo da área de interesse, o conceito, muitas vezes, é adotado como sinónimo de saúde (Michalos, Zumbro & Hubley, 2000; Schmidt, Power, Bullinger & Nosikov, 2005), felicidade e satisfação pessoal (Renwick & Brown, 1996), condições de vida (Buss, 2000), estilo de vida (Nahas, 2003), entre outros; sendo os seus indicadores avaliados desde os aspetos económicos até à satisfação em diferentes outros aspetos da vida.

A perceção do individuo sobre a sua posição na vida, insere-se no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e a relação com os seus objetivos, expectativas e preocupações (Whoqol, 1994).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QDV traduz-se na perceção que os indivíduos têm de que as suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda que lhes estão sendo recusadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, independentemente do seu estado de saúde física ou das suas condições sociais e económicas (OMS, 1998).

Leal (2008) defende a multidimensionalidade do conceito, defendendo a existência de quatro diferentes perspetivas de QDV: biológica, psicológica, cultural e económica.

Na perspetiva biológica, a QDV é a perceção que o indivíduo possui da doença física, a capacidade que presume ter para executar determinadas tarefas as quais, antes de efetuadas quaisquer alteração no seu estado de saúde, realizava sem dificuldades.

A perspetiva cultural está relacionada com o facto de o conceito de QDV se alterar consoante a época e à medida que a ciência e a tecnologia avançam, a saúde e habitação se desenvolvem. Esta perspetiva encontra-se igualmente relacionada com o fator educação, isto é, hábitos e valores transmitidos de pais para filhos característico do meio cultural onde estão inseridos, realidade que vai influenciar a personalidade e a sua definição de QDV.

Na perspetiva económica, a QDV não se resume meramente ao suporte financeiro e aos bens materiais que cada individuo possui, como também aos sentimentos que a eles se

encontram associados. Não existe consenso nos investigadores acerca da QDV nesta perspetiva, porém não é abundância de bens materiais e financeiros que vai determinar a existência de QDV nas pessoas (Leal, 2008).

Por fim, na perspetiva psicológica, a QDV de um indivíduo deriva muito da sua personalidade. Os investigadores apontam três pontos principais: felicidade, satisfação com a vida e o estado de ânimo. Todavia, a QDV é a autoestima e respeito pelo seu semelhante, é conseguir superar as adversidades da vida mantendo o equilíbrio mental e saber aproveitar os momentos de felicidade, é saber manter relações sociais, é ter boas expectativas em relação ao futuro, é ajudar o próximo, é ser fiel a si próprio, é gostar da vida, é ser ético.

Assim sendo segundo Leal (2008) avaliar a QDV ao nível psicológico é, por exemplo, avaliar a imagem corporal, a atividade profissional, a capacidade de realizar atividades de vida diária, a mobilidade, a capacidade para manter relações com os outros, a saúde e os aspetos que cada um considera contribuir para a sua felicidade.

O suporte social é caracterizado pela “existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, et al., 1983, p. 127).

Cobb (1976), num texto clássico, define suporte social como sendo informação pertencente a uma de três classes: informação que leva o sujeito a acreditar que é amado e que é alvo de preocupação por parte das pessoas; informação que faz com que o indivíduo acredite que é apreciado e que tem valor; informação que conduz o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

Dunst & Trivette (1990) argumentam que o suporte social se caracteriza pelos recursos que estão ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Cramer, Henderson & Scott (1997) distinguem suporte social percebido versus suporte social recebido. O primeiro para explicar o tipo de suporte social que o indivíduo depreende como estando acessível caso queira usufruir dele, e o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém. Estes mesmos autores fazem outra distinção, desta vez entre suporte social descrito versus suporte social avaliado, o primeiro diz respeito à presença de um tipo particular de comportamento de suporte e o segundo para se referir a avaliação de que esse comportamento de suporte social é entendido como sendo satisfatória ou que serviu de ajuda.

Singer & Lord (1984) explicam que o suporte social pode ser informacional, emocional ou material e, em termos de quem o fornece, pode ser pessoal ou interpessoal, fornecidos por amigos, familiares, conhecidos: pode ser relativamente formal, fornecido por organizações e associações tais como grupos religiosos, ou organizações não-governamentais de base comunitária: ou pode ser do tipo profissional em termos de consulta ou terapia.

Dunst & Trivette (1990), estabelecem a distinção entre duas fontes de suporte social: informal e formal. As primeiras englobam, simultaneamente os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padres, etc.) e os grupos sociais do dia-a-dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos. As redes de suporte social formal abrangem de igual modo as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos assistentes sociais, psicólogos, etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Dentro deste contexto das diferentes concepções de QDV e suporte social, o nosso estudo propõe-se comparar as características destes dois conceitos entre adultos jovens e idosos. Tendo em conta que não existem estudos que analisem a QDV e o suporte social na população adulta considero que a investigação nesta área representa uma mais-valia, porque poderá trazer algo de novo na investigação deste tema.

Neste estudo pretende-se dar respostas às seguintes questões:

- 1) Existem diferenças nos idosos, em relação ao tipo de local onde estão inseridos (Centro Dia; Centro Convívio; Comunidade; Associação de Reformado)?
- 2) Existem diferenças significativas de qualidade de vida em relação ao estado civil, habilitações literárias e ao tipo de agregado familiar tanto nos adultos como nos idosos?
- 3) Existir diferenças significativas de qualidade de vida em relação à religião e etnia?
- 4) O género terá relação na sintomatologia depressiva

Coloca-se a hipótese de que “Os adultos jovens têm melhor qualidade de vida em relação aos idosos, ao passo que os idosos têm mais suporte social do que os adultos jovens”.

Foram considerados critérios de inclusão: adultos jovens com idades entre os 25 e os 40 anos de idade e idosos com idades acima dos 65 anos de idade, que dominem a língua portuguesa, alfabetizados ou não. Como critérios de exclusão: a presença de défice cognitivo que comprometa a compreensão das escalas, pelo que será usado, para os sujeitos com mais de 65 anos, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e serão excluídos os sujeitos com resultados inferiores aos valores do grupo de referência (Guerreiro et al, 1994); presença de

défice auditivo e/ou visual que impeça a aplicação das escalas; presença de doença psiquiátrica ou neurológica.

Para este estudo foi utilizada uma amostra de conveniência, constituída por 60 adultos jovens com idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos de idade e 50 idosos com idades acima dos 65 anos de idade.

O presente trabalho consolida-se em quatro capítulos: o primeiro é relativo à revisão da literatura existente sobre o assunto estudado; no segundo capítulo foram abordados os aspetos metodológicos da pesquisa tais como o objetivo geral, participantes, instrumentos, e os procedimentos seguidos; no terceiro foram apresentados os resultados da pesquisa, no quarto capítulo foi feita a interpretação e a discussão dos resultados obtidos, por fim, foram apresentadas as conclusões desde estudo.

As normas utilizadas para citações e referenciação bibliográfica, para a parte textual e para as tabelas foram as definidas pela American Psychological Association (APA) adaptadas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Capítulo 1

Enquadramento Teórico

1.1 Definição de Conceitos

1.1.1 Suporte Social

O conceito de suporte social tem sido utilizado em muitos e vários sentidos, tanto como rede social, como contactos sociais significativos, como companhia humana.

Para Caplan (1974), os sistemas de suporte social são agregados sociais contínuos que atribuem ao individuo a oportunidades para obter *feedback* sobre si mesmo e confirmar as suas expectativas sobre os outros. Os estudos desenvolvidos por este autor constituem a base fundamental para a conceptualização e investigação do suporte social, introduzindo o termo «sistema de suporte», que abarca as ligações sociais no seu todo - família, vizinhos, associações locais e agências governamentais - que prestam apoio informal e formal ao individuo através da mobilização dos seus recursos psicológicos.

De igual modo, o suporte social tem sido caracterizado como a união entre indivíduos ou entre indivíduos e grupos, do que decorre uma melhor competência adaptativa para ultrapassar desafios, tensões e privações a curto prazo (Caplan & Killilea, 1976).

Na mesma linha de pensamento, Lin et al. (1986) definem suporte social como sendo ações instrumentais ou emocionais percebidas pela comunidade, redes sociais ou pelos parceiros próximos.

Numa perspetiva diferente Sánchez (1991), caracteriza o suporte social como se tratando de algo de pessoal, cujo componente mais subjetivo é designado de «suporte social percebido», enquanto as «redes de apoio» são algo de sociocultural e objetivo que, como tal, admite análises a um nível social, diferentes ainda que complementares.

Por esta razão, Ribeiro (1999a) distingue suporte social percebido versus suporte social recebido. O primeiro refere-se ao suporte social que o individuo percebe como disponível se precisar dele, no segundo caso descreve o suporte social que foi recebido por alguém.

House & Kahn (1985), efetuaram um trabalho sobre medidas e conceitos do suporte social, no estudo defendem diversas formas de tratar da sua definição, tais como:

- a) A conceptual ou operacional, quanto à existência ou quantidade das relações sociais;
- b) Em termos da estrutura das relações sociais do individuo;

- c) Em termos do conteúdo funcional das relações, tais como: o grau das relações que envolvem fluxos de tipo afetivo ou emocional, a ajuda instrumental, a informação, entre outros.

Como designou Weiss (1974), as funções proporcionadas pelo suporte social abrangem a integração social, a estima, os laços de confiança, a orientação, e a oportunidade de expressão de sentimentos positivos.

Na mesma perspetiva, Cobb (1976) defende que o suporte social consiste na informação que leva os indivíduos a acreditarem que são amados, estimados, valorizados e que pertencem a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

Porém, na visão de Beel (1981), o suporte social é limitado ao estado de saúde, pelo que pode ser conceptualizado como a associação dos fatores presentes no meio social que promovem o curso favorável do estado de saúde do indivíduo.

Num sentido mais amplo, House (1981) caracteriza o suporte social como sendo um conjunto de transações interpessoais que envolvem: a) um interesse ou preocupação a nível afetivo/emocional, como simpatizar, gostar ou amar; b) a ajuda instrumental de bens e serviços; c) o fornecimento de informação acerca do meio envolvente; e d) o reconhecimento pessoal. Estas características interacionais podem ser vistas nas relações familiares, conjugais, de amizade, de vizinhança, de trabalho, etc.

Nesta mesma linha, Thoits (1982) conceptualiza o suporte social como uma função do grau de satisfação das necessidades sociais básicas - afeto, estima, pertença, identidade e segurança -, obtido através da interação com os outros. A satisfação destas necessidades é feita através de relações de ajuda, as quais podem ser agrupadas em duas categorias: a ajuda emocional, por intermédio da compreensão, do afeto e da estima; e a ajuda instrumental, pelo aconselhamento, o fornecimento de informação e a assistência material.

Contudo, o suporte social e os recursos de ajuda podem ser analisados independentemente, como conceitos distintos, embora, segundo Turner (1983), reconhecendo-se a existência de uma relação causal entre ambos. Embora sendo entendido, mais como uma experiência pessoal do que como um conjunto objetivo de interações ou de trocas. O que este autor salienta é o grau em que o indivíduo se sente desejado e envolvido socialmente.

Numa visão diferente, Cohen & Syme (1985) inserem no conceito de suporte social, os recursos, informações e outro tipo de ajudas tangíveis disponibilizados por outros sujeitos à pessoa em necessidade, estes tanto podem acarretar efeitos positivos como negativos na saúde e bem-estar do indivíduo.

Devido às inúmeras perspectivas que existem sobre este conceito, Brugha (1993, p. 45) considera que a dificuldade na definição de suporte social se deve, em parte, ao uso da palavra «suporte», pois esta pressupõe de forma inquestionável, a sua existência e os seus benefícios. Neste contexto, define-o como “aqueles aspetos das relações sociais que conferem um efeito benéfico na saúde física e psicológico do indivíduo”.

Salienta-se, ainda, que o mais importante não é a satisfação das necessidades materiais do individuo pela ação dos outros, mas antes as «provisões pessoais específicas» das relações pessoais e, em particular, dos seus componentes mais subjetivos, ou seja, a confiança, a intensidade e a reciprocidade da interação e o reassseguramento do valor próprio.

Assim sendo, Ribeiro (1999a, p. 45) defende que o suporte social se define, como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós.”

1.1.1.1 Suporte social formal e informal

Na linha de pensamento de Caplan, Dunst & Trivette (1990), distinguem-se duas fontes de suporte social: informal e formal. As primeiras incluem, simultaneamente, os indivíduos - familiares, amigos, vizinhos, padre, etc. - e os grupos sociais - Clubes, Igreja, etc. -, que são passíveis de fornecer apoio nas atividades do dia-a-dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais - hospitais, programas governamentais, serviços de saúde - como os profissionais - médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc. -, que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

1.1.1.2 Níveis de Análise do Suporte Social

No que respeita aos níveis de análise, eles estão refletidos no conceito de Lin et al., (1986, p.47) para os quais o suporte social é “a ajuda acessível a um sujeito através dos laços sociais de outros sujeitos, grupos e comunidade global.”

Assim, o primeiro nível, o nível comunitário, consubstancia-se nas relações que se estabelecem com a comunidade e reflete a integração na estrutura social mais ampla. Estas relações indicam o grau e extensão com que o individuo se identifica e participa no seu meio social.

O segundo nível de análise tem como enfoque as redes sociais, através das quais se acede, direta ou indiretamente, a um número relativamente amplo de pessoas. Estas relações de carácter mais específico - relações de trabalho, de amizade e de parentesco - proporcionam ao indivíduo um sentimento de vinculação, com maior significado ou impacto que o proporcionado pelas relações estabelecidas segundo o nível anterior (Garcia, 1998).

Por fim, o terceiro nível é constituído pelas transações que ocorrem dentro das relações mais íntimas, que são as que mais diretamente se ligam ao bem-estar e à saúde.

1.1.1.3 Tipos e Funções do Suporte Social

Os termos utilizados para definir os tipos do suporte social são múltiplos e variados.

No que concerne ao suporte emocional - também designado por suporte expressivo ou afetivo - Cobb (1979) define-o como sendo o sentimento de ser amado e o sentimento de pertença a um grupo. De acordo com Kahn & Antonucci (1981), é conotável com a expressão do afeto, admiração, respeito ou amor.

No que diz respeito ao suporte instrumental - também denominado de suporte material, suporte tangível ou de ajuda prática - poderá ser caracterizado pela prestação de ajuda direta ou de serviços, tais como empréstimos de dinheiro ou de objetos, ou ajudas domésticas. Este tipo do suporte social diz respeito ao fornecimento de bens e serviços, que ajudam a resolver problemas práticos.

Por fim, o suporte informativo - também designado por suporte cognitivo, de aconselhamento ou orientação - que Shaefer et al. (1981) defendem e Wills (1985, p. 56) corrobora e conceptualiza como sendo “o processo, através do qual, as pessoas procuram a informação, e o conselho de alguém que os ajude a resolver problemas.”

Existe ainda o suporte de estima - também denominado de suporte de afirmação ou de valorização - no entanto, parece não existir, como já se deixou entrever, consenso quanto a esta categoria do suporte ser ou não ser destringível do suporte emocional.

1.1.2 Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de Vida (QDV) tem sido amplamente utilizado nos últimos anos quer nas ciências sociais e da saúde, quer no ambiente, na política e nos meios de

comunicação. Todos estabelecem como prioridade o aumento da QDV da população, tendo em conta o contexto em que é aplicado.

De acordo com Wood-Dauphinee & Kuchler (1992), a expressão QDV foi introduzida por volta de 1920, no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar do trabalhador, tendo entretanto desaparecido até à década de 1960.

Em 1964, o presidente norte-americano Lyndon Johnson declarava que “os objetivos não podem ser medidos pelo saldo da conta bancaria, eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que as pessoas têm.”

Entretanto, este conceito de qualidade de vida, tornou-se um conceito popular, que faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta. Todas e cada um sabem o que é a QDV. Esta popularidade do conceito é de facto um dos principais obstáculos a sua discussão científica, pois como afirma McGuire (1991, p. 94), “todos têm a sua própria ideia de qualidade do que é a QDV, e é nisso que reside o problema”.

A definição deste conceito, principalmente no campo da saúde, ainda está na fase de clarificação, de aceitação e de integração. É por isso frequente que cada investigador tenda a interpretar o sentido de QDV de modo diferente (Spilker, 1990), e é frequente encontrar a expressão QDV sem referência ao seu significado. Neste sentido, Van Dam, Sommers & Van Beck-Couzijn (1981) realizaram uma investigação sobre 100 artigos que utilizavam o conceito, constatando que raramente era definido. Mais recentemente, Meeberg (1993) reconfirma que muitos dos artigos que abordam a QDV não definem o conceito. De forma mais concreta, Gill & Feinstein examinaram, em 1994, 75 artigos escolhidos aleatoriamente que estudavam a QDV e verificaram que a tendência se mantinha, ou seja, poucos esboçavam uma definição de QDV e, menos ainda tentavam justificar a escolha da técnica ou instrumento de medida adotado na avaliação da QDV.

Tomando por princípio a definição dada pelo dicionário, a QDV é definida como “o conjunto de condições para o bem-estar de um indivíduo ou conjunto de indivíduos” (Priberam, 2013), percebe-se que este conceito é multidisciplinar, uma vez que o “conjunto de condições” pode referir-se a várias áreas de intervenção, como por exemplo, a qualidade de vida no trabalho, a qualidade de vida na saúde, ou mesmo a qualidade de vida económica.

Alguns autores consideram a QDV como tendo características subjetivas, uma vez que cada pessoa é que sabe que elementos configuram a sua qualidade de vida.

Um destes autores é Cavaglia¹ que considera que a QDV corresponde à importância que cada indivíduo dá à satisfação nas várias áreas que caracterizam o seu quotidiano, tendo, portanto, um carácter subjetivo.

Tomando como exemplo as necessidades humanas básicas que são de carácter geral, algumas terão um maior peso que outras, dependendo do momento e da situação. Mais concretamente, a saúde, um elemento essencial para a QDV, para os jovens tem uma importância secundária, quando comparada com o trabalho e as relações sociais (Ruiz y Baca²), o mesmo não acontece com os idosos, que consideram a saúde como de importância máxima, acima de qualquer outra condição.

Contudo, para Fernández-Ballesteros (1997), considerar QDV como um conceito subjetivo é redutor, dado ser, por natureza, extraordinariamente diverso. Por isso, deve ser considerado como um conceito com um carácter subjetivo, relacionado com a valorização e a apreciação que cada pessoa tem sobre as condições de vida, mas também objetivo, porque estas condições podem ser avaliadas por indicadores pré-estabelecidos, ou seja, de forma independente dessa mesma pessoa.

Assim, para este autor, a questão da QDV deve ser discutida não só sob o ponto de vista ideográfico, como também deve ser estabelecida uma QDV geral para todos, com parâmetros definidos.

Porém, independentemente do seu carácter subjetivo e objetivo, Fernández-Ballesteros (1997) entende que a QDV depende do contexto, ou seja, as circunstâncias em que cada pessoa se encontra pode definir a sua QDV diferencial. Variáveis como a idade, o género, a posição social ou as condições socioeconómicas e educativas, permitem condicionar a QDV de uma determinada pessoa.

Contudo, o mesmo autor salienta que entre todos os contextos estudados, a idade parece ser a condição pessoal mais determinante para a qualidade de vida.

Por outro lado, Ribeiro (1998) refere que o conceito de QDV está intimamente relacionado com a Promoção da Saúde. Para o explicar, o autor refere o elevado número de estudos realizados tendo como base um conjunto de indicadores sociais e ambientais

¹ Cavaglia, (1996) Perfil Psicológico e Qualidade de Vida nas Perturbações Distímica e Depressiva *Major Tese de Mestrado* apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. In Lopes, P.A. (2004). Qualidade de Vida e Suporte Social do Idoso no Meio Rural e no Meio Urbano: Um Estudo Comparativo e Correlacional. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de mestre, orientada pela Professora Doutora Isabel Leal, Lisboa, p.38

² Ruiz y Baca (1993). Fernandez-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez. *Anuario de Psicologia*. 73, 89-104. p. 92

considerados essenciais, nos quais foram incluídos a educação, a individualidade, o crescimento económico, a saúde e o bem-estar, entre outros.

No que concerne à investigação sobre QDV, esta sempre procurou visar todas as dimensões da vida das pessoas e de toda a população.

Os primeiros estudos procuravam identificar os domínios que eram decisivos para a QDV. Campebel et al. (1976), por exemplo, identificaram 12 dimensões ou domínios, sendo eles: comunidade; educação; vida familiar; amizades; saúde; habitação; casamento; nação; vizinhança; *self*; padrão de vida; e trabalho. Flanagan (1982), noutro estudo utilizando um método diferente, identificou 15 domínios semelhantes: conforto material; saúde e segurança pessoal; relações familiares; ter e criar filhos; relação de proximidade com a esposa ou parceiro sexual; ter amizades íntimas; ajudar e encorajar os outros; participar em assuntos do governo locais; aprender e ir à escola; aumentar o conhecimento sobre si próprio e conhecer os seus pontos fortes e limitações; trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador; expressar-se de uma forma ativa; socializar-se com os outros; ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos; e participar em recreação ativa. Em ambos os estudos a saúde constitui um dos domínios identificados como importantes e, mais como o domínio que melhor explicava a QDV.

Segundo a OMS, saúde é definida como um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade, enfatizando a sua importância para a felicidade, a paz e a segurança (WHO, 1948).

Bergner (1989), Fries & Spitz (1990) e Guyatt, Feeny & Patrick (1993) referem que, no sistema de cuidados de saúde, os termos QDV e estado de saúde são, geralmente, utilizados de forma sobreposta, enquanto, pelo contrário, Hermann (1993), Kaplan & Anderson (1990) e Ware (1991) consideram que estes conceitos são substancialmente diferentes. Ware explica que a qualidade de vida é um conceito muito mais abrangente do que o de saúde, sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir a QDV. Bowling (1995) explica que a QDV no campo da saúde se refere à perceção dos efeitos do estado de saúde na capacidade para viver uma vida plena.

1.1.2.1 Modelos de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

Existem inúmeros modelos para explicar a QDV. Hyland (1992) refere que a qualidade de vida costuma ser apresentada segundo duas abordagens, que designa de

«Abordagem Multifacetada» e «Abordagem Processual-Causal». A primeira, que os autores referem como a abordagem tradicional na área da medicina, consiste na associação de vários indicadores de saúde de consenso alargado, independentes e sem qualquer ligação nítida entre eles. A segunda descreve a QDV como uma sequência causal que surge das interações entre a morbilidade e fatores psicológicos.

Spilker (1990) baseia-se num modelo em que os aspetos clínicos, a par de outros - relacionados com o tratamento; com a segurança e a eficácia; com as reações adversas ao tratamento; com os efeitos clínicos benéficos; e com a adequação e os custos - são filtrados pelos valores, crenças e julgamentos do doente, originando desta feita a avaliação da qualidade de vida.

Noutra perspetiva, Ormel, Lindenberg, Steverink & Vonkorff (1997) propõem um modelo de compreensão de como as consequências da doença influenciam a QDV, em que os sintomas e as limitações funcionais colocam limites nas atividades, capacidades e recursos usuais do doente, aumentando por isso as dificuldades e reduzindo os meios comportamentais para alcançar objetivos instrumentais, com efeitos negativos subsequentes na QDV.

Noutra abordagem, Leventhal & Colman (1997) assumem que a representação da doença feita pelo doente afeta a importância e o significado da avaliação da QDV. No seu modelo, que é processual, incluem a representação da doença enquanto ameaça; as reações emocionais que funcionam como inibidoras ou motivadoras do pensamento e da ação; as regras dos processos de pensamento e das ações adequadas para melhor controlo, cura e prevenção da doença como ameaça e dos aspetos importantes para o contexto em que a pessoa vive.

Já o modelo de cinco níveis desenvolvido por Wilson & Cleary (1995) inclui: variáveis biológicas e psicológicas; sintomas; estado funcional; perceção geral de saúde; e QDV geral. Estes aspetos são mediados por características do indivíduo, tais como motivação, valores e preferências, e por características do ambiente, tais como suporte social, económico e psicológico.

1.2 Envelhecimento

O conceito de Envelhecimento não pode ser separado do conceito de Idoso, dado que um está intrínseco ao outro. Assim, parece sensato começar por definir idoso e a forma como tem sido visto pela sociedade ao longo dos tempos.

Segundo Agreda (1999), na antiguidade, os idosos tinham um valor especial, devido à sua escassez considerava-se que tinham proteção divina. O idoso era depositário da sabedoria e tinha um papel destacado na sociedade, sendo, muitas vezes, utilizada a sua experiência e sabedoria para ocupar cargos importantes.

Ainda no Antigo Testamento, é relatado o papel dos idosos como guias do povo, com poderes políticos, religiosos e jurídicos, e toda a comunidade tinha o dever de cuidar dos mais velhos.

Foi da Grécia antiga que surgiram os primeiros documentos relativos às reflexões sobre as idades da vida e sobre o reconhecimento da necessidade da promoção dos cuidados de saúde para prevenir o envelhecimento. Os idosos tinham a função de aconselhar e ensinar os mais jovens, daí haver necessidade de os preservar.

Com o Cristianismo foram criadas as primeiras instituições de acolhimento de idosos e a velhice passou a ser vista como algo indesejável, como um castigo pelos pecados cometidos. Os cuidadores destes idosos acolhidos entendiam a tarefa como uma forma de expiar os seus próprios pecados.

Hoje, é pouco aproveitada a experiência e a sabedoria do idoso e o aumento do número de pessoas de idade avançada tem marcado mudanças sociais e sanitárias. Como tal, tem havido um esforço no sentido de implementar cada vez mais a Geriatria como especialidade médica e de enfermagem, havendo também uma promoção por parte da OMS para se valorizar cada vez mais o conceito de envelhecimento ativo.

Costa (1999) chama a atenção para a alteração demográfica que se tem verificado, principalmente após a segunda metade do século XX na Europa. Para esta autora, isto deve-se essencialmente a dois fatores: o aumento da esperança de vida e a diminuição da taxa de natalidade. A soma destes fatores traduz o envelhecimento da população, que tem consequências nefastas para o equilíbrio da sociedade.

Em particular, em Portugal, o índice de envelhecimento³ tem subido de forma exponencial; se em 1960 este índice rondava os 27,3, em 2011 registaram-se 127,6 (INE, 2013), ou seja, por cada 100 jovens com menos de 15 anos, existem 127 idosos com mais de 65 anos, números que, segundo o INE, vão continuar a aumentar nos próximos anos.

Perante este cenário, e dada a relevância que esta etapa da vida vai ter, na sociedade importa definir o envelhecimento.

Assim, o conceito atual de envelhecimento é definido por Ermida (1999, p.43) como “um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.”

Já Birren (1980, cit. por Cordeiro, 1999) introduz a ideia do meio envolvente, definindo que o envelhecimento está relacionado não só com as mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, mas também com o meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece.

Na mesma linha de pensamento, Fonseca (2004) define o envelhecimento como um processo que comporta um sistema biopsicológico, intrínseco ao ser humano, e outro sócio-económico-político, de natureza extrínseca, que depende do ambiente em que o idoso está inserido.

Contudo, os gerontologistas⁴ consideram que este envelhecimento normal ou senescência⁵ - diferente do envelhecimento patológico provocado por algumas doenças -, é um processo que ocorre ao longo do tempo, sob o ponto de vista biológico, social e psicológico, que nem sempre coincide com o envelhecimento cronológico, ou seja, tem uma abordagem multidisciplinar. (Ermida, 1999)

O envelhecimento biológico é um processo multidimensional, que se deve a alterações estruturais e funcionais do organismo, e que provocam uma diminuição física e mental do indivíduo ao mesmo tempo que a autorregulação se torna menos eficaz.

No que diz respeito ao envelhecimento social, este pode ser definido como a perda de funções e capacidades que o indivíduo tem na família e, mais amplamente, na sociedade. Este afastamento depende da cultura e da história de cada país, mas ocorre normalmente quando o

³ O Índice de envelhecimento define-se como a relação entre a população idosa e a população jovem. Calcula-se a partir do quociente entre o número de idosos a partir dos 65 anos e o número de jovens com menos de 15 anos, sendo estes expressos por 100.

⁴ A Gerontologia (do grego *geros*, *gerontos* = velho) dedica-se ao estudo do processo de envelhecimento sob todos os aspetos.

⁵ Dado que no âmbito deste estudo não se pretende estudar o envelhecimento patológico ou secundário, sempre que for introduzido o conceito de envelhecimento será no contexto de senescência ou envelhecimento normal.

indivíduo deixa de estar incluído na vida profissional ativa, alterando o seu papel e os seus hábitos sociais. Pode ter consequências no equilíbrio bio-psico-social do idoso, que a somar ao facto de ter de se adaptar à nova etapa da vida, coincide, habitualmente, com o surgimento ou agravamento de algumas patologias.

Em relação ao envelhecimento psicológico refere-se à capacidade que o idoso tem de se adaptar às mudanças de ambiente. Para além de estar relacionado com fatores biológicos e sociais, envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, as emoções e as motivações.

Schroots & Birren (1980, cit. por Cordeiro, 1999) corroboram esta ideia, defendendo ainda que a componente biológica reflete uma vulnerabilidade crescente devido à degenerescência do organismo; a componente social está relacionada com a adaptação dos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para esta faixa etária; e a componente psicológica é definida pela capacidade de autorregulação do indivíduo face ao processo de envelhecimento.

Do ponto de vista orgânico, o processo de envelhecimento tem início no momento da concepção, mas é a partir dos 20 anos, no final do crescimento, que as primeiras micro alterações se manifestam, nomeadamente ao nível da pele e da microcirculação arterial. No entanto, é a partir dos 40 anos que estas alterações são mais evidentes, tanto a nível orgânico como funcional, com o início da diminuição cognitiva e o enfraquecimento de alguns sistemas orgânicos. Esta diminuição acentua-se a partir dos 80 anos, agravada pela diminuição da autonomia do idoso.

Porém, Cordeiro (1999) refere que envelhecer é um processo dinâmico, lento e progressivo, que varia de acordo com as características individuais de cada pessoa e, acrescente-se, depende da sociedade em que está inserido.

Pegando neste fator, e atendendo a uma sociedade industrializada e avançada, a OMS criou, em 2002, o conceito de envelhecimento ativo, que se pode definir como um envelhecimento saudável, onde são também tidos em conta aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais. Ou seja, é promovida a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, através da manutenção da autonomia física, psicológica e social, para que seja assegurada a sua cidadania plena.

Desta forma, o modelo de envelhecimento ativo depende de vários fatores ou determinantes, sendo eles: pessoais – biológicos, genéticos e psicológicos –; comportamentais – estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde –; económicos –

rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno -; do ambiente físico – acessibilidade a serviços de transporte, habitação, alimentação e vizinhança seguras e apropriadas -; sociais – apoio social, educação e alfabetização, prevenção da violência e abuso -; e relativos aos serviços sociais e de saúde – orientados para a promoção da saúde acessíveis e de qualidade. (Ribeiro & Paúl, 2011)

1.2.1 Problemas de Saúde e Sociais que reduzem a Qualidade de Vida

Sendo a velhice um dos contextos em que a qualidade de vida é mais estudada, verifica-se que os idosos experimentam ao longo do tempo várias perdas e diminuições das suas condições, o que comprometem a sua QDV. (Fernandéz-Ballesteros, 1997)

Tomando como princípio que “a senescência é um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo”, é de concluir que acarreta vários problemas de saúde, sendo a consequência mais evidente a “diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente”. (Berger, 1995, p.126)

Como se viu anteriormente, as modificações fisiológicas do processo de envelhecimento iniciam-se muito antes do aparecimento de sinais exteriores. São provocadas por alterações estruturais – celulares, tecidulares, orgânicas e sistémicas – e a perdas funcionais, ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, nervoso e sensorial, endócrino e metabólico, reprodutor e imunitário, para além das alterações dos ritmos biológicos e do sono.

No entanto, estas alterações, ligadas à progressiva perda da capacidade de regeneração e de adaptação do organismo, são mais preponderantes nos sistemas nervoso central, cardiovascular e respiratório e no aparelho locomotor, variando segundo o sexo.

Assim, se em comum ambos os sexos possuem problemas cardíacos e dentários, no homem as perturbações mais frequentes são pulmonares, de audição, digestivos e urinários e na mulher são a hipertensão, a diabetes, a artrite e as doenças reumáticas, a anemia e os problemas da tiroide, digestivos, visuais e mentais.

Contudo, as principais causas de limitações das atividades nos idosos são as doenças do aparelho osteoarticular, as doenças do aparelho circulatório, as perturbações da visão e da audição e as doenças mentais, que atingem cada vez mais a população idosa e que lhes compromete a qualidade de vida. (Berger, 1995)

Mas Berger (1995) salienta um facto interessante: mais do que os problemas de saúde, o mais importante é a capacidade de adaptação ou o potencial funcional de cada idoso, dado que, muitas vezes, os comportamentos face à velhice são negativos, passivos e regressivos. Comportamentos esses mais associados ao ambiente e ao clima psicoemocional do que aos problemas físicos.

O que conduz aos problemas sociais associados ao envelhecimento.

Um dos problemas sociais mais relevante é o conjunto de mitos e de estereótipos relacionados com o envelhecimento. Destes, destacam-se a ideia de que os idosos resistem à mudança, que têm pouco poder de iniciativa, criatividade limitada, pouca capacidade de adaptação a novos projetos e que entram no processo de infantilização. (Fonseca, 2004). No entanto, existem outros, como a ausência de desejo e de atividade sexual, a perda de capacidade de aprendizagem e a dependência generalizada. (Hazan, 1994, cit. por Fonseca, 2004). Estes estereótipos têm como consequência uma certa visão e incompetência dos idosos, e, por conseguinte, à discriminação, preconceito e pouca credibilidade de que são alvo por parte da sociedade, o que, por sua vez, leva os idosos a adotarem estes comportamentos, por serem os esperados.

Estes estereótipos limitam o bem-estar dos idosos, e a forma de os ultrapassar é fomentar o envolvimento social, combinando as competências desenvolvidas ao longo da vida com os valores atuais e, ao mesmo tempo, promovendo as relações interpessoais. (Novo⁶, 2003)

Segundo um estudo realizado por Fernández-Ballesteros & Maciá (1993), a QDV na velhice pode ser vista tanto numa perspetiva teórica como empírica, considerando as seguintes condições: a saúde, a autonomia pessoal, os recursos económicos e culturais, a satisfação e o apoio social recebido, o nível de atividade, os serviços sociais e sanitários, a qualidade do domicílio e se vive ou não no seu domicílio.

De salientar esta última condição, dado as políticas sociais promoverem a manutenção dos idosos nas suas habitações, sendo a institucionalização o último recurso, uma vez que alguns estudos (Fernandez-Ballesteros, 1997, por exemplo) mostram que, em geral, a QDV é maior em idosos que vivem na sua habitação.

Em suma, a procura da QDV tem transformado os objetivos da sociedade. As políticas sociais não procuram só aumentar a esperança de vida das suas populações, procuram também

⁶ Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. In Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa

ter um impacto positivo no bem-estar das pessoas, adotando estratégias para que tenham percepção de controlo, se sintam apoiadas socialmente e incluídas.

1.3 Adultos Jovens

1.3.1 Fatores que influenciam Qualidade de Vida dos Adultos Jovens

A QDV dos adultos jovens pode englobar vários fatores, no entanto não existem estudos de qualidade de vida desta etapa da vida, o que coloca este fato como uma limitação no presente estudo, sendo esta uma fase onde acontecem tantas alterações na vida do adulto jovem, como por exemplo, a procura de emprego, casamento, nascimento dos filhos, divórcio, etc.

Ao contrário do que sucede quando se fala em QDV dos idosos, que está maioritariamente associada à saúde, esta condição nos adultos jovens deveria estar associada ao emprego/desemprego, divórcio, depressão, *stress*, entre outros. Estes são acontecimentos que, a cada um do seu modo, afetam a QDV, de modo que considera-se pertinente referir estes aspetos da vida desta população.

1.3.1.1 *Stress*

Conforme Arantes & Vieira (2002) *stress* é uma síndrome que se desenvolve pela falta de adaptação do organismo a agentes de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, que perturbam a homeostase, causando reações de defesa generalizada e sistémica. Esta síndrome tem duas vertentes, uma positiva, construtiva e uma negativa, destrutiva e limitativa.

Contudo, enquanto o *stress* positivo estimula e aumenta a capacidade de reação, resultando na execução de tarefas com maior qualidade e rapidez, quando em excesso tem como consequência um desempenho mais reduzido.

O *stress* dito negativo, é organizado por Robbins⁷ em três categorias distintas: fatores ambientais, organizacionais e individuais. Os fatores ambientais são causados pelas incertezas

⁷ Robbins, S. P. (2002). *Comportamento Organizacional*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: LTC. In Romero, S. M. T., Oliveira, L. O., Nunes, S. C. (2007). *Estresse no ambiente organizacional: estudo sobre o corpo gerencial*.

económicas, políticas e tecnológicas, que provocam sentimentos de insegurança. Os fatores organizacionais advêm das exigências diárias e das relações interpessoais, que podem causar medo, tensão e ansiedade. E, por fim, os fatores individuais que são provocados por problemas familiares, económicos e da personalidade de cada pessoa.

Um estudo realizado por Barreto, Passos & Giatti (2009) salienta alguns fatores que influenciam a qualidade de vida desta faixa etária. São eles, o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada e o sedentarismo, que se inicia ainda na adolescência e se prolonga pela vida adulta, comprometendo a vida saudável e aumentando o risco de desenvolvimento de doenças crónicas. Deste estudo, realizado no Brasil, verifica-se ainda que políticas de combate ao tabagismo são melhor aceites por adultos jovens do que adultos de meia-idade, o que é relevante, dado que este fator de risco mostrou estar associado ao consumo de bebidas alcoólicas.

1.3.1.2 Depressão

A depressão é uma perturbação do humor que não deve ser confundida com sentimentos de alguma tristeza, como estar em baixo ou desmoralizado, geralmente reativos a acontecimentos da vida, que passam com o tempo e que, normalmente, não impedem a pessoa de ter uma vida normal.

Na depressão, os sintomas tendem a persistir durante certo tempo, e segundo Hamilton⁸ (1960) estes sintomas referem-se ao humor depressivo, culpabilidade, suicídio, insónias - iniciais, intermediárias e tardias -, lentificação e inibição, agitação, ansiedade psíquica e somática, sintomas somáticos gastrinais, gerais e genitais, hipocondria, perda de peso e perda de autocrítica.

Outra interpretação, a de Beck (1982), tem a ver com variáveis que contemplam sentimentos acerca do futuro, tristeza, padrões de sono, interesse pelo sexo e ideias suic

Apesar da diversidade de sintomas, a depressão afeta significativamente, o rendimento no trabalho, a vida familiar e o simples existir do doente que sofre intensamente. Em alguns casos, geralmente graves, os sintomas podem surgir sem relação aparente com acontecimentos traumáticos da vida sob a forma de crises que perduram por vários meses (Wolpert, 2000),

Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Gestão e Tecnologia para a competitividade. Universidade Luterana do Brasil.

⁸ Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology and Neurosurgery & Psychiatry*. 23, 56-62. In Hallstrom, C. & MacClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores

repetindo-se, muitas vezes, ao longo da vida. Noutros casos a intensidade dos sintomas é menor e os doentes vão conseguindo trabalhar apesar de permanecerem com a sensação de fadiga, tristeza, desinteresse e tensão, que se arrasta durante anos, com um grande desgaste.

Pela sua complexidade e diversidade, a depressão tem sido explorada segundo duas organizações: a OMS, através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (1992) - na sua décima revisão (CID-10) - e a Associação Americana de Psiquiatria com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (1994).

Na CID-10 as perturbações depressivas estão enquadradas nas perturbações de humor e subdividem-se em episódio depressivo leve, moderado ou grave, e ainda em perturbação depressiva recorrente ou transtorno persistente de humor. No DSM-IV está igualmente agrupada nas perturbações de humor, dividindo-a em quatro grupos: perturbação depressiva *major*, mais associada a fatores do foro biológico, logo mais recetiva a tratamento psicofarmacológico; perturbação distímica, sujeita a alterações biológicas e fatores psicossociais, logo com prognóstico mais reservado pois as condicionantes promotoras de um novo episódio são várias e difíceis de controlar; perturbação depressiva sem outra especificação; e, finalmente, outras depressões, que incluem as depressões pós-parto, sazonais, pré-menstruais. Em ambas as classificações a sua duração pode ser episódica, recorrente ou crónica. Em qualquer um dos casos conduz a uma diminuição acentuada da capacidade funcional e uma marcada desmotivação e tristeza.

Desta descrição de sintomas, verifica-se que a depressão possui uma etiologia diversa que inclui os fatores neurobiológicos e psicossociais.

Os fatores neurobiológicos dizem respeito às influências genéticas, ao funcionamento dos neurotransmissores e dos ritmos biológicos e à regulação neuro-hormonal. De notar que estas influências genéticas são mais marcadas em doentes com formas severas de depressão. O risco mórbido em parentes de primeiro grau é demonstrado em todos os estudos, independentemente dos efeitos do ambiente e da educação.

Os fatores psicossociais são vários e podem passar por experiências de infância adversas, dificuldades crónicas sérias, eventos de vida indesejáveis, rede social limitada e baixa autoestima (Baldwin et al. 2002).

No que concerne aos fatores que influenciam o aparecimento e a permanência de episódios depressivos, existem vários, embora as causas diferenciem muito de pessoa para pessoa. A título exemplificativo podem ser enumerados vários fatores desencadeadores como:

as condições de vida adversas; o divórcio; a perda de um ente querido; o desemprego; a incapacidade em lidar com determinadas situações ou em ultrapassar obstáculos; e o tipo de personalidade e estilo do indivíduo para lidar com a vida. Estas mesmas condições podem também correlacionar-se com uma maior predisposição para crises depressivas (Hallstrom & McClure, 2000).

1.3.1.3 Desemprego

Na nossa sociedade, o trabalho tem não só uma função social e económica, mas também de equilíbrio com o indivíduo e com o seu meio ambiente, ou seja, a falta deste culmina num desequilíbrio a vários níveis.

Para Wilkinson (1999) as políticas em relação ao desemprego deveriam responder a três objetivos fundamentais: prevenir o desemprego e a insegurança no trabalho; reduzir as dificuldades vividas pelos desempregados; e restituir os trabalhos seguros às pessoas, o que, acrescente-se, não tem acontecido.

Assim, e de acordo com Garraty (1978, p.10), o desemprego é “a condição da pessoa sem algum meio aceitável de ganhar a vida”, considerando que “os desempregados são pessoas capazes de trabalhar para satisfazer suas necessidades, mas ociosas, independentemente de sua boa vontade para trabalhar ou vício que elas possam fazer para atender as necessidades da sociedade.”

As consequências podem ser devastadoras, tanto do ponto de vista do desempregado e de sua família, quanto do ponto de vista social e político, fazendo sentir-se na saúde mental dos cidadãos no mercado comunitário (UMHP, 2000). Este afeta, não só o desempregado propriamente dito, mas todo o seu agregado familiar e, em geral, toda uma comunidade.

Estudos comprovam que o desemprego aumenta os problemas relacionados com a saúde física e mental do trabalhador, fazendo com que se acentue a procura pelos serviços profissionais ligados a esta área (Warr, 1987; Schwefel et al; 1987; OMS, 2001).

Nas meta-análises realizadas por Warr⁹, em 1984, e por Hammarstrom¹⁰, em 1994, o desemprego aparece referenciado como estando relacionado com um conjunto de resultados

⁹ Warr, P (1987). The psychological impact of continuing unemployment: some longitudinal data and a general model. In Schwefel, D., Svenson, P-G, Zollner, H. (Ed.). (1987). *Unemployment, social vulnerability and health in Europe*. (pp.267-280). Springer-Verlag Berlin and Heidelberg. In Ozamiz J.A., Gumplmaier, H., Lehtinen, V. (Eds.) (2000). *Unemployment and Mental Health Project (UMHP)*, Biscaia, Espanha

negativo no indivíduo, tais como: perda da felicidade; insatisfação com a vida; baixa autoestima; *stress* generalizado; discórdia familiar; ansiedade; depressão; abuso de substâncias; e suicídio.

Assim sendo, para Leino-Arjas et al (1999) a relação entre o desemprego e a saúde parece estar definitivamente comprovada, vários estudos relataram *stress* generalizado, aumento do uso dos serviços de saúde e mortalidade elevada entre indivíduos desempregados quando comparados com a restante população.

Para além disso, tem consequências psicológicas e sociais, devido aos problemas financeiros daí decorrentes. De igual modo há confirmação de que a violência e o crime, de um modo geral, estão diretamente relacionados com o desemprego, bem como uma ampla desorganização familiar e social (Warr, 1987; Schwefel et al; 1987; OMS, 2001).

1.3.1.4 Divórcio

Juridicamente, o divórcio é o modo de dissolução do vínculo conjugal estabelecido pelo casamento válido e, através de uma sentença judicial, permite que as pessoas nele envolvidas contraiam novas núpcias.

Devido ao seu efeito psicológico, o divórcio é considerado como uma das mais importantes crises da vida do adulto. Geralmente ocorre um processo de luto devido à tristeza face à separação e à perda do casamento, podendo vivenciar-se sentimentos de depressão, angústia e alterações de humor, entre alegria e euforia, e tristeza e irritabilidade. Mesmo com o processo de separação a ocorrer de forma rápida, vários estudos demonstram que a recuperação psicológica da crise leva cerca de dois anos para ter uma resolução satisfatória. É após este período que se torna possível que o ex-cônjuge seja visto de modo neutro, sem raiva ou rancor e que cada um dos elementos do casal aceite a sua nova identidade ou estado civil.

Segundo Giddens (1997) existem vários fatores que têm tornado o fenómeno do divórcio como algo cada vez mais comum. Amaro (2006) refere: o adultério por parte de um dos cônjuges; os problemas de fertilidade do casal; a incompatibilidade de personalidades; a incompatibilidade de papéis; as diferenças de género na solução de problemas; a rotina e a saturação com o tipo de vida do casal; as mudanças intensas no casamento e na família; a maior exigência dos parceiros relativamente à vida emocional; a insatisfação em relação à

¹⁰ Hammarström A. (1994). Health consequences of youth unemployment. *Public Health*. 108(6), 403-412. In Unemployment and Mental Health Projecto [UMHP] (2000). *Framework for the project on unemployment and mental health*.

vida sexual; a ausência de amor na relação; e os maus tratos físicos e/ou psíquicos geralmente infligidos à mulher.

A respeito da rutura do casal, Martínez (2001) refere que se trata de um fenómeno complexo com diversas causas de divórcio entre elas o crescimento económico; a melhoria do bem-estar geral das pessoas; o estatuto da mulher na relação e no casamento; o individualismo acentuado; as alterações jurídicas a nível da lei do divórcio; a felicidade utópica; e a violência doméstica.

Do ponto de vista familiar, Ramires (2004) menciona que as consequências da separação e ou do divórcio na família representam sempre uma situação de crise que afeta toda a constelação familiar. Ou seja que todos os seus elementos, adultos e crianças, ficam, inevitavelmente afetados, tanto de natureza emocional como social, relacional e financeira (Ávila, 2004).

Por fim, saliente-se que o divórcio é um momento triste na vida de uma pessoa, pois esta alteração no quotidiano passa por um momento de luta, que pode originar depressões e angústia. Este fato afeta, ainda que momentaneamente, a qualidade de vida do indivíduo.

Capítulo 2

Metodologia

2.1 Participantes

A amostra do presente estudo, trata-se de uma amostra por conveniência, onde participaram 110 pessoas, sendo 50 idosos e 60 adultos, a recolha foi feita em 3 instituições sediadas no distrito de Lisboa.

O grupo dos idosos compreendeu idades entre os 66 e os 92 anos e o grupo dos adultos jovens incluiu indivíduos entre os 25 e os 40 anos. A frequência de participantes foi maior no sexo feminino.

Em relação às habilitações literárias, o grupo dos adultos jovens foi constituído por pessoas com um nível de escolaridade mais elevado, onde se incluíram maioritariamente mestres e licenciados, e o estado civil mais frequente foi o solteiro. Relativamente ao grupo dos idosos encontraram-se muitos idosos analfabetos, ou com o ensino primário, casados ou viúvos. Embora as escalas utilizadas no nosso estudo fossem de autoaplicação temos cerca de 14 idosos analfabetos, em que foi preenchido pelo entrevistador. Isto foi possível pois os autores das escalas permitem que entrevistador preencha desde que tenha conhecimento suficiente da escala.

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

	Grupo 1 Adultos N =60	Grupo 2 Idosos N =50
Sexo		
Masculino	30	30
Feminino	17	33
Grupo de Escolaridade		
Analfabetos	-	14
1-4 anos	-	20
5-9 anos	-	3
9-12 anos	-	6
Ensino Superior	23	7
Etnia		
Caucasiano	25	25
Africano	29	10
Idade		
Média	30,38	72,92
Desvio Padrão	4,89	6,82
Escolaridade		
Média	3,70	2,04
Desvio Padrão	. 645	. 911

2.2 Instrumentos

2.2.1 Questionário Sociodemográfico

Este questionário foi utilizado na recolha de dados sociodemográficos, importantes para a caracterização da amostra, sendo constituído por idade; género; estado civil; religião e etnia; habilitações literárias; e profissão.

2.2.2 Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS)

A SWLS (do inglês, *Satisfaction With Life Scale*) permite avaliar o nível de satisfação com a vida, sendo a versão portuguesa da responsabilidade de Neto & Barros.

Esta escala foi elaborada por Diener et al. (1985) com o objetivo de avaliar o bem-estar subjetivo, isto é, a maneira positiva ou negativa como os indivíduos experienciam suas próprias vidas (Simões, 1992). Posteriormente a escala é objeto de uma revisão realizada por Pavot & Diener (1993). Pretende-se que ao elaborar o juízo referente à qualidade de vida, este seja feito de um modo geral, e não exclusivamente referente a domínios específicos (Pavot & Diener, 1993).

A versão original da SWLS é composta por cinco itens dispostos no sentido positivo, utiliza uma escala de resposta tipo likert de sete pontos, deste modo a pontuação do sujeito pode oscilar entre 5 a 35 pontos, o ponto médio situa-se na pontuação de 20. Na sua construção, Diener et al. (1985) seguiram como exemplo uma escala de 45 itens, a qual foi submetida a uma análise fatorial desta análise obtiveram-se três fatores: satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo. 10 dos 45 itens indicavam uma saturação de .60 no fator satisfação com a vida, de modo a atenuar pleonasmos em termos de enunciado e com custos ao nível da consistência interna o grupo foi reduzido para 5 itens, (Pavot & Diener, 1993). Este formato mais abreviado possibilita a sua junção numa bateria de instrumentos de avaliação com a vantagem de rentabilizar o tempo do seu preenchimento.

A SWLS tem mostrado uma forte consistência interna e uma moderada estabilidade temporal (Pavot & Diener, 1993). Diener et al (1985) mencionam um coeficiente alfa de .87 e no teste-reteste, após dois meses, um coeficiente de estabilidade de .82. Diener et al (1985) e

Pavot & Diener (1993) encontraram uma estrutura unifatorial na SWLS explicativa de 66% de variância da escala, sendo este resultado replicado em vários estudos (Arrindell, Meeuwesen & Huyse, 1991; Pavot et al., 1991). Estes estudos revelaram igualmente que o último item é o mais fraco em termos de convergência com os restantes.

A SWLS tem sido utilizada em diferentes línguas, mostrando boas capacidades de aplicação em diversas culturas, mantendo os seus níveis de fidelidade e validade (Abdallah, 1998; Shevlin et al., 1998; Arrindell, Heesink & Feij, 1999; Schimmack et al., 2002).

A primeira validação feita para a população portuguesa, foi realizada por primeiro por Neto, Barros & Barros (1990), contou com uma amostra de 308 professores do ensino básico e secundário, obteve um Coeficiente de alfa de Cronbach de 0.78 e apresentou vários índices de validade. E mais tarde por Simões (1992), com o objetivo de alarga-lo ao resto da população. Este estudo de validação da escala foi efetuada numa amostra por 74 alunos da Faculdade de Psicologia e Ciência de Educação da Universidade de Coimbra e por 130 adultos de idades e profissões diversas. O autor reformulou o instrumento reduzindo o número de respostas dos sete itens para cinco itens (1- discordo muito; 2- discordo um pouco; 3- não concordo nem discordo; 4- concordo um pouco; 5 concordo muito). A escala evidenciou boas qualidades psicométricas e uma estrutura unifatorial, que é identificar como a dimensão cognitiva do bem esta subjetivo (Simões et al., 2001). Conseguiram um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,77 e uma boa validade convergente, verificando uma correlação positiva com uma medida diária da satisfação com a vida, com uma versão do teste da escada de Cantril (1965) e um teste de felicidade e com a vertente afetiva do bem-estar subjetivo. Também revelou uma boa validade preditiva, correlacionando se positivamente com a tarefa recordação diferencial, fundamentando se na suposição de que os indivíduos com maior satisfação com a vida irão recordar mais eventos positivos que negativos (Simões, 1992). Ambos os resultados conduzem a clarificar que já se tinha referido acerca dos resultados obtidos por Diener et al (1985), relativamente ao fato do item 5 ser menos convergente com os restantes, podendo este ser explicado pelo fato do mesmo estar formulado no passado e não no presente como os quatro restantes.

2.2.3 WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref)

O WHOQOL-BREF é um instrumento de avaliação da QDV, desenvolvido em 1994 pela *World Health Organization Quality of Life*, esta é a versão abreviada da WHOQOL-100.

Com o objetivo de permitir a utilização do instrumento na população portuguesa, em 2006 Canavarro et al. fizeram algumas adaptações, validadas pela OMS, e desenvolveram uma medida com 26 itens. Este instrumento é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da QDV, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como em indivíduos saudáveis.

A sua estrutura integra quatro domínios da QDV - primeiro domínio, “domínio físico” (D1), exemplo de questão: Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa fazer? inclui sete itens (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18); segundo, é denominado “domínio psicológico”, (D2), exemplo: Em que medida sente que a sua vida tem sentido? Inclui seis itens (5, 6, 7, 11, 19, 26); o terceiro domínio com o nome “domínio relações sociais” (D3), exemplo: Até que ponto está satisfeito(a) com suas relações pessoais? neste domínio entram três itens (20, 21, 22); e por último temos o quarto domínio, “domínio meio ambientais” (D4), exemplo: Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde vive? neste domínio entram os seguintes itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25), que sumarizam o domínio particular da QDV em que se inserem. Para além de calcular estas facetas particulares, esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, a faceta geral da QDV, exemplos itens 1 e 2: Como avalia a sua qualidade de vida? E Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? com 2 itens (1, 2), relativos à perceção geral da QV e à perceção geral de saúde.

As perguntas que compõem o instrumento estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos (Vaz Serra et al., 2006).

Os resultados dos domínios estão organizados num sentido positivo, onde as pontuações mais altas evidenciam melhor qualidade de vida. Algumas facetas (Dor e Desconforto, Sentimentos Negativos, Dependência de Medicação, Morte) estão formuladas num sentido negativo, no entanto foram recodificadas para que as pontuações altas traduzem melhor qualidade de vida.

A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é usada para calcular o resultado do domínio. A média dos resultados é então multiplicada por 100 para que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100. Neste sentido, os resultados variam entre 0 e 100.

2.2.4 Mini Mental State Examination (MMSE)

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) é um instrumento que avalia o estado mental geral, criado por Folstein, Folstein, & McHugh, (1975) e adaptado à sociedade portuguesa por Guerreiro et al (1994), sendo traduzido para “Mini Exame do Estado Mental”.

Caracteriza-se por ser uma medida objetiva e breve, que avalia de forma estruturada algumas funções cognitivas tais como: a orientação temporal e espacial, a memória de retenção e evocação, atenção e cálculo, atividades ligadas à linguagem e praxia construtiva bidimensional, podendo ser aplicada entre 5 a 10 minutos. No total são 30 itens, com pontuação de 0 e 1. Para a identificação de demência o ponto de corte considerado é a transição 21/22.

É necessário ter em atenção que os resultados obtidos são afetados pelo nível de instrução dos indivíduos (Botelho, 2000). Nesse sentido, foi validada uma versão portuguesa, onde constam palavras e expressões comuns na linguagem nacional, e para a qual foram calculados três pontos de corte, de acordo com a escolaridade dos indivíduos:

- analfabetos - 0 a 15 pontos - Demência
- 16 a 30 pontos – Ausência de Demência;
- 1 a 11 anos de escolaridade - 0 a 22 pontos – Demência
- 23 a 30 pontos – Ausência de Demência;
- mais de 11 anos de escolaridade - 0 a 27 pontos – Demência
- 28 a 30 pontos – Ausência de Demência.

2.2.5 Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

A GDS (do inglês, *Geriatric Depression Scale*) foi desenvolvida por Yesavage et al., (1983) e versão portuguesa é da responsabilidade de Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral (2003).

Esta escala avalia o grau de depressão atual do sujeito e é correntemente utilizada na prática clínica, embora esteja apenas adaptada para a população portuguesa.

É constituída por 15 itens, com resposta dicotómica de sim e não. A pontuação é calculada com base no somatório das respostas sim e não, sendo atribuído 1 ponto para cada resposta sim (igual ao do exemplo) e 0 ponto para cada resposta não (diferente do exemplo).

O grau de depressão assenta nos seguintes valores de corte:

- 0-10 - Ausência de Depressão;
- 11-20 - Depressão Ligeira;
- 21-30 - Depressão Grave.

2.2.6 Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)

A ESSS foi construída por Wethington & Kessler (1986)¹¹, sendo mais tarde traduzida e validada para a população portuguesa pelo Ribeiro (1999) com o objetivo de verificar o grau de satisfação dos indivíduos, relativamente à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais.

Esta é uma escala multidimensional de autopreenchimento, composto por 15 itens, de resposta tipo Likert, com cinco pontos, as quais o indivíduo poderá escolher entre “concordo totalmente” (A), “concordo na maior parte”(B), “não concordo nem discordo”(C), “discordo a maior parte”(D), e “discordo totalmente”(E) (Pais-Ribeiro,1999;2011).

Desta escala resultam quatro fatores a serem considerados. O primeiro fator, foi designado por “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem (exemplo de um item: 15 - “Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho”) e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo fator diz respeito à “intimidade” (IN) e mede a perceção da existência de suporte social íntimo (exemplo de um item: 6 - “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”), inclui quatro itens (1, 4, 5, 6). O terceiro fator denominado por “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente (exemplo de um item: 9 - “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”). Inclui três itens (9, 10, 11). O último fator, “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que os indivíduos realizam (exemplo de um item: 7- “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”) e inclui três itens (2, 7, 8) (Pais-Ribeiro, 1999b; 2011).

¹¹ Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life evets. *Journal of Health and Social behavior*, 27, 78-89 In Ribeiro, 1999 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII),547-558

Cada item assinalado na opção A é cotado com o valor de 1, na opção B com o valor de 2, na opção C com o valor de 3, na opção D com o valor de 4 e na opção E com o valor de 5, excetuando os itens invertidos que são os seguintes: 4,5,9,10,11,12,13,14 e 15 onde a ordem da cotação é inversa.

A nota total da escala, já considerados os valores dos itens invertidos, corresponde a soma da totalidade dos itens, podendo variar de 15 a 75, sendo que o valor mínimo representa ausência da percepção de suporte social e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

Relativamente á fiabilidade da escala Ribeiro (1999) verificou que a consistência interna (alfa de Cronbach) da escala total é de 0.85, sendo que este valor ultrapassa os padrões de aceitabilidade normal.

Quanto aos quatro fatores temos uma consistência interna de 0.83 para o primeiro fator (SA), o segundo fator (IN) conseguiu uma consistência interna 0.74, o terceiro fator (SF) obteve também 0.74, e o quatro e ultimo fator teve uma consistência interna mais baixa de 0.64.

Ainda segundo Ribeiro (1999), a consistência interna é considerada aceitável para valores superiores 0.60. Na generalidade, os estudos de validação indicam que o instrumento apresenta adequadas qualidades psicométricas.

Tabela 2 - Consistência interna dos Instrumentos

Fatores	<i>Alpha de Cronbach</i> Escala original	<i>Alpha de Cronbach</i> Adaptação Português	<i>Alpha de Cronbach</i> Presente estudo
WHOQOL-BREF			.90
Domínio Geral			.72
Domínio Físico			.85
Domínio Psicológico			.75
Domínio Relações Sociais			.68
Domínio Meio Ambiente			.77
ESSS-TOTAL		.85	.87
Satisfação Amizade		.83	.80
Intimidade		.74	.76
Satisfação Família		.74	.87
Atividades Sociais		.64	.66
SWLS	.87	.78	.77
GDS			.66
MMSE			.59

Através da análise da tabela 2, pode-se verificar os valores do alfa do presente estudo são adequados, pois estão acima de .70. não seguem essa regra os valores do GDS e do MMSE.

2.3 Procedimento

Para a aplicação das escalas foi solicitada a autorização aos respectivos autores. Foi entregue a cada participante um consentimento informado onde constava toda a explicação referente ao estudo, caso aceitassem participar no estudo, teriam de assinar o consentimento informado. Para os participantes que não sabiam ler, o consentimento foi lido e a aceitação foi verbal.

A aplicação dos instrumentos foi realizada numa só sessão e individualmente, pela seguinte ordem:

1. Dados Sociodemográficos ;
2. SWLS;

3. WHOQOL-BREF;
4. MMSE;
5. GDS;
6. ESSS

Os questionários foram preenchidos entre os meses de dezembro a outubro. Numa primeira fase foi efetuada a recolha da amostra dos adultos jovens e posteriormente a dos idosos.

Embora as escalas fossem de autoaplicação, em relação à forma de administração dos questionários cerca de 14 foram feitas pelo investigador (referente aos idosos analfabetos), razão pela qual foi mencionado acima.

Os dados foram inseridos e analisados através programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), Versão 17.0, onde foi feito um levantamento das estatísticas descritivas a fim de caracterizar a amostra em análise, considerando as variáveis Qualidade de Vida e Suporte Social.

Capítulo 3

Apresentação dos Resultados

3.1 Diferenças nas escalas SWLS, WHOLOQ, ESSS entre dois grupos

Através do teste de Kolmogorov-Smirnov, verificou-se que a maioria das escalas tem distribuição normal, pelo que se optou pelos testes paramétricos.

Através da análise aos resultados obtidos, é possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas para a escala de qualidade de vida (WHOLOQ) e as suas respetivas dimensões.

Em relação à escala suporte social (ESSS), verificou-se diferenças estatisticamente significativas no global da escala ($p < ,001$). Em termos específicos apenas se verificou diferenças no fator satisfação com a família ($p = ,006$). Os idosos apresentam maior suporte social ($M = 55,52$; $DP = 12,81$) em relação aos adultos ($M = 50,53$; $DP = 11,94$) ($p = ,037$).

A estatística utilizada nesta análise refere-se ao T-test.

Tabela 3 - Análise das escalas SWLS, WHOQOL, ESSS, nos dois grupos.

Faixa Etária						
	Adultos N=60		Idosos N=50		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	30,38	4,89	72,92	6,82	-36,870	,000
Satisfação com a vida	21,93	6,61	20,30	6,76	1,235	,218
Qualidade de Vida geral	67,70	18,1	51,32	20,06	4,832	,000
Qualidade de Vida – domínio 1	75,53	14,50	57,90	15,40	6,028	,000
Qualidade de Vida – domínio 2	73,97	14,63	64,54	13,66	3,430	,001
Qualidade de Vida – domínio 3	73,27	18,51	58,90	17,46	4,011	,000
Qualidade de Vida – domínio 4	61,81	13,36	55,01	14,92	2,373	,018
ESSS - total	50,53	11,94	55,52	12,81	-2,095	,037
Satisfação com Amizade	17,60	4,52	19,00	5,10	1,485	,137
Intimidade	14,25	4,30	14,70	4,50	-,529	,596
Satisfação com a Família	10,68	3,61	12,60	3,36	-2,836	,006
Atividades Sociais	8,57	3,34	9,97	3,57	-1,361	,175

3.2 Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOLOQ, GDS, SWLS em função do Agregado familiar.

Em termos gerais não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as escalas ESSS total e os seus respetivos fatores, para a WHOLOQ total e, seus domínios e, SWLS referente ao agregado familiar.

Apesar de não serem detetadas diferenças significativas em termos gerais, podemos observar que existem diferenças significativas na escala GDS ($p=,001$), convém referir que a escala GDS e o teste MMSE, não foram aplicadas aos adultos uma vez que se trata de instrumentos específicos para a população idosa. A análise refere-se apenas aos idosos. Os idosos que vivem sozinhos apresentam uma média de 7,76; (DP=2,77) de sintomatologia depressiva ao passo que, os que vivem acompanhados apresentam uma média inferior de sintomas depressivos ($M=5,06$; DP=2,46), sendo esta diferença significativa estatisticamente (tabela 4) Relativamente ao MMSE não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (tabela 4).

Tabela 4 - Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOQOL, GDS, SWLS em função do agregado familiar; Estatística utilizada Independent Sample T-test

Agregado familiar						
	Vive sozinho(a) N=31		Vive acompanhado(a) N=75		t	p
	M	DP	M	DP		
MSSE- total	24,58	4,06	25,38	4,43	-,631	,542
ESSS-total	53,25	12,29	53,30	12,59	-,018	,986
Satisfação com amizade	18,93	4,65	18,08	4,89	,833	,417
Intimidade	14,06	4,80	14,86	4,17	-,802	,398
Satisfação com a família	11,77	3,76	11,61	3,50	,206	,833
Atividades sociais	9,00	3,37	9,17	3,41	-,243	,810
Satisfação com a vida	20,70	7,00	21,95	6,33	-,849	,379
GDS-total	7,76	2,77	5,06	2,46	3,354	,001
Qualidade de vida	55,17	25,33	63,00	18,20	1,519	,137
Qualidade de vida	68,09	19,58	68,98	15,31	-,222	,806
Qualidade de vida	69,48	16,18	70,95	13,67	-,439	,640
Qualidade de vida	67,55	23,60	67,97	17,29	-,085	,923
Qualidade de vida	59,73	15,34	59,46	13,99	,080	,934
WHOQOL-total.	269,02	64,12	268,66	45,83	,025	,980

3.3 Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOLOQ, GDS, SWLS em função da Etnia.

Em termos gerais não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas da escala ESSS, no entanto, em particular encontramos diferenças estatisticamente significativas no fator atividades sociais ($p=,013$). Os caucasianos apresentam uma média superior aos africanos ($M=9,78$; $DP=3,29$) e ($M=7,89$; $DP=3,57$, respetivamente).

O mesmo se verifica na escala WHOLOQ, em termos gerais, não foram encontradas diferenças, mas em termos específicos verificamos que o domínio 4 (meio ambiente) apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p=,030$), em que, os caucasianos

apresentam uma média superior aos africanos (M=61,49;DP=14,21) e (M=54,81;DP=14,36, respetivamente) (tabela 5).

Em relação à escala satisfação com a vida encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p=,006$), ou seja, os caucasianos apresentam uma média de (M=22,66;DP=6,11) e os africanos, uma média inferior de 18,72; (DP=7,51) (tabela 5).

Visto que a GDS e o MMSE aplicam-se apenas à população idosa, apurou-se neste grupo, diferenças estatisticamente significativas em relação ao MMS ($p=,042$). Os idosos caucasianos apresentam uma média de 25,42; (DP=3,92) enquanto os idosos africanos apresentam uma média de 22,20; (DP=5,34). Em relação à GDS não foram encontradas diferenças estatísticas (tabela 5).

Tabela 5 - Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOQOL, GDS,SWLS em função da etnia; Estatística utilizada Independent Sample T-test

	Etnia				t	p
	Caucasiano(a) N=61		Africano(a) N=39			
	M	DP	M	DP		
MMSE- total	25,41	3,96	22,20	5,34	1,771	,042
ESSS-total	53,86	13,50	51,05	10,89	1,147	,277
Satisfação com amizade	18,45	4,74	17,78	5,03	,647	,513
Intimidade	15,05	4,55	13,66	3,81	1,626	,120
Satisfação com a família	11,18	3,84	12,25	3,06	-1,508	,135
Atividades sociais	9,68	3,29	7,89	3,57	2,497	,013
Satisfação com a vida	22,66	6,11	18,72	7,51	2,654	,006
GDS-total	6,36	3,06	6,10	2,13	,309	,802
Qualidade de vida	62,08	21,08	58,01	20,77	,947	,348
Qualidade de vida	65,79	18,26	71,24	16,18	-1,536	,138
Qualidade de vida	68,60	15,98	72,91	12,16	-1,496	160
Qualidade de vida	68,42	19,84	63,42	17,84	1,258	,222
Qualidade de vida	61,49	14,21	54,81	14,36	2,204	,030
WHOQOL-total.	267,14	56,84	262,28	46,98	,432	,678

3.4 Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOLOQ, GDS, SWLS em função da Religião.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das escalas apresentadas (ESSS, WHOLOQ, GDS, SWLS) nem no teste MMSE referente à religião (tabela 6).

Tabela 6 - Análise em função da religião; Estatística utilizada Independent Sample T-test

	Religião					
	Católico(a) N=84		Outros N=22		t	p
	M	DP	M	DP		
MMSE- total	24,64	4,56	26,33	3,01	-1,193	,386
ESSS-total	53,04	11,90	51,13	15,05	,552	,528
Satisfação com amizade	18,19	4,60	17,81	5,67	,289	,742
Intimidade	14,58	4,12	14,04	4,84	,473	,605
Satisfação com a família	11,91	3,52	10,28	3,77	1,790	,065
Atividades sociais	8,83	3,42	9,40	3,41	-,693	,491
Satisfação com a vida	21,22	6,69	21,18	7,04	,027	,978
GDS-total	6,30	2,78	5,16	3,65	,736	,369
Qualidade de vida	58,68	21,39	67,04	17,05	-1,927	,094
Qualidade de vida	66,13	17,57	73,05	15,458	-1,805	,097
Qualidade de vida	68,85	14,43	72,91	16,80	-1,034	,262
Qualidade de vida	66,45	19,10	68,42	21,26	-,369	,695
Qualidade de vida	58,56	13,43	59,09	17,70	-,130	,880
WHOQOL-total.	261,57	49,56	274,83	65,35	-,824	,336

3.5 Análise do teste MMSE e das escalas ESSS, WHOLOQ, GDS, SWLS em função do Local de recolha.

A análise presente relativamente ao local de recolha destina-se única e exclusivamente a população idosos. Sendo assim, verificou-se diferenças estatisticamente significativas em relação a variável idade ($p=,013$), satisfação com a vida ($p=,027$), satisfação com amizade ($p=,005$), satisfação com a família ($p=,029$) e suporte social em termos gerais ($p=,003$).

Os sujeitos observados no centro de dia apresentam uma média de idade superior aos dos restantes locais ($M=78,75$ anos; $DP=6,27$), seguindo-se o centro de convívio com uma média de $76,33$ anos; ($DP=9,88$), depois a associação de reformados ($M=71,72$ anos; $DP=6,39$) e a comunidade ($M=70,89$ anos; $DP=5,32$) (tabela 7).

Os sujeitos do centro de convívio apresentam uma média mais elevada em relação a satisfação com a vida ($M=25,00$; $DP=7,04$), seguindo-se a associação de reformados ($M=23,62$; $DP=5,18$), depois o centro dia ($M=21,87$; $DP=2,90$) e comunidade ($M=17,72$; $DP=6,64$) (tabela 7).

Relativamente à satisfação com a amizade as pessoas do centro dia têm maior perceção da amizade ($M=21,87$; $DP=2,90$), seguindo-se o centro de convívio ($M=20,50$; $DP=3,72$), a comunidade ($M=16,89$; $DP=5,32$) e a associação de reformados ($M=5,18$; $DP=2,85$) (tabela 7).

Em relação à satisfação com a família podemos referir que os sujeitos do centro dia revelam uma maior perceção de satisfação com a família ($M=14,87$; $DP=,353$), seguidamente o centro de convívio ($M=11,83$; $DP= 4,35$) e por fim a comunidade ($M=11,60$; $DP=3,61$) e a associação de reformados ($M=2,85$; $DP=1,18$) (tabela 7).

No que diz respeito ao suporte social, em termos gerais, apurou-se que os sujeitos do centro dia demostram um maior suporte social ($M=63,62$; $DP=7,35$), segue-se o centro de convívio ($M=56,83$; $DP=12,22$), comunidade ($M=50,21$; $DP=12,05$) e associação de reformados ($M=6,24$; $DP=11,72$) onde se verifica um menor nível de suporte social (tabela 7).

Tabela 7 - Análise em função do local; Estatística utilizada One –way Anova

Local de recolha										
	Associação de reformados N=8		Centro dia N=8		Centro de convívio N=6		Comunidade N=88		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	71,62	6,39	78,75	6,27	76,33	9,85	70,89	5,32	3,977	,013
Escolaridade- anos	4,00	,000	3,50	,577	-	-	7,50	5,81	2,101	,146
Satisfação com a vida	23,62	5,18	21,71	5,21	25,00	7,04	17,72	6,64	3,389	,027
Satisfação com amizade	5,18	2,85	21,87	2,90	20,50	3,72	16,89	5,32	4,896	,005
Intimidade	22,85	6,24	16,87	4,15	16,20	3,42	13,37	3,92	1,972	,132
Satisfação com família	2,85	1,18	14,87	,353	11,83	4,35	11,60	3,61	3,270	,029
Atividades sociais	16,12	3,54	10,12	2,85	10,50	4,12	8,53	3,33	2,045	,121
ESSS_total	6,24	11,72	63,62	7,34	56,83	12,22	50,21	12,05	5,215	,003
GDS_total	14,37	3,02	6,75	2,71	5,66	2,42	6,57	2,99	1,100	,359
MMSE-total	1,18	3,24	22,00	6,324	26,50	1,51	25,00	4,12	1,863	,149
Qualidade de vida	11,62	12,19	55,35	21,47	47,91	16,61	50,00	22,46	,272	,845
Qualidade de vida	3,54	10,41	45,83	12,86	61,30	14,35	57,14	16,03	2,491	,073
Qualidade de vida	65,00	12,28	65,62	6,588	65,97	13,798	61,88	15,27	1,045	,382
Qualidade de vida	11,72	13,69	55,95	13,36	66,66	8,33	55,44	19,28	1,757	,171
Qualidade de vida	4,62	6,48	56,25	15,78	57,50	12,99	52,31	16,11	1,094	,363
WHOQOL total	3,02	32,66	259,16	32,53	259,16	37,37	224,42	46,57	2,856	,051

3.6 Análise dos dois grupos em função Estado civil.

No grupo dos adultos Consta-se apenas diferenças estatisticamente significativas em relação à idade ($p=.001$) com a média mais elevada de 36,00;(DP=2,82) pertencente aos separados, e ao fator satisfação com amizade ($p=.010$), a média mais elevada também pertence aos separados com 22,00; (DP=.000) (tabela 8)

Relativamente ao segundo, os idosos verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação à idade ($p=.011$), no domínio 1(físico) os casados possuem um nível elevado de qualidade de vida no (M=39,28;DP=13,36), igualmente os casados possuem uma média mais elevada no teste MMSE (M=25,55;DP=3,81) (tabela 9)

Tabela 8 - Análise em função do Estado Civil dos Adultos

	Solteiro N= 33		Casado(a) ou União de facto N=25		Separado(a) N=2		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	28,42	4,45	32,52	4,40	36,00	2,82	7,814	,001
Satisfação com a vida	20,25	6,53	24,04	6,46	22,50	3,53	2,423	,098
Satisfação com amizade	18,87	3,96	15,68	4,62	22,00	,000	5,052	,010
Intimidade	14,31	4,15	14,00	4,68	16,50	,707	,312	,734
Satisfação com família	11,22	3,43	10,00	3,92	10,50	2,12	,774	,466
Atividades sociais	8,9375	3,51896	8,0800	3,13475	9,0000	4,24264	,469	,628
ESSS_total	52,4848	11,09088	47,8000	13,03201	52,5000	9,19239	1,127	,331
Qualidade de vida _g	63,6364	18,84446	72,5000	16,13743	75,0000	17,67767	1,952	,151
Qualidade de vida ₁	74,7835	15,46318	75,2857	13,32004	91,0714	2,52538	1,203	,308
Qualidade de vida ₂	75,0000	12,65584	71,5580	17,02513	85,4167	14,73139	1,004	,373
Qualidade de vida ₃	74,4624	16,37742	70,6667	21,26225	87,5000	5,89256	,898	,413
Qualidade de vida ₄	59,6680	14,05094	64,0000	12,66557	68,7500	4,41942	1,018	,368
WHOQOL total	288,4493	44,91494	279,1149	52,84604	332,7381	15,78363	1,215	,305

Tabela 9 - Análise referente ao Estado Civil dos idosos

Estado Civil								
	Casado(a) ou União de facto N=27		Separado(a) N=2		Viúvo(a) N=21		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	70,96	6,00	70,00	1,41	75,71	7,27	4,152	,01
Escolaridade- anos	6,00	3,80	.	.	5,00	3,66	52,952	,000
Satisfação com a vida	20,78	6,23	9,00	5,65	20,85	6,72	1,008	,399
Satisfação com amizade	18,88	5,14	16,00	2,82	19,42	5,28	,554	,648
Intimidade	14,56	4,01	13,00	1,414	15,04	5,27	,588	,626
Satisfação com família	12,33	3,29	10,50	6,36	13,14	3,29	1,069	,372
Atividades sociais	8,92	3,55	8,50	4,94	10,30	3,26	,924	,438
ESSS_total	54,55	11,55	48,00	15,55	57,47	14,35	,381	,767
GDS_total	5,66	2,67	7,00	1,41	6,76	3,25	,587	,626
MMSE-total	25,55	3,81	17,50	7,77	24,80	4,27	7,519	,000
Qualidade de vida	52,40	17,68	37,50	17,67	51,31	23,53	1,291	,290
Qualidade de vida1	59,28	13,36	51,78	32,82	56,78	16,86	3,729	,018
Qualidade de vida2	65,38	13,93	62,50	5,89	63,69	14,19	,069	,976
Qualidade de vida3	64,23	15,44	50,00	23,57	52,77	18,07	,805	,499
Qualidade de vida4	54,62	14,66	25,00	4,41	59,37	11,74	,909	,446
WHOQOL total	244,30	39,74	189,28	10,73	231,57	54,89	1,698	,185

3.7 Análise dos idosos em função das habilitações literárias.

Referente ao grupo dos adultos se pode verificar diferenças significativas em relação a satisfação com a vida ($p=.009$) ($M= 27,16; DP=6,24$), ou seja pela análise verificamos que os sujeitos que possuem o ensino básico, estão mais satisfeitos com a sua vida, ao passo que os sujeitos que possuem o ensino secundário não parecem estar satisfeitos com as suas vidas ($M=15,20; DP=7,59$) (tabela 10)

Em relação ao grupo dos idosos, referente ao domínio 1(físico), os sujeitos que possuem ensino secundário demonstram maior qualidade de vida face aos analfabetos ($M=68,45; DP=8,27$), ($M=21,07; DP=5,83$).

O MMSE apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p=.000$), os idosos com ensino superior apresentam um valor elevado no MMSE ($M=27,40; DP=1,94$), enquanto os idosos analfabetos apresentam uma média inferior ($M=21,07; DP=5,83$) (tabela 11).

Tabela 10 - Análise referente às Habilitações Literárias do grupo dos adultos

Habitações literárias								
	Ensino Básico N=6		Ensino Secundário N=6		Ensino Superior N=48		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	33,00	4,51	31,00	4,00	29,97	5,00	1,072	,349
Satisfação com a vida	27,16	6,24	15,20	7,59	21,97	6,05	5,097	,009
Satisfação com amizade	18,50	3,27	17,00	4,89	17,56	4,67	,168	,846
Intimidade	13,66	5,00	13,16	2,63	14,46	4,42	,298	,743
Satisfação com a família	14,33	,516	10,00	4,09	10,28	3,55	3,771	,029
Atividades sociais	7,83	3,43	8,00	2,60	8,74	3,45	,290	,750
ESSS_total	54,33	9,50	48,16	11,49	50,35	12,36	,418	,660
Atividades sociais	72,91	14,61	58,33	28,13	68,22	16,90	1,086	,344
ESSS_total	76,19	12,30	72,02	13,63	75,89	15,05	,191	,827
Atividades sociais	83,33	7,90	69,16	15,19	73,27	14,97	1,581	,215
ESSS_total	79,16	12,63	65,00	19,00	73,40	19,08	,798	,455
Atividades sociais	63,02	6,67	55,00	13,36	62,36	13,95	,709	,496
ESSS_total	301,71	27,19	261,75	44,71	285,65	50,64	,687	,508

Tabela 11 - Análise referente às Habilitações Literárias do grupo dos idosos

	Habilitações literárias								F	p
	Analfabeto N=14		Ensino Básico N=24		Ensino Secundário N=6		Ensino Superior N=5			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	76,85	7,27	73,12	6,62	69,00	2,82	67,00	1,73	4,152	,011
Escolaridade anos			3,88	,323	5,66	2,88	13,00	3,55	52,952	,000
Satisfação com a vida	17,83	8,25	21,86	6,34	21,50	5,00	20,20	4,38	1,008	,399
Satisfação com amizade	18,35	3,65	19,26	6,15	21,33	3,72	18,00	4,89	,554	,648
Intimidade	16,07	3,56	14,04	4,66	14,25	7,58	14,80	4,32	,588	,626
Satisfação com família	12,57	3,52	12,79	3,52	14,00	2,44	10,40	3,13	1,069	,372
Atividades sociais	9,23	3,51	9,29	3,32	12,00	3,4641	9,40	3,91	,924	,438
ESSS_total	55,78	10,59	55,62	14,42	60,00	13,00	60,00	13,00	,381	,767
GDS_total	6,64	3,02	6,29	2,69	5,50	3,78	4,80	3,11	,587	,626
MMSE-total	21,07	5,83	26,12	2,47	27,33	1,75	27,40	1,94	7,519	,000
Qualidade de vidag	45,53	21,14	52,17	20,86	56,25	7,21	65,00	13,69	1,291	,290
Qualidade de vida1	47,02	17,21	60,86	14,42	68,45	8,27	58,57	10,28	3,729	,018
Qualidade de vida2	63,78	12,54	64,58	13,57	66,66	18,63	63,33	16,24	,069	,976
Qualidade de vida3	53,47	17,21	59,52	20,29	66,66	10,20	63,33	9,50	,805	,499
Qualidade de vida4	51,98	15,51	57,38	13,79	62,50	23,24	49,37	8,67	,909	,446
WHOQOL total	214,54	44,32	245,69	47,96	266,36	42,64	234,61	36,29	1,698	,185

Através da análise da escala GDS podemos verificar que não existem diferenças significativas

Tabela 12 - Análise referente à Escala GDS

GDS						
	Masculino N=12		Feminino N=33		t	p
	M	DP	M	DP		
GDS_total	6,29	2,75	6,12	3,02	,203	,840

Capítulo 4

Discussão dos Resultados

Será de referir que não foram encontradas estudos com qualidade de vida e suporte social na população adulta jovem. Os estudos que se referem a esta população focam-se nas patologias (cancro, diabetes, hemodialise, entre outros), não sendo esse o nosso objetivo do estudo, optou-se por fazer uma comparação com a população idosa, sem uma base teórica que suporte os resultados. Tal como já foi referido, o nosso estudo teve como objetivo comparar a qualidade de vida e suporte social em adultos e idosos, sendo esperado que os adultos (o grupo mais novo) tivessem melhor qualidade de vida ao passo que os idosos teriam mais suporte social. Era ainda esperado que o género influenciasse a qualidade de vida.

Também foram colocadas algumas questões, como se existem diferenças nos idosos em relação ao local de recolha da amostra (centro do dia; centro de convívio; comunidade e associação de reformados); se existem diferenças significativas de qualidade de vida em relação às habilitações literárias e ao tipo de agregado familiar; se existem diferenças significativas de qualidade de vida em relação a etnia e a religião e por fim se existem diferenças de sintomatologia depressiva em relação ao género nos idosos.

Os valores do alfa de Cronbach obtidos nos instrumentos originais foram os seguintes: na escala SWLS α .87, na primeira tradução obtive α .78, na segunda α .77 (tabela 2).

Na escala ESSS total α .85, nos restantes fatores o alfa variou entre α 64 e 73.

Tendo em conta os objetivos, hipóteses e questões apresentadas constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas escalas ESSS e WHOQOL em relação à faixa etárias.

Os resultados demonstraram que relativamente à qualidade de vida, os adultos têm melhor qualidade de vida em comparação com os idosos. Observou-se também, que em relação ao suporte social, os idosos têm maior perceção de suporte social do que os adultos. Segundo Garcia et al (2005) a idade avançada está relacionada com piores níveis de qualidade de vida. Este facto pode estar relacionado com a saúde, pois para que o individuo esteja satisfeito com vida, é importante que seja saudável tanto a nível biológica como, psicológico e sobretudo que sinta ter um bom funcionamento cognitivo e que, possua competências e atividades sociais. É também importante que haja desempenho no que diz respeito às suas funções a nível familiar, nas atividades ocupacionais, e nas relações informais em grupos primários (Neri,1993).O envelhecimento é um tema delicado e muito estudado, devido ao facto da população estar a caminhar para um envelhecimento, a visão de que “envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do

indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento” (Neri, 1993a, p.13). Dando como exemplo, o facto de o idoso sofrer de alterações a nível físico, nomeadamente, perda total ou parcial da visão e da audição, perda da mobilidade, perda da autonomia entre outros. Derivada a estas perdas o idoso vê assim alterado a forma como poderá vir a desempenhar as atividades diárias e consequentemente lidar com a sua nova forma de estar na vida, assim como, lidar com a perda da autonomia pois passará a estar dependente de outros. As relações sociais podem suscitar no indivíduo sensação de bem-estar de forma a promover sentimentos de felicidade, satisfação, otimismo, pensamentos positivos sobre si mesmo e podem estar relacionados com a diminuição de estados de ansiedade, baixa autoestima e depressão (Norris, 1993; Hansson, 1994). Se o estabelecimento de boas relações sociais causa no indivíduo bem-estar na ausência dessas relações poderá provocar no sujeito sentimentos adversas. Este facto poderá estar na origem dos idosos revelarem valores inferiores no domínio psicológico ou pela simples razão dos mesmos fazerem uma avaliação de acordo com a sua perceção em relação à sua situação.

As interações entre o indivíduo e o seu ambiente também são partes integrantes da qualidade de vida. Não se resume única e exclusivamente ao indivíduo, mas também ao seu meio envolvente, isto é, os idosos e as pessoas que com ele convivem, nomeadamente, a família e os amigos. Tanto um como outro exercem uma influência mútua na qualidade de vida. Se o idoso, por sua vez, não recebe essa influência por parte do outro as suas interações ficam enfraquecidas e consequentemente haver diminuição na sua interação social; o idoso por sua vez sente-se inferiorizado perante a sociedade e a família e, por conseguinte, desmotivado para realizar atividades quotidianas que outrora lhe proporcionavam prazer, felicidade, independência, conformando-se com interações precárias e debilidades associadas ao envelhecimento. Todos estes aspetos afetam assim, não só a sua qualidade de vida presente como também em termos futuros (Featherman, Smith & Peterson, 1990¹²; Hansson, 1994). Podemos concluir que a família e a interação social exercem uma importante função na qualidade de vida dos sujeitos.

Estes factos mencionados exercem influência na qualidade de vida dos idosos, talvez por essas razões os idosos do estudo obtiveram valores inferiores na qualidade de vida.

¹² Featherman, D. L., Smith, J. & Peterson, J. G. (1990). Successful aging in post-retired society. In Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (orgs.). *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. In Neri, A. L. (Org.) (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus Editora

Os resultados obtidos indicam que os idosos possuem uma maior percepção do suporte social comparativamente aos adultos. Pela análise feita através da escala ESSS podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na ESSS-TOTAL [adultos: $M=50,53$; ($DP=11,94$) e idosos $M=55,92$; ($DP=12,81$)] e no fator satisfação com a família [adultos: $M=10,68$; ($DP=3,61$) e idosos $M=12,60$; ($DP=3,369$)].

Para garantir um suporte social adequado é necessário que o indivíduo possua um bom laço afetivo, uma boa intimidade e interagir com a família de forma a apaziguar o impacto negativo que possa surgir na vida do indivíduo. O indivíduo poderá possuir uma percepção negativa acerca do seu suporte social devido aos conflitos e dificuldades de relacionamento, a falta de capacidade de resolução de problemas poderá fazer com que o indivíduo, no seu entender possua menos suporte social. Podendo este facto estar na origem dos resultados obtidos por parte dos adultos

A família desempenha um papel crucial na manutenção de um bom suporte social. Se o indivíduo dispõe de um bom suporte familiar que o apoie ao longo do percurso vida, normalmente, isso resultará numa maior satisfação com a família. Os idosos revelaram uma maior satisfação com a família do que os adultos o que revela que a família é um componente social fundamental na assistência ao idoso. Apesar das mudanças na estrutura familiar esta continua a desempenhar as mesmas funções que desempenhava em tempos atrás, nomeadamente, suporte emocional, social e psicológico indispensável a todas as pessoas, inclusive aos idosos. Constata-se assim, que a família é de grande importância para a sobrevivência e adaptação do indivíduo ao seu meio, pois o seu suporte não se limita apenas às primeiras fases de desenvolvimento, mas sim durante toda a vida do ser humano. (Rodrigues & Rauth, 2002).

Um relacionamento de boa qualidade, geralmente, é mediado pela qualidade da comunicação, das trocas afetivas e pela intimidade entre as partes (Brehm 1985; Crawford & Unger, 1986). Segundo Brehm, uma relação de intimidade possui três fatores: o grau de interdependência que existe entre duas pessoas, as necessidades psicológicas de cada um em se relacionar com o outro e o vínculo emocional que existe entre ambos.

A necessidade psicológica é outro fator que media uma relação de intimidade (Weiss, 1969)¹³. Weiss sugeriu a existência de cinco necessidades psicológicas importantes:

¹³ Weiss, R.C. (1969). The fund of sociability. *Social Science and Modern Society*, 6, 36-43. In Brehm, S. S. (1985). *Intimate Relationships*. Michigan: Random House

necessidade de intimidade, de integração social, de segurança/cuidados (com relação a alimentação, educação, etc.), de assistência e de valorização.

O vínculo emocional entre as partes também é importante para que uma relação seja íntima, uma vez que os laços afetivos envolvidos favorecem uma maior confiança de um membro em relação ao outro, levando a maior interdependência e à satisfação das necessidades psicológicas.

Em suma, pode-se supor que, na relação entre o idoso e sua família, a qualidade do relacionamento se torna um aspeto fundamental para a manutenção do bem-estar do idoso uma vez que, quanto maior a intimidade, maior será a qualidade e aproveitamento do suporte oferecido

No que diz respeito aos domínios da escala WHOQOL, estes apresentaram diferenças estatisticamente significativas, exceto no domínio 4 (meio ambiente).

Em relação às questões, mais propriamente a primeira questão, confirma-se que existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao local de recolha da amostra. Os utentes do centro do dia apresentam uma média de idade mais elevada ($M=78,75$; $DP=6,27$), maior perceção com o suporte social ($M=63,62$; $DP=7,35$), maior perceção da amizade ($M=21,87$; $DP=2,90$) e maior perceção de satisfação com a família ($M=14,87$; $DP=.353$) enquanto os da associação dos reformados possuem menor perceção de suporte social ($M=6,24$; $DP=11,72$) menor perceção de amizade ($M=5,18$; $DP=2,85$) e menor perceção de satisfação com a família ($M=2,85$; $DP=1,18$). Os utentes do Centro de dia tiveram uma média maior de idades ($M=78,75$; $DP=6,27$), e na comunidade a média foi menor ($M=70,89$; $DP=5,32$). Tais resultados vão de encontro com o que foi sendo confidenciado pelos idosos no decorrer das entrevistas. No ato da recolha da amostra os idosos do centro dia relataram estarem satisfeitos com o suporte social e gostavam muito das suas famílias, que eram muito acarinhados por eles. Em relação à amizade quase todos referiram que tinham poucos mas bons amigos e que os colegas do centro eram um grande suporte. Os idosos da associação de reformados em comparação com os idosos do centro dia apresentaram menores resultados, este fator pode estar relacionado com a quantidade da amostra recolhida nesse local e o facto dos mesmos referirem não terem família ou da família viver longe e não lhes darem a devida atenção, assim como, esses idosos evidenciarem terem poucos amigos e referem que os amigos de hoje não são como os de antigamente.

Em relação à satisfação com a vida os utentes do centro de convívio obtiveram uma média mais elevada relativa aos restantes ($M=25$; $DP=7,04$), os sujeitos da comunidade

possuem menor satisfação com a vida revelando uma média de $M=17,17$; ($DP=6,64$). Estes idosos do centro de convívio têm um nível de vida satisfatório devido as condições económicas, facto que poderá estar relacionado com maiores níveis de habilitações literárias.

A segunda questão também se confirma, isto é, existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil e habilitações literárias no que diz respeito a qualidade de vida, os solteiros possuem maior nível de qualidade de vida ($M=288,44$; $DP=44,91$), ao passo que os viúvos possuem níveis mais baixos ($M=231,57$; $DP=54,89$). O mesmo não se verifica em relação ao agregado familiar, viver sozinho obteve uma média de $M=269,02$; ($DP=64,12$), e viver acompanhado teve uma media mais baixa ($M=268,66$; $DP=45,83$). O estudo de Spranger et al (2000) mostra que menor grau de escolaridade esta relacionado com inferior níveis de qualidade de vida. Realmente no presente estudo os sujeitos analfabetos têm uma média de qualidade de vida inferior comparativamente aos sujeitos das restantes habilitações.

Em relação à terceira questão confirma-se o facto de existirem diferenças estatisticamente significativas em relação ao ultimo domínio (meio ambiente) de qualidade de vida, os caucasianos estão mais satisfeitos com as condições do lugar onde vivem ($M=61,49$; $DP=14,21$), ao passo que os africanos possuem uma media de satisfação inferior ($M=54,81$; $DP=36$). Esta diferença pode estar ligada ao facto destes africanos viverem bairro social.

Spranger et al (2000) mostraram que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixos níveis de escolaridade estão relacionados com os níveis inferiores de qualidade de vida.

De acordo com Garcia et al (2005), a idade avançada está associada a piores níveis de qualidade de vida.

Um estudo realizado em Botucatu (2011) encontrou resultados semelhantes, demonstrando que os idosos consideraram a saúde como elemento mais importante para a qualidade de vida e a sua falta era motivo de infelicidade.

Vários estudos apontam que a capacidade funcional é um importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos, resultado em maior influencia no domínio físico.

A manutenção e a capacidade para desempenhar as atividades básicas de vida diária são pontos básicos para prolongar, por maior tempo possível a independência, com isso os idosos mantem sua capacidade funcional e qualidade de vida. A conservação da capacidade funcional pode ter importantes implicações na qualidade de vida dos idosos, estando

diretamente ligado à capacidade de se ocupar, em desenvolver atividades cotidianas/atividades prazerosas, influencia no nível de satisfação.

O domínio psicológico apresentou relevância estatística, como exemplo de uma questão: “está satisfeito consigo próprio?” Ou com que frequência sente sentimentos negativos, tais como tristeza, depressão, ansiedade”, as respostas obtidas para a primeira questão concentraram-se no “bastante”....Poucos idosos responderam estar insatisfeitos.

Para a segunda questão as opções mais escolhidas foram “algumas vezes” e “frequentemente”.

Um estudo realizado por Leite et al, (2006) revelou resultados muito semelhantes, observando mais prevalência de depressão, ainda que ligeira, principalmente nos idosos do sexo feminino e separados.

O estudo realizado por Ferraz et al, (1997) indicou associação entre dados positivos de qualidade de vida dos idosos e acesso às atividades de lazer, enfatizando a importância desse fator para a qualidade de vida. Portanto, considera-se importante incentivar e proporcionar atividades de lazer para reduzir o isolamento e aumentar a inserção do idoso no meio social, refletindo na ampliação da autoestima e de condições de saúde.

Vários estudos fazem referência à melhoria da qualidade de vida e da longevidade em idosos que apresentam uma rede de suporte social intensa.

De acordo com Pereira et al (2002), a inserção social minimiza os efeitos das transformações decorrentes do envelhecimento na qualidade de vida. Um bom relacionamento social é um dos principais determinantes da alta satisfação com qualidade de vida.

Relativamente à questão de que o gênero tem influência na depressão dos idosos, esta não se confirmou, o que pode ser explicada pelo tamanho da amostra dos idosos, uma vez que não existe homogeneidade da amostra (a amostra é constituída por 17 sujeitos masculinos e 33 femininos). O mesmo não se verifica em relação ao estado civil e depressão, onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Apesar de estudo efetuado por Leite et al (2006), indicou o oposto, ou seja, observaram uma maior prevalência de depressão, ainda que ligeira, nos idosos do sexo feminino e separados, mas como foi referido anteriormente tais situações poderão estar relacionadas com as características da nossa amostra.

Conclusão

Neste nosso estudo percebemos que a qualidade de vida e o suporte social são dois conceitos muito importantes tanto na vida dos adultos como dos idosos. Mas, dependendo das características da população, não têm a mesma influência, por exemplo os adultos possuem mais qualidade de vida ao passo que os idosos possuem mais suporte social.

Os resultados revelaram-nos que as habilitações literárias e o estado civil são importantes na avaliação que fazem da qualidade de vida, sendo que as pessoas com níveis inferiores de habilitações literárias, têm menos qualidade de vida, e o estado civil exerce igualmente a sua influência, os viúvos possuem menos qualidade de vida.

O presente estudo apresenta muitas limitações, nomeadamente a dimensão da amostra, que tem um pequeno número de participantes. Por este motivo, consideramos que estes resultados não podem ser generalizados para a população geral, embora alguns deles tenham ido ao encontro de outros estudos realizados com idosos, noutros locais e noutras circunstâncias. O tempo e a conveniência pessoal, levou-nos a optar por este tipo de amostra, dado haver prazos a cumprir e conseguir a amostra nem sempre se revela fácil. A falta de estudos relacionando a qualidade de vida e o suporte social na população adulta, foi também outra limitação do nosso estudo...

Contudo entendemos que o presente trabalho contribui para a compreensão de como a qualidade de vida e o suporte social se relacionam com esta população e poderá ser um estudo alerta para a necessidade de análises mais estruturadas destes aspetos da população portuguesa.

Referências Bibliográficas

- Agreda, J. J. Passado, Presente e Futuro da Enfermagem Gerontológica. In Costa, M. A., Agreda, J. J., Ermida, J. G., Cordeiro, M. P., Almeida, M. L., Cabete, D. G., et al. (1999). *O Idoso - Problemas e Realidades*. (Cap. 2, pp. 23-39) Coimbra: Formasau
- Arantes, M. A. C. & Vieira, M. J. F. (2002). *Estresse: clínica psicanalítica*. 2ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Barreto, S. M., Passos, V. M., Giatti, L. (2009). Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 43 (Supl. 2): 9-17
- Berger, L. (1995). Aspectos Biológicos do Envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux-Poirier. *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global*. (Cap. 9, pp. 123-155). Lisboa: Lusodidacta
- Braga, M, C, P, Casella, M, A, Campos M, L, N, & Paiva, S. P, (2011). Qualidade de Vida medida pelo Whoqol-bref: Estudo com idosos Residentes em Juiz de Fora/MG
- Brehm, S. S. (1985). *Intimate Relationships*. Michigan: Random House
- Campos, A. M. (2009). Depressão e Optimismo: Uma Visão do Desemprego, sob o prisma da Psicologia da Saúde. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Saúde da Escola Superior de Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja e da Faculdade de Ciência Sociais e Humanas da Universidade do Algarve, para a obtenção do grau de mestre, orientado pela Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria, Serpa
- Carneiro, A. R. G (2012) Qualidade De Vida, Satisfação com o Suporte Social e o Funcionamento Social na Esquizofrenia: Estudo Comparativo Entre Doentes Residentes Na Comunidade E Institucionalizados. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção de grau Mestre em Psicologia Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação da Professora Doutora Luísa Campos, Porto
- Cordeiro, M. P. (1999). Avaliação da Saúde em Gerontologia. In Costa, M. A., Agreda, J. J., Ermida, J. G., Cordeiro, M. P., Almeida, M. L., Cabete, D. G., et al. *O Idoso - Problemas e Realidades*. (Cap. 4, pp. 51-61). Coimbra: Formasau
- Costa, A. B. (2013) Bem-estar subjetivo, Validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos institucionalizados. Dissertação Apresentada ao Instituto Superior

- Miguel Torga para Obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapias e Psicologia Clínica
Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Macedo, Coorientadora: Doutora Helena Espírito Santo, Coimbra
- Costa, M. A. (1999). Questões Demográficas: Repercussões nos Cuidados de Saúde e na Formação dos Enfermeiros. In Costa, M. A., Agreda, J. J., Ermida, J. G., Cordeiro, M. P., Almeida, M. L., Cabete, D. G., et al. (1999). *O Idoso - Problemas e Realidades*. (Cap. 1, pp. 7-22). Coimbra: Formasau
- Cruz, P. M. (2009). A Depressão no Feminino: o género e a doença como laboratório de laços sociais. Dissertação apresentada ao Departamento de Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, para a obtenção do grau de mestre, orientada pela Professora Doutora Maria Engrácia Leandro, Braga
- Ermida, J. G. (1999). Processo de Envelhecimento. In Costa, M. A., Agreda, J. J., Ermida, J. G., Cordeiro, M. P., Almeida, M. L., Cabete, D. G., et al. *O Idoso - Problemas e Realidades*. (Cap. 3, pp. 39-50) Coimbra: Formasau
- Fernandez-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez. *Anuario de Psicología*. 73, 89-104. Consultado em 23 de abril de 2013 em <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti2.htm>
- Fernandez-Ballesteros, R. & Macia, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención social*, 11 (5), 77-94.
- Ferreira, P, A, M, G, (2013) Audição de Crianças e Jovens na Mediação Familiar nos Casos de Separação e Divórcio Um estudo do ponto de vista dos Mediadores Familiares da Região Autónoma da Madeira. Tese Doutoramento em Ciências Sociais – Sociologia. Sob orientação do Professor Doutor Fausto José Robalo Amaro
Lisboa
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Garraty, J. (1978). *Unemployment in history: economic thought and public policy*. New York: Harper & Row
- Gomes, J. C. (2003). Desemprego, Depressão e Sentido de Coerência. Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública. Dissertação apresentada à Escola Nacional

de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa para a obtenção do grau de mestre, orientado por Professor Doutor Constantino Sakellarides, Lisboa

Guterres, M. C. M. (2002). *Suporte Social e Qualidade de Vida em Pessoas com Perturbações Mentais Crónicas apoiadas por Serviços Comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

Hallstrom, C. & MacClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores

Instituto Nacional de Estatística [INE]. Bases de dados relativos ao envelhecimento. Consultado em 18 de abril de 2013 em www.ine.pt

Leal, C. (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Dissertação apresentada à Universidade dos Açores, para obtenção do grau de mestre, Ponta Delgada

Lopes, P.A. (2004). Qualidade de Vida e Suporte Social do Idoso no Meio Rural e no Meio Urbano: Um Estudo Comparativo e Correlacional. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de mestre, orientada pela Professora Doutora Isabel Leal, Lisboa

Marinho, S, M. B. A. (2010) O Suporte Social e a Depressão no Idoso. Dissertação apresentada ao à Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais para a obtenção do grau de mestre psicologia clinica e da saúde sob orientação do Professor Doutor Milton Madeira, Porto

Nunes, L.N.V. (2009) Promoção do Bem-Estar Subjectivo dos idosos através da intergeracionalidade. Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação para a obtenção do grau de mestre, orientada pela Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima, 2009

Ozamiz J.A., Gumplmaier, H., Lehtinen, V. (Eds.) (2000). *Unemployment and Mental Health Project [UMHP]*, Biscaia, Espanha

Patrão, I, A, M, (2007) O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde, Universidade Nova de Lisboa Instituto Superior Psicologia Aplicada sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal e sob co-orientação do Professor Doutor João Maroco, Lisboa

- Pereira, E.F, Teixeira, C.S, & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Universidade do Estado de Santa Catarina. Sociedade Educacional de Santa Catarina. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- Priberam, Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em www.priberam.pt
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Quarteto
- Ribeiro, J.L.P (1999) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII),547-558
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (coord.). (2011). *Manual do Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel
- Romero, S. M. T., Oliveira, L. O., Nunes, S. C. (2007). Estresse no ambiente organizacional: estudo sobre o corpo gerencial. *Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*. Gestão e Tecnologia para a competitividade. Universidade Luterana do Brasil. Consultado em 22 de abril de 2013 em http://www.aedb.br/seget/artigos07/1215_SEGET0701Stress.pdf
- Unemployment and Mental Health Projecto [UMHP] (2000). *Framework for the project on unemployment and mental health*. Consultado a 3 de setembro de 2013 em www.uhmp.org
- Valada, M. J. S (2011). A Arte da Vida: Caminhar pelo Envelhecimento com Resiliência e com Qualidade de Vida. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para a obtenção do grau de mestre, orientada pelo Professor Doutor Nuno Colaço, Lisboa

Apêndices

Apêndice I – Protocolo de Investigação

Caro(a) Participante

Queremos solicitar a sua colaboração para uma investigação que tem como objetivo relacionar a qualidade de vida e o suporte social nos adultos jovens e idosos.

Desta forma pedimos lhe que leia atentadamente todas as questões que lhe vão ser colocadas. Não existem respostas certas ou erradas. Responda apenas de forma sincera e verdadeira e de modo a refletir as suas opiniões.

Os dados por si facultados são confidenciais e anónimos, destinando-se ao tratamento estatístico, pelo que pedimos que não se identifique neste questionário.

A sua participação nesta investigação é totalmente voluntaria, se a qualquer momento do preenchimento deste questionário não se sentir bem e quiser parar, sinta-se á vontade para desistir.

Agradecemos desde já a sua colaboração na investigação

Dados Sócio-Demograficos

Idade_____

Sexo : ☐ Masculino ☐ Feminino

Estado Civil: ☐Solteiro (a) ☐Casado (a) ou união de facto ☐Separado (a)

☐ Divorciado (a) ☐ Viúvo (a)

Religião: ☐ Católica ☐ Outros

Etnia: ☐ Caucasiano (a) ☐ Africano (a)

Habilitações literárias: ☐Analfabeto (a) ☐ Ensino Básico ☐ Ensino Medio

☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐ Licenciatura ☐ Mestrado

☐ Doutoramento

Anos de Escolaridade: _____

Agregado Familiar: ☐ Vive sozinho (a) ☐ Vive acompanhado (a)

Profissão: _____

Situação Profissional: ☐ Ativo ☐ Trabalha a tempo inteiro ☐ Part-time

☐ Desempregada ☐ De baixa medica ☐ Reformado (a) ☐ Estudante

☐ Outra Situação. Qual_____

SWLS

Em baixo seguem-se 5 afirmações com os quais pode concordar ou não. Usando a escala 1 a 7, que se descreve seguidamente, indique a sua concordância em cada afirmação, colocando o número apropriado na linha que precede cada item. A escala 7 pontos é a seguinte:

1	2	3	4	5	6	7
Não concordo totalmente	Não concordo	Não concordo ligeiramente	Neutro, não concordo nem discordo	Concordo	Concordo ligeiramente	Concordo totalmente

Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal	
As minhas condições de vida são excelentes	
Estou satisfeito com a minha vida	
Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida	
Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada	

WHOQOL-BREF

Instruções					
Por favor responda a todas as questões. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça. Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:					
	nada	pouco	moderadamente	bastante	completamente
Você recebe das outras pessoas o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebe das outras pessoas nas últimas duas semanas. assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio ou 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas ultimas 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 questões seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas 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 médico	1	2	3	4	5

	para fazer sua vida diária?					
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da 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 consegue se 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 (clima, barulho, poluição)?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.						
		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10(F2.1)	Tem energia suficiente para sua vida diária?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	É capaz de aceitar 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 acesso as informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5
				Muito Má	Má	Nem Boa Nem
						Boa
						Muito Boa

				Má		
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 vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16(F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Até que ponto está Satisfeito (a) com o apoio que você recebe	1	2	3	4	5

	de seus amigos?					
23(F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde 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 transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-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, depressão?	1	2	3	4	5

MEEM

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”

• Orientação

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos (quantos são hoje) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje) _____
6. Em que país estamos? (como se chama o nosso país) _____
7. Em que distrito vive? _____
8. Em que terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (como se chama esta casa onde estamos) _____
10. Em que andar estamos? _____

• Retenção

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”.

PERA GATO BOLA

“Repita as três palavras

PERA _____ GATO _____ BOLA _____

• Atenção e Cálculo

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao numero encontrado volte a subtrair 3 até eu dizer para parar.”

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Evocação

(Só se efetua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção). “agora veja se consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”

PERA _____ GATO _____ BOLA _____

• Linguagem

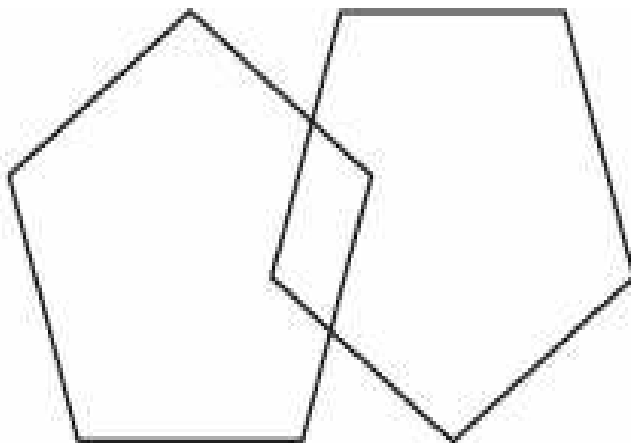
- a) Mostrar o relógio de pulso.
Como se chama isto? _____
- b) Mostrar um lápis ou caneta.
Como se chama isto? _____
- c) Repetir a frase:
“O rato rói a rolha” _____

- d) Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (ou: coloque-o qui em cima da secretaria/mesa”)

Pegar no papel com a mão direita _____
Dobra o papel ao meio _____
Colocar o papel no chão _____
(ou no local indicado)

- e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”
(Mostrar o cartão com a frase: “Feche os olhos”
Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase).
- f) “Escreva uma frase”.
A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser.
(Se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)
- g) Copie o desenho que lhe vou mostrar”.
(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)
(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para obter a pontuação.

FECHE OS OLHOS



GDS

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
6. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
10. Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	S	N
11. Pensa que é bom estar vivo(a)?	S	N
12. Sente-se inútil?	S	N
13. Sente-se cheio(a) de energia?	S	N
14. Sente que a sua situação é desesperada?	S	N
15. Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	S	N

ESSS

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Apêndice II – Pedido de Autorização para utilizar os Questionários Escala de Suporte Social e WHOQOL-BREF

José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt)

16-11-2012

Autorizo a utilização do questionário

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: sandra samira moura teixeira [sandrinha.smt@hotmail.com]

Enviado: sexta-feira, 16 de Novembro de 2012 0:20

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: pedido de utilização da escala suporte social

Boa Noite Doutor Pais Ribeiro,

Sou aluna da Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologias, estou a frequentar o Mestrado em Psicologia Aconselhamento e Psicoterapia. Encontro-me a realizar uma investigação para a dissertação do Mestrado como tema Qualidade de Vida e Suporte Social nos diabéticos e venho por este meio pedir-lhe autorização para poder utilizar o seu questionário de Suporte Social na minha investigação.

Cumprimentos

Sandra

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by MailScanner<<http://www.mailscanner.info/>>, and is believed to be clean.

Cara Dra. Sandra Teixeira,

Convido-a a visitar a nossa página (<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>) e a preencher o formulário que nela pode encontrar, relativos à utilização da versão portuguesa do instrumento que pretende para lho possa enviar, bem como as respectivas informações.

Aguardando o seu contacto, envio os meus cumprimentos,

MCristina Canavarro

.....

Maria Cristina Canavarro
mccanavarro@fpce.uc.pt
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>
<http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
3001-802 Coimbra Portugal
Tel. (+351 239851450) Fax (+351 239 851465)

Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP)
Maternidade Doutor Daniel de Matos
Avenida Miguel Torga
3030-165 Coimbra Portugal
Tel. (+351 239403060) Fax (+351 239 403062)

From: [sandra samira moura teixeira](#)

Sent: Thursday, November 08, 2012 11:44 PM

To: mccanavarro@fpce.uc.pt ; mccanavarro@netcabo.pt

Subject: questionario WHOQOL-BREF

Boa noite Doutora Maria Cristina Canavarro,

Sou aluna do Mestrado da Universidade Lusófona, estou a desenvolver uma tese de mestrado em que o tema é qualidade de vida e suporte social nos diabéticos, e para o efeito eu vou aplicar o questionário WHOQOL-BREF que foi traduzido pela doutora. Já fiz varias pesquisas e não encontro o questionário e este email é com o propósito de dar a doutora a conhecer que vou utilizar o questionário que traduziu e também se me pode facultar o questionário visto que não consigo encontra-lo.

Desde já obrigada pela atenção

cumprimentos