



UNIVERSIDADE DE ÉVORA/ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**BEM-ESTAR SUBJETIVO E PERCEÇÃO DE  
SUPORTE FAMILIAR EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS**

**Mafalda Gonçalves David Chaves**

Orientação: Prof. Doutor Nuno Maria Bleck da  
Silva Amado

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Évora | 2015



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**Dissertação**

**BEM-ESTAR SUBJETIVO E PERCEÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR  
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

**Mafalda Gonçalves David Chaves**

Orientador

Prof. Doutor Nuno Maria Bleck da Silva Amado

2015

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço ao Prof. Doutor Nuno Amado pela sua disponibilidade e preocupação, pela partilha que me permitiu um olhar “mais longínquo” em todo o processo que envolveu a construção deste projeto.

Gostava de agradecer aos técnicos e funcionárias das Instituições que se interessaram em perceber os objectivos deste trabalho e se disponibilizaram a colaborar nesta investigação.

A todos os idosos que quiseram participar neste estudo e que, com toda a sua vontade, permitiram não só a recolha de dados importantes para o desenrolar deste trabalho, como também o conhecimento de histórias/experiências de vida, importantes no meu caminho enquanto pessoa e profissional que intervém junto da terceira idade.

À colega, amiga e psicóloga Sandra Pancas pela sua disponibilidade, colaboração e pela sua empatia.

*“E deixa de ser tarde quando se compreende que ouvir nunca rima com escutar, e que se escuta sempre que, de olhos nos olhos, vem até nós a linguagem do coração”* (Sá, 2005). Assim, agradeço a todos os que se cruzaram no meu caminho durante este percurso, especialmente aos idosos com quem trabalho, que me dão todos os dias a oportunidade de aprender mais e me fazem sentir que é importante continuar neste caminho.

Quero agradecer também aos que constituem a minha entidade patronal que apostam sempre na formação e que demonstraram disponibilidade e flexibilidade para colaborar no que fosse necessário à realização desta dissertação.

Por último, mas não menos importante, agradeço à família, especialmente, ao marido, pais e irmã que me acompanharam e acompanham sempre e que constituem o meu porto seguro.

## O Bem-estar Subjetivo e percepção de Suporte Familiar em Idosos Institucionalizados.

### **Resumo**

Foi realizado um estudo exploratório focado na avaliação do contexto e nos contactos familiares percebidos pelos idosos e da sua relação com o bem-estar subjetivo. Inicialmente procurou-se retratar a amostra (N=126) quanto ao tipo e frequência dos contactos familiares nos idosos institucionalizados, procedendo-se à validação da escala de satisfação com a vida, necessária para o estudo sobre a relação entre variáveis de contexto e contactos familiares e o bem-estar subjetivo. Neste, realizou-se uma regressão linear da satisfação com a vida com variáveis como os afetos positivos e negativos, ter ou não vida marital, habitar ou não com os filhos e os contactos familiares percebidos. Três variáveis tiveram um impacto negativo da satisfação com a vida: afetos negativos, a vida marital e viver com filhos. Foi realizado ainda um estudo qualitativo, com uma amostra de 53 profissionais, com o objectivo de compreender as diferentes práticas institucionais que visam facilitar o vínculo idoso-família, traçando-se um possível retrato de como os contactos entre a família e os idosos se coadunam com a institucionalização.

Palavras-chave: Bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, idosos, institucionalização, afetos positivos e negativos, contactos familiares.

Subjective Well-being and perception of family support in Institutionalized  
Elderly.

**Abstract**

One focused exploratory study was conducted in the context assessment and family contacts perceived by elderly people and its relationship with subjective well-being. We portray the sample (N = 126) regarding the type and frequency of family contacts in institutionalized elderly, proceeding to validate the scale of life satisfaction, required for the study on the relationship between family context variables and family contacts and subjective well-being. This was done calculating a linear regression of life satisfaction with the following list of predictors: as positive affect and negative, whether or not marital life or not dwell with the children and perceived family contacts. This was held a linear regression of life satisfaction with variables such as positive affect and negative, whether or not marital life or not dwell with the children and perceived family contacts. Three variables have a negative impact on life satisfaction: marital life, negative affect and dwell with the children. A qualitative study with a sample of 53 professionals, with the aim of understanding the different institutional practices that facilitate the link-elderly family was still held, tracing a portrait of the contacts between the family and the elderly in line with institutionalization.

Keywords: Subjective well-being, life satisfaction, elderly, institutionalization, positive and negative affect, family contacts.

## Índice

1.Introdução.....	1
2.Enquadramento Teórico .....	3
2.1. O Envelhecimento .....	3
2.2. O Bem-estar Subjetivo .....	10
2.3. As Redes Sociais no Envelhecimento .....	14
2.4. A Institucionalização .....	18
3. Formulação do Problema de Investigação.....	25
4. Dois estudos sobre o Envelhecimento em meio Institucional .....	29
5. Estudo I: O Bem-estar subjetivo e o Suporte Familiar no Idoso Institucionalizado .....	31
5.1. Participantes .....	32
5.2. Instrumentos .....	34
5.3. Procedimento .....	36
5.4. Retrato da amostra quanto ao tipo e frequência de contactos familiares nos idosos institucionalizados.....	40
5.5. Resultados do estudo de validação da Escala de Satisfação com a vida.....	43
5.6. Resultados do Modelo de regressão da satisfação com a vida.....	44
5.7. Discussão Estudo I .....	45
6. Estudo II: Estudo sobre os profissionais e instituições .....	49
6.1. Participantes .....	49
6.2. Instrumentos .....	49
6.3.Procedimento .....	50
6.3.1.Recolha de Dados .....	50
6.3.2.Análise de Dados.....	51
6.4. Resultados .....	53
6.5.Discussão .....	56
7. Conclusão .....	59
Referências Bibliográficas	

## Índice de Anexos

Anexo I - Pedido de Autorização para Aplicação dos Questionários .....	73
Anexo II - Termo de consentimento informado para a participação no Estudo .....	74
Anexo III - Questionário de Objectivação dos contactos familiares – LAR .....	75
Anexo IV - Questionário de Objectivação dos contactos familiares – CENTRO DE DIA.....	76
Anexo V - Questionário para avaliação do Suporte Familiar no Meio Institucional/Auxiliares.....	78
Anexo VI - Questionário para avaliação do Suporte Familiar no Meio Institucional/Técnicos.....	79
Anexo VII - Grelha de Objectivação dos Contatos Familiares.....	80
Anexo VIII - Análise das Dinâmicas Institucionais .....	81

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Estudo de validação da Escala de Satisfação com a Vida .....	43
Figura 2 - Modelo de regressão da satisfação com a vida .....	44

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Amostra Global.....	29
Tabela 2 - Análise das Dinâmicas Institucionais relativas ao Contato Familiar.....	53

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 - Resultados gerais sobre a periodicidade das visitas.....	40
Gráfico 2 - Resultados da periodicidade das visitas em Lar.....	41
Gráfico 3 - Resultados da periodicidade das visitas em Centro de Dia.....	42



## 1. Introdução

O envelhecimento demográfico da população é hoje uma realidade ao nível das sociedades, não estando a realidade portuguesa afastada deste fenómeno. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000 e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. Estes dados apontam-nos também para um ritmo de crescimento da população idosa quatro vezes superior ao da população jovem.

Perante este facto, toda a evolução da estrutura etária vai reflectir-se fortemente sobre múltiplos domínios da sociedade (Rosa, 1996), nomeadamente, ao nível social e económico, sendo que a temática do envelhecimento demográfico passa assim a merecer cada vez mais a reflexão dos investigadores, tendo como objectivo a adaptação a esta mudança estrutural.

A escolha do tema desta investigação foi motivada pela necessidade sentida, decorrente da prática profissional, em analisar mais pormenorizadamente algumas das respostas que foram surgindo pelas entidades competentes, nomeadamente a institucionalização, como resultado das mudanças que se verificaram ao nível da estrutura etária da nossa sociedade.

Seguindo uma definição de Ballesteros (2007), o presente estudo considera o envelhecimento, não como um processo somente individual e biológico, mas tem em conta o envelhecimento como um processo adaptativo e progressivo em que intervêm factores psicológicos, biológicos e sociais.

De acordo com os dados do INE (2002), socialmente não tem sido raro encontrar situações deficitárias em relações familiares ou sociais. O isolamento, como as inúmeras formas de exclusão social de que são alvo uma grande parte de pessoas idosas, condicionam o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida. Face a este “défice” ao nível das relações, a institucionalização é, em muitos dos casos, o caminho a seguir. A integração do idoso no meio institucional continua actualmente a estar conectada, de modo frequente, a um momento negativo na vida dos indivíduos. A maioria dos idosos prefere permanecer em casa e desfrutar de uma maior qualidade de vida, devendo-se sempre que possível, retardar a colocação do idoso no lar (Luppa, Luck, Weyerer, König, Braehler, & Heller, 2010).

De acordo com Bockerman, Johansson e Saarni (2012), os dados recolhidos em investigação revelam que a perceção de bem-estar parece ser significativamente mais positiva para aqueles que vivem em casa. Se por um lado, vivendo institucionalizado o idoso recebe cuidados e apoio, o que deveria contribuir para um aumento do seu bem-estar, por outro lado, a institucionalização também provoca ao idoso uma perda considerável ao nível da privacidade e autonomia, que são componentes essenciais ao seu bem-estar. Contudo, existem várias variáveis do contexto familiar que complexificam estas relações, nomeadamente se o idoso habita sozinho ou sozinha, se tem um parceiro/a, se vive com os filhos, se o fazem na sua casa ou na casa deles.

A presente investigação tem como objectivo realizar um estudo exploratório focado na avaliação do contexto e contactos familiares percebidos dos idosos, e da sua relação com o bem-estar subjetivo.

Este estudo tem ainda como objectivos compreender as diferentes práticas institucionais que visam facilitar o vínculo idoso-família. Pretende-se assim, sem pretensões de generalização, traçar um retrato de como os contactos entre a família e os idosos se coadunam com a institucionalização, e também com a frequência de centros de dia

Em última instância, esta dissertação pretende, com base na literatura existente, compreender a importância do apoio da família mesmo no pós-institucionalização, contribuindo para que o idoso aumente o seu bem-estar e possa viver um processo de envelhecimento bem-sucedido, ainda que residindo numa estrutura de apoio à terceira idade.

A estrutura deste trabalho está dividida em duas grandes secções. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico, onde foi realizada uma revisão da literatura. Na segunda secção foi formulado o problema de investigação e foram concretizados os objectivos deste trabalho através da amostra recolhida em instituições de apoio à terceira idade, nas valências de lar residencial e centro de dia. Nesta fase, foi também realizada uma análise qualitativa, baseada na informação dada pelas entrevistas realizadas nas instituições, que permitiu compreender as diferentes práticas utilizadas neste contexto relativamente ao vínculo idoso-família.

Este estudo pretende ainda reconhecer estratégias que aproximem a família ao idoso no seu novo contexto habitacional e que contribuam desta forma para o seu bem-estar, permitindo assim o surgimento de outras abordagens, de carácter preventivo ao nível dos possíveis riscos vividos no processo de envelhecimento em meio institucional.

## 2. Enquadramento teórico

### 2.1. O Envelhecimento

Todas as definições que se possam dar de *Envelhecimento* nunca serão o suficientemente integrativas para dizer o que na realidade é envelhecer e chegar até a esta fase do ciclo de vida, que é a velhice. Numa definição mais abrangente, a OMS refere que idosos são pessoas com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento (Carvalho, & Dias, 2011).

Numa visão que podemos considerar, de certo modo, mais redutora, o envelhecimento não se considera um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial, ou seja, ele afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo, sendo a velocidade e gravidade deste processo extremamente variável de indivíduo para indivíduo (Fontaine, 2000). Este autor fala-nos então do envelhecimento como um processo diferencial, que revela simultaneamente dados objectivos (como por exemplo, degradações físicas, diminuição tendencial dos fenómenos perceptivos e mnésicos) e também dados subjetivos que constituem de facto a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento.

Se para uns o termo envelhecimento é encarado como um período de grande fragilidade ou de decadência, e na realidade a palavra “velho” é muitas vezes, associada a uma conotação depreciativa, o que leva a que se opte pela palavra idoso, para outros o envelhecimento é sinónimo de elevado bem-estar emocional e pessoal (Carvalho, & Dias, 2011).

Para Zimerman (2000 *as cited in* Carvalho, & Dias, 2011) a expressão velho não é depreciativa, mas até carinhosa, pois velho é sinal de experiência, de sabedoria e de reconhecimento. Carvalho e Dias (2011) defendem que o envelhecimento é um processo normal, caracterizado pelas modificações anatómicas e fisiológicas que se iniciam entre os 50 e os 60 anos e que envelhecer é, portanto, transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser encarada de forma positiva, saudável e proactiva.

A forma como envelhecemos encontra-se relacionada com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece, o envelhecimento é assim a contrapartida do desenvolvimento (Carvalho, & Dias, 2011).

Durante o século XX, o extraordinário aumento da esperança média de vida, teve a ver com as mudanças económicas, tecnológicas e sociais e não com património genético da população. Isto significa que os factores biológicos e genéticos não asseguram a expressão óptima do desenvolvimento humano, donde se torna de capital importância conhecer os contextos do envelhecimento, para além dos processos básicos e mecanismos do envelhecimento celular (Paúl, 2006). Considerando então o envelhecimento um processo fortemente associado a factores biológicos, psíquicos e sociais importa realizar a distinção entre três tipos de envelhecimento: o envelhecimento primário, secundário e, por último, o envelhecimento terciário. Para Birren, & Schroots (1996), o envelhecimento primário, também conhecido como envelhecimento normal ou senescência, atinge de forma gradual e progressiva o organismo, com mudanças intrínsecas e irreversíveis. O envelhecimento secundário ou patológico refere-se a doenças que não se confundem com o processo normal de envelhecimento. Já o envelhecimento terciário é, para os mesmos autores, um período caracterizado por perdas significativas ao nível físico e cognitivo, ocasionadas pelo acumular dos efeitos do envelhecimento, como também por patologias relacionadas com a velhice.

Fala-se também recorrentemente do envelhecimento como de um estado que se qualifica como “terceira idade” ou “quarta idade” e neste sentido importa caracterizar cada uma destas “subdivisões” e fazer a diferenciação entre uma e outra idade. De acordo com Baltes e Smith (2003), numa definição baseada na população, a transição da terceira para a quarta idade ocorre quando 50% dos coortes (membros da mesma geração), já não estão vivos. De acordo com este critério de corte, a transição da terceira para a quarta-idade acontece, nos países desenvolvidos, entre os 75 e os 80 anos. Assim, a transição da terceira para a quarta-idade ocorre na altura em que apenas 50% dos sujeitos que atingiram os 50 ou 60 anos de idade estão vivos (Baltes, & Smith, 2003).

Uma segunda forma de distinguir a terceira da quarta-idade acontece baseada em critérios individuais. Teoricamente, o objectivo desta abordagem, é o de estimar a duração máxima do ciclo-de-vida de um indivíduo em vez de uma média populacional. Actualmente, não contando com os sujeitos que possuem à partida doenças que lhes limitam a possibilidade de uma vida mais longa, considera-se que o ciclo-de-vida máximo de um indivíduo varia entre os 80 e os 120 anos de idade. Nesta perspectiva, a transição da terceira para a quarta-idade pode começar em alturas diferentes, iniciando-se aos 60 para alguns indivíduos e perto dos 90 para outros (Baltes, & Smith, 2003).

Tal como refere Amado (2008), a terceira idade, à luz das investigações empíricas das últimas décadas, pode ser vista como uma fonte de celebração. Neste sentido, Baltes, & Smith (2003) apontaram sete boas notícias na terceira idade: o aumento da esperança de vida; um considerável potencial latente para uma melhor forma (*fitness*) física e mental; gerações sucessivas mostrando ganhos de forma física e mental; provas de reservas cognitivo-emocionais da mente em envelhecimento; aumento da percentagem de pessoas que envelhece com sucesso; elevados níveis de bem-estar emocional e pessoal (*plasticidade-do-self*); e a existência de estratégias para gerir os ganhos e perdas da velhice.

Algumas pesquisas recentes sobre a plasticidade cognitiva mostram que os 70 anos de hoje são comparáveis aos 65 anos das pessoas que viviam há 30 anos. O que significa que, nos últimos 30 anos ou mais, mesmo as pessoas com idades mais velhas em países desenvolvidos ganharam cerca de 5 bons anos de vida (Baltes, & Smith, 2003).

Existem também evidências de que hoje as pessoas com mais de 65 anos têm menos deficiências físicas do que as gerações anteriores da mesma faixa etária. Ao explicar estes resultados é importante lembrar que este progresso na expectativa de vida e em geral a aptidão física e mental é resultado não de uma melhoria na componente genética mas de forças sociais e culturais. Melhorias ao nível do meio ambiente, avanços nas práticas medicinais, a melhoria da situação económica das pessoas idosas, melhorias ao nível educacional, inclusive os recursos psicológicos como a leitura, escrita e conhecimentos de informática, entre outros factores, permitiram às pessoas mais velhas se aproximarem do seu tempo de vida máximo em condições mais saudáveis e vitais (Baltes, & Smith, 2003).

Um dado relevante diz respeito às evidências sobre os aspectos positivos da mente das pessoas mais velhas na 3ª idade, neste sentido, os adultos mais velhos estão no topo de todas as faixas etárias em categorias como a inteligência e a sabedoria emocional. Descobertas optimistas relativas ao potencial da mente no idoso têm na base pesquisas sobre adaptação psicológica para a nova condição de vida, incluindo as situações de perdas de saúde (Baltes, & Smith, 2003).

Numa outra perspetiva, não tão optimista, encontra-se a definição de quarta idade, em que as notícias positivas sobre o envelhecimento humano começam a desintegrar-se.

Nos resultados do Grupo de Estudo do Envelhecimento de Berlim, apesar dos relatórios optimistas sobre a “jovem idade avançada”, os pesquisadores também des-

cobriram alguns dilemas e disfuncionalidade em idades muito avançadas. Em contraste com o jovem idoso, os dados sobre os 90 e 100 anos de idade mostram claramente consequências negativas no viver prolongadamente na quarta idade. Mais especificamente podemos falar em cinco pontos de preocupação sobre esta fase da vida: perdas consideráveis de potencial cognitivo e capacidade para aprender; aumento da síndrome de stresse crónico; prevalência da demência (50% nas pessoas com 90 anos); elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade; e, a dúvida sobre uma morte digna nesta fase de vida (Baltes, & Smith, 2003).

Viver muito, parece assim, ser um importante factor de risco para a dignidade humana, podendo mesmo falar-se em perdas consideráveis em potencial cognitivo e na capacidade de aprender. De acordo com Baltes e Smith (2003) na quarta idade o ser está nos seus limites de funcionamento, aspectos emocionais e de bem-estar, onde não encontramos nenhum declínio em idades mais jovens (por exemplo, satisfação com a vida, afeto positivo, a satisfação do envelhecimento, a solidão) revelam-se perdas proeminentes nos idosos mais velhos.

Relativamente à distinção entre terceira e quarta idade, alguns autores referem uma distinção baseada num declínio terminal e associado a processos de morte e de morrer. No entanto, muitas mudanças normais verificadas no envelhecer não estão directamente relacionadas com a mortalidade. A morbilidade e a mortalidade são dois conceitos relacionados mas ainda assim conceptualmente independentes (Baltes, & Smith, 2003).

Para complementar a compreensão desta temática, consideramos pertinente neste trabalho abordar duas teorias, para nós, teorias-chave na visão do processo do envelhecimento, mais especificamente, abordaremos a Psicologia Desenvolvidamental do Ciclo de Vida e a Teoria da Seletividade Socio-emocional de Carstensen.

Para a Psicologia do Desenvolvimento do Ciclo de Vida, abordada por Baltes, Saudinger e Lindenerger (1999) o desenvolvimento não está completo com a idade adulta, mas pelo contrário, estende-se por todo o ciclo de vida. Assim, esta perspetiva permite adoptar uma visão do desenvolvimento humano que tem como fio condutor o reconhecimento de que o desenvolvimento continua para lá da infância e da adolescência e que, à medida que as pessoas se deslocam ao longo da vida, vão experimentando continuamente processos de mudança, de transição e de adaptação. Estes processos resultam na emergência de novos comportamentos, de novas relações e de novas percepções de si mesmo e da realidade, sugerindo efectivamente a existência de uma determinada plasticidade no funcionamento e no desenvolvimento humanos,

possibilitando-os e promovendo-os ao mesmo tempo, independentemente da idade cronológica (Fonseca, 2005).

No caso concreto da idade adulta e da velhice, apesar de se reconhecer que muitas das mudanças aí verificadas são marcadas por declínios na força e na frequência de respostas comportamentais, a psicologia do ciclo de vida realça que o desenvolvimento no decurso da segunda metade da vida também é marcado por progresso, aperfeiçoamento, acumulação e integração de conhecimento do mundo, por uma compreensão mais aprofundada dos outros e pelo aumento de oportunidades de relacionamento interpessoal (Fonseca, 2005).

Esta teoria sobre o ciclo de vida visa gerar conhecimento ao nível de três componentes do desenvolvimento individual: semelhanças inter-individuais (regularidades); diferenças inter-individuais e a plasticidade intra-individual no desenvolvimento (Baltes *et al.*, 1997, 1999).

A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida integra duas abordagens na base da sua teoria: a abordagem centrada na pessoa (abordagem holística) e a abordagem focal, centrada na função. A abordagem holística, defendida também por Smith, & Baltes (1997) no estudo dos perfis de funcionamento psicológico na velhice, considera a pessoa como um sistema e procura gerar um padrão global de conhecimento sobre o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, descrevendo e interligando as faixas etárias ou os estádios de desenvolvimento num padrão geral de vida do desenvolvimento individual. Um exemplo desta teoria é a teoria de Eriksson, com a teoria do desenvolvimento do ciclo de vida em 8 estádios. Por outro lado, a abordagem centrada na função foca-se numa categoria do comportamento ou num mecanismo (como por exemplo, a percepção, o processamento de informação, a identidade, os traços de personalidade) e descreve as mudanças desses mecanismos ao longo da vida (Baltes *et al.*, 1999).

Do ponto de vista da teoria do ciclo de vida é importante articular conceitos de desenvolvimento que vão para além de modelos lineares, unidimensionais e unidirecionais, que nasceram em conjunto com as conceções tradicionais biológicas do crescimento e maturação física, neste sentido é importante considerar o desenvolvimento multidimensional e multifuncional. Neste sentido, podemos referir que o desenvolvimento é um processo dinâmico que envolve ganhos (crescimento) e perdas (declínios) (Baltes *et al.*, 1999).

De acordo com Amado (2008) as áreas onde ocorre o crescimento e o declínio são diferentes consoante a fase do ciclo de vida. Contudo, o balanceamento entre

ganhos e perdas não é sempre igual, sendo que na velhice as perdas vão tornando-se superiores aos ganhos. O desenvolvimento mostra plasticidade. Implícita na ideia de plasticidade é que qualquer resultado do desenvolvimento é apenas um dos vários resultados possíveis, e que a procura de condições e a gama de plasticidade ontogenética, incluindo as suas alterações associadas à idade e é fundamental para o estudo do desenvolvimento. As condições de vida e as experiências dos indivíduos levam a que o desenvolvimento possa assumir muitas formas e caminhos. A plasticidade varia consoante as áreas de desenvolvimento e a fase do ciclo-de-vida.

As investigações de Baltes e do grupo de Berlim têm sido fundamentais para uma mudança de perspectiva sobre o envelhecimento. Conceitos como a plasticidade e a insistência no balanceamento entre ganhos e perdas, demonstrando a hipótese de melhoria de desempenho e aprendizagem nos idosos, permitem algum optimismo, nomeadamente para a terceira-idade (Amado, 2008).

No mesmo sentido desta perspectiva, surge a teoria da selectividade socio-emocional de Carstensen (Lockenhoff, & Carstensen, 2004, Carstensen, & Mikels, 2005) que refere que os indivíduos são guiados por um conjunto de metas socio-emocionais ao longo da vida. Com o passar da idade são percebidas limitações no tempo e a reorganização das hierarquias de prioridades do indivíduo passam a derivar de um significado emocional. De acordo com esta teoria, a perspectiva do tempo, não da idade cronológica, conduz as mudanças na vida adulta (Lockenhoff, & Carstensen, 2004). À medida que envelhecemos os nossos horizontes temporais diminuem e os nossos objectivos mudam.

Numa perspectiva bastante positiva e optimista, Cartensen (2011) refere que o envelhecimento traz algumas melhorias extraordinárias, sendo que as experiências de vida e os aspectos emocionais da vida melhoram. Os idosos são felizes e ainda mais felizes quando comparados com pessoas de meia-idade e que os jovens, de acordo com a perspectiva defendida pela autora. Num estudo em que foi seguido o mesmo grupo de pessoas num período de 10 anos numa amostra com idades entre os 18 e os 94 anos, estudou-se como as experiencias emocionais mudaram à medida que iam envelhecendo. Retirou-se a conclusão de que os mesmos indivíduos ao longo do tempo vêem a reportar relativamente maiores experiências positivas. As pessoas idosas direccionam os seus recursos cognitivos como a atenção e a memória para informação mais positiva mais do que negativa. Quando se reconhece que não se tem todo o tempo do mundo, vêem-se as prioridades de forma mais clara, os idosos saboreiam melhor a vida, são mais apreciativos, mais abertos à reconciliação. Investem em par-



tes emocionalmente mais importantes da vida e a vida melhora, logo são pessoas mais felizes no dia-a-dia (Cartensen, 2011).

Em conferência, Cartensen (2011), refere: *“sociedades de milhões de cidadãos talentosos e emocionalmente estáveis, que são mais educados e mais saudáveis que qualquer geração anterior armada com conhecimento sobre os assuntos práticos da vida e motivados para resolver os assuntos importantes, podem ser sociedades melhores do que alguma vez conhecemos”*.

No entanto, a autora mostra também preocupação ao afirmar que em 2015 vão haver muitas mais pessoas com idade superior a 60 anos do que com idade inferior a 15 anos. Cartensen (2011) refere que a cultura é que vai determinar o resultado de tal situação. Já Baltes (1997) referiu tal questão, afirmando que apesar dos avanços culturais, médicos e técnicos, é impossível adiar permanentemente o efeito da incompletude da arquitectura ontogénica humana, facto que coloca questões importantes sobre a dignidade da vida humana nesta fase da vida e sobre a atribuição de recursos que ela exige. De acordo com Cartensen (2012) ao investir-se na ciência e na tecnologia e ao encontrar-se soluções para os problemas reais que os idosos enfrentam, os anos adicionados à vida podem melhorar dramaticamente a qualidade de vida em todas as idades.

## 2.2. Bem-estar subjetivo

*“Gosto de viver. Não tenho do que me queixar. Os deuses têm sido bondosos para comigo. Estou feliz de estar onde estou. As alegrias e os prazeres não me faltaram e, a despeito das frustrações e das tristezas que visitam a todos os que vivem, eu viveria de novo a minha vida do jeitinho mesmo como a vivi. E quero viver muitos anos ainda...”* (Alves, 2004 as cited in Fonseca, 2005).

Quando as pessoas enumeram as características chave para uma boa vida incluem usualmente a felicidade, a saúde e a esperança média de vida (Diener, & Chan, 2011). A felicidade pode significar prazer, satisfação com a vida, emoções positivas, uma vida com sentido ou uma sensação de contentamento. Entre outros conceitos, a felicidade é assim uma componente largamente reconhecida como principal integrante de uma vida saudável (Diener, Scollon, & Lucas, 2003) e embora o estilo de vida moderno não estimule as pessoas a avaliar os seus momentos de felicidade ou de completa realização pessoal, elas são diariamente incitadas a planear o seu dia-a-dia para vencer os desafios e as exigências de uma vida moderna.

A possibilidade de se olhar o envelhecimento como um processo positivo e a velhice como uma etapa da vida que pode ser acrescida de bem-estar, prazer e qualidade de vida tem vindo a ser objecto de vários investigadores e estudiosos interessados em compreender as condições associadas à saúde na última fase do ciclo de vida (Silva, Lima, & Galhardoni, 2010).

O conceito de bem-estar é um conceito complexo, que tem vindo a ser abordado na literatura e que foi sujeito a alterações ao longo do tempo. De acordo com Sousa, Galante e Figueiredo (2003), o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Até a esta data, este conceito relacionava-se directamente com a disponibilidade de bens materiais, actualmente, encontra-se relacionado com dimensões menos tangíveis, nomeadamente, sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objectivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si, um conjunto de componentes que este projeto pretende avaliar.

Actualmente podemos falar em duas perspetivas essenciais no estudo do conceito de Bem-Estar: a perspetiva hedónica e a perspetiva eudemónica (Ryan, & Deci, 2001).

A perspectiva hedónica encontra-se relacionada com o estado subjetivo da felicidade (bem-estar subjetivo). As bases filosóficas desta posição remontam ao filósofo grego Aristipo que ensinou que o objectivo da vida é experimentar o máximo de prazer (Ryan, & Deci, 2001; Amado, 2008). A visão predominante entre os psicólogos que adotaram esta perspectiva é a de que o bem-estar consiste na felicidade subjectiva e diz respeito à experiência de prazer *versus* desprazer, incluindo todos os juízos sobre os bons e maus elementos da vida.

Por outro lado, a perspectiva eudemónica, investiga o potencial humano (bem-estar eudemónico) e trata do bem-estar psicológico, apoia-se na noção de que o bem-estar consiste no pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa, ou seja, na sua capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso (Siqueira, & Padova, 2008).

Ryff e Keies (1995) pontuam também que o bem-estar psicológico no envelhecimento é construído por seis dimensões-chave: a auto-aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, controlo sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal.

Ainda na análise do bem-estar psicológico no envelhecimento, Goldstein (1993, *as cited in* Lima *et al.*, 2008) sugere que a espiritualidade e a religiosidade são uma das estratégias mais ricas e utilizadas pelos idosos frente ao aumento do sentido de finitude ou proximidade da morte. A crença de transcendência permitiria conforto, sensação de geratividade e bem-estar psicológico, dimensões que aparecem como positivas na vida adulta madura e na velhice.

Em suma, podemos referir que o Bem-estar Subjetivo (BES) diz respeito às avaliações que as pessoas fazem sobre as suas vidas, que podem ser juízos como a satisfação com a vida, mas também avaliações baseadas em sentimentos, incluindo estados de espírito e emoções (Diener, & Chan, 2011).

No entanto, tais avaliações devem ser também cognitivas (satisfações globais com a vida e com outros domínios específicos como com o casamento e o trabalho) e devem incluir uma análise pessoal sobre a frequência com que se experimentam emoções positivas e negativas. Para que seja relatado um nível de BES adequado, é necessário que o indivíduo reconheça manter um nível elevado a sua satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixas frequências de experiências emocionais negativas (Siqueira, & Padova, 2008).

Para analisar o BES é necessário considerar que cada pessoa avalia a sua própria vida aplicando concepções subjectivas e, nesse processo, apoia-se nas suas

próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias. Desta forma, parece existir uma representação mental/cognitiva sobre a vida pessoal, organizada e armazenada subjetivamente, sobre a qual pesquisadores de BES procuram obter informações (Siqueira, & Padova, 2008).

Nesse sentido, torna-se fundamental mencionar que o conceito de BES articula duas perspectivas em psicologia: uma que assenta nas teorias sobre estados emocionais, emoções, afetos e sentimentos (afetos positivos e negativos) e outra que se sustenta nos domínios da cognição e que se operacionaliza por avaliações de satisfação com a vida.

Relativamente à componente emocional do conceito BES, uma das perspectivas mais comuns aponta para uma estrutura bidimensional dos afetos (positivos e negativos) que inclui um balanço entre duas dimensões emocionais (emoções positivas e emoções negativas) e para que este balanço represente uma dimensão de BES, é necessário que este resulte numa relação positiva, ou seja, resulte na vivência de mais emoções positivas do que negativas no decorrer da vida.

Esta estrutura levou diversos investigadores a elaborar e a validar medidas para aferi-la e em 1988, Watson, Clark e Tellegen validaram a Lista de Afetos Positivos e Negativos (Positive Affect and Negative Affect Schedule – PANAS), composta por duas sub-escalas com 10 itens cada, que se mostraram, segundo seus autores, consistentes, válidas e eficientes para medir as duas dimensões de afetividade, sendo esta a escala utilizada neste estudo (Siqueira, & Padova, 2008).

No que respeita à dimensão cognitiva do BES, a satisfação com a vida diz respeito a uma avaliação cognitiva da globalidade da vida do sujeito. Neste sentido, a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) foi desenvolvida como uma medida de componente crítica do Bem-Estar Subjetivo, uma medida válida e confiável de satisfação com a vida, que pode ser utilizada numa gama diversificada de grupos de idade e aplicações (Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991). Será a escala que utilizaremos na nossa investigação.

O bem-estar subjetivo (BES) tem sido assim também fortemente associado a outros conceitos, como apresentaremos de seguida.

As primeiras pesquisas sobre o BES e a saúde estabeleceram uma correlação entre estes dois conceitos e existe agora um número de linhas convergentes que, baseadas em diversas metodologias, suportam a conclusão de que o BES influencia a saúde e o aumento da esperança média de vida. Chida e Steptoe (2008) realizaram

uma meta-análise de estudos prospectivos examinando a associação entre bem-estar e a mortalidade entre pessoas saudáveis e doentes.

O bem-estar psicológico foi associado a uma menor mortalidade em população saudáveis e não saudáveis. O humor positivo como alegria, felicidade e energia, bem como características como a satisfação com a vida, esperança, optimismo foram associados a riscos reduzidos de mortalidade em populações saudáveis e a um bom preditor da esperança média de vida e de controlo de estados mais negativos (Diener, & Chan, 2011).

Neste sentido, estudos prospectivos em que o BES precede e prevê saúde e aumenta a esperança média de vida e, estando controlada a saúde a um determinado nível, tornam plausível a ideia de que o BES influencia a saúde (Diener, & Chan, 2011).

Pressman, & Cohen (2005) apoiam esta perspectiva e referem, por outro lado, que o bem-estar subjetivo pode minimizar os efeitos negativos de acontecimentos stressantes, aumentando a capacidade de resiliência e das estratégias de coping do indivíduo. De forma mais específica citamos Lima, Silva, & Galhardoni, 2008, autores que referem que os seguintes factores estariam envolvidos no bem-estar subjetivo na velhice: ter maior esperança média de vida; possuir bons níveis de saúde física e mental; altos níveis de satisfação com a vida; controlo nas dimensões sociais; sentido de produtividade, participação e realização de actividades; auto-eficácia cognitiva; *status* social; possuir bons recursos económicos; continuidade dos papéis familiares e ocupacionais; manutenção das relações sociais informais e das redes de relações. Numa outra perspectiva, a investigação apontou também a saúde física como elemento fundamental para o bem-estar na vida adulta, concluindo que fragilidades a este nível, ao nível da funcionalidade, bem como a dependência de outros, são factores fortemente ligados a baixos níveis e a um decréscimo no bem-estar subjetivo (Hammarstrom, & Torres, 2012).

Tendo todas estas concepções presentes, este estudo olha o conceito de bem-estar subjetivo directamente relacionado com o desenrolar de um processo de envelhecimento bem-sucedido segundo a visão do próprio idoso, considerando-o uma componente essencial para que possa viver esta fase do seu desenvolvimento de forma harmoniosa. Assim, propomos que a experiência da velhice se constrói com a percepção dos próprios idosos, protagonistas de intervenções, dotados de juízos, crenças e diferentes visões do que é bem-estar e qualidade de vida em interacção com outros ao longo de todo o curso da vida (Teixeira, & Neri, 2008).

### 2.3. Redes Sociais no Envelhecimento

Uma série de estudos têm sido publicados nas últimas duas décadas em relação às redes sociais e ao suporte social. Muitos termos, incluindo, as redes sociais, o suporte social, os laços sociais e a integração social têm sido significativamente utilizados ao investigar os efeitos da interação social no bem-estar e na saúde (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000).

De acordo com este autor, importa distinguir o conceito de Rede social do conceito de Apoio social. A Rede social pode ser definida como as relações sociais de um indivíduo com a comunidade envolvente. O apoio social pode ser visto como a ajuda emocional, instrumental e financeira obtida a partir de uma rede social. Nem todas as relações são de apoio e o suporte diverge no tipo, frequência, intensidade e na sua extensão.

As relações sociais e o suporte familiar são agora conhecidos por terem efeitos significativos ao nível da saúde física e mental (Berkman *et al.*, 2000). Mais especificamente, o apoio social associa-se tanto a sintomas depressivos como à satisfação com a vida, ou seja, diferentes estudos demonstraram que os idosos que recebem um suporte social considerável estão determinados a ter uma maior satisfação e motivação nas suas vidas (Sener, 2011). A existência de redes sociais constitui assim um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos.

Face a estes dados, repetidos estudos têm demonstrado que as pessoas que relatam um alto nível de apoio social desfrutam de uma saúde melhorada, bem como de melhores níveis de bem-estar (Cohen, & Wills, 1985).

O processo pelo qual o apoio social produz esses benefícios é complexo, pois diferentes estudos têm demonstrado que o bem-estar não é unicamente previsto por factores como a receção desse apoio, mas também como a perceção da rede de apoio (Kahn; Hessling & Russell, 2003). Mais especificamente, maiores níveis de bem-estar são encontrados em idosos com a perceção de suporte disponível, em vez da receção efectiva desse apoio em concreto (Newsom, & Schulz, 1996).

Neste sentido, importa fazer a distinção entre três níveis de apoio social: a integração social, ou seja, a frequência de contactos com os outros; o apoio recebido, que corresponde à quantidade de ajuda efectivamente dada pelos elementos da rede e o apoio percebido. Este apoio percebido corresponde à crença de que pessoas significativas podem ajudar em caso de necessidade, sendo que a experiência passada nesse sentido, reforça ou não essa crença.

De acordo com Paúl (2005) há um conjunto significativo de investigações que demonstram que o apoio social é uma chave determinante no processo do envelhecimento bem-sucedido. As redes pessoais, no processo de envelhecimento, desempenham um papel protector no sentido em que permitem “amortecer” ou evitar o stress associado ao envelhecimento.

A existência de redes de suporte social são um importante elemento de bem-estar e saúde física e mental para os idosos, bem como para outras faixas etárias. No centro destas redes encontra-se a família como o ponto fulcral de todo o apoio recebido e prestado, embora o carácter “não voluntário” possa introduzir efeitos complexos e nem sempre benéficos na qualidade de vida dos idosos (Paúl, 2005).

Torna-se importante distinguir as redes familiares e as redes de amigos, sendo que na 1ª situação falaremos de uma situação involuntária e com o sentido de obrigação, enquanto que a segunda é uma escolha voluntária, o que produz efeitos diferentes na qualidade de vida dos idosos.

Apesar de todos os condicionalismos e da complexidade do processo acima referido, a família é ainda hoje a instituição de apoio mais importante e a fonte preferida de assistência e ajuda para a maioria das pessoas idosas, na doença crónica e na incapacidade, independentemente da estrutura familiar, social e política dos países (Zarit, Pearlin, & Schaie, 1993).

As relações familiares na velhice são moldadas pelo conjunto das experiências de vida e das circunstâncias históricas específicas que afectam os indivíduos ao longo das suas vidas. Dado este facto, a adaptação às condições sociais e económicas que os idosos e as suas famílias enfrentam nos seus últimos anos de vida, está relacionada com os padrões adaptativos que foram utilizados ao longo de todo o percurso pessoal e familiar (Pereira, & Roncon, 2010).

O apoio disponível nas relações familiares constitui uma variável-chave para a previsão do bem-estar em pessoas mais velhas (Qualls 2000). Quando inadequados os laços familiares podem afetar negativamente o bem-estar da pessoa idosa, e, muitas vezes, o de outros membros da família. Assim, o funcionamento da infra-estrutura da família é uma peça importante no bem-estar dos seus membros em todas as gerações.

O construto suporte familiar é considerado multidimensional e também de difícil operacionalização, já que a literatura não oferece uma definição de padrão de suporte familiar, mas sim uma constituição dimensional deste construto (Baptista, 2005).

Neste sentido, Olson (2000) apresentou um modelo circunplexo de interação da família, baseado na teoria sistêmica familiar, em que foram aprofundadas três importantes dimensões, mais especificamente, a coesão, a adaptabilidade e comunicação. De acordo com Baptista (2005), a coesão familiar diz respeito ao grau de separação ou de ligação entre os membros da família, centrando-se nas relações existentes, nos interesses em comum, na amizade, nas ligações ou no vínculo emocional existente entre os membros. A dimensão da adaptabilidade refere-se à capacidade da família em ser flexível para lidar com as mudanças, por meio de alterações na sua estrutura de poder e nas regras de relacionamento em função do desenvolvimento de capacidades novas ou como resposta a obstáculos ou acontecimentos stressantes que possam atingir os seus membros. As reações da família dependem de competências como assertividade, controlo e disciplina, além da capacidade para negociar estilos e regras. Sabe-se que o vínculo e o apego entre familiares são vitais para o desenvolvimento do ser humano e que são essas vivências que servirão de alicerce para a formação das percepções e capacidades interpessoais de todos os membros, mesmo durante a velhice. Mais especificamente, é possível referir-se que a *percepção de suporte familiar* está relacionada com a competência social, capacidade de resolução de problemas, percepção de controlo, sensação de estabilidade, autoconceito, afeto e, por consequência, encontra-se fortemente ligada ao conceito de bem-estar psicológico (Inouye, Barham, Pedrazzani, & Pavarini, 2010).

Gonzalez, Andrade e Veia (2001) referem que o ser humano precisa da ajuda dos seus próximos, especialmente, em duas etapas da vida, na infância e na velhice, existindo uma forte associação entre relações familiares harmoniosas e conforto emocional nas pessoas em idade avançada. Neste sentido, deveria a família constituir a principal rede de apoio social, tendo a função de prestar suporte, mediante as adversidades que poderão eventualmente surgir na vida do indivíduo. De acordo com Gomes e Neri (1994; 2005 *as cited in* Inouye *et al.*, 2010) o suporte familiar pode ser definido como o recurso primário de socialização por meio do qual os padrões de comportamento, hábitos de linguagem, valores, crenças e costumes são transmitidos e as necessidades psicológicas e fisiológicas básicas podem ser supridas. Nesta perspectiva, poder-se-á concluir que um suporte familiar adequado terá consequência ao nível de um desenvolvimento emocional positivo e no sentimento de pertença, cuidado e estima. Trata-se de um processo recíproco entre os membros da família, que gera efeitos tanto para quem recebe, como também para quem oferece o apoio (Inouye *et al.*, 2010).



Apesar de toda a literatura que comprova a importância do apoio familiar na vida do ser humano, investigações mais recentes enfatizam as alterações na estrutura familiar, mudanças sociais, fatores como a industrialização e urbanização, que vieram contribuir, segundo Guven, & Sener (2010), para um enfraquecimento das relações familiares. Na realidade actual, as famílias estão mais pequenas e com um maior número de idosos na sua estrutura, o que significa que vivemos um novo contexto familiar (Inouye *et al.*, 2010).

## 2.4. Institucionalização

A Institucionalização de um membro da família representa um evento significativo, muitas vezes traumático, na história das famílias (Friedemann, Montgomery, Maiburger, & Smith, 1997).

Considerando a estrutura familiar moderna e as novas exigências sociais, o idoso, na grande maioria dos casos, terá que optar por integrar-se numa instituição, facto que nem sempre significa garantia de bem-estar. A esta mudança associa-se a necessidade de um processo de adaptação para que os idosos beneficiem de uma velhice bem-sucedida (Carvalho, & Dias, 2011).

Dado que o contexto habitacional é um dos ambientes mais marcantes da experiência humana, a relação entre as pessoas e o seu ambiente residencial é um tópico significativo no campo da psicologia ambiental. Para os idosos, a casa é muitas vezes o foco central dos seus dias (Rioux, & Werner, 2011).

Neste sentido, consideramos o modelo ecológico de Lawton (1983, 1999, *cited in* Fonseca, 2005), que proporcionou as evidências necessárias para se ter hoje como óbvio que o contexto de residência (ou simplesmente o local onde se vive) desempenha um importante papel para se compreender diferentes padrões de envelhecimento e para explicar porque é que algumas pessoas alcançam (e outras não alcançam) um envelhecimento bem-sucedido. A noção de “envelhecimento-num-sítio” (“*aging-in-place*”) é central para uma compreensão das relações entre o contexto de residência e o envelhecimento bem-sucedido (Fonseca, 2005).

Rioux e Werner (2011) defendem também que existem evidências empíricas de que a qualidade do ambiente físico pode influenciar nos resultados adaptativos dos idosos nas instituições. Os resultados da pesquisa demonstraram que em instituições de maior qualidade os idosos apresentavam maior satisfação em relação à instituição, maior satisfação de vida e maior controle pessoal, além de uma maior integração voluntária (ou seja, um maior número de idosos afirmou ter escolhido viver na instituição por sua própria vontade).

A satisfação residencial é, sem dúvida, um conceito multi-facetado, sendo que compreende o interior e o exterior da casa, como por exemplo, as relações com os vizinhos, o ambiente físico local, especialmente a sua funcionalidade (segurança, presença e acesso a serviços), a estética (aparência) e as características relacionadas com a saúde (qualidade do ar e poluição). Resumindo, vários autores têm incluído aspectos espaciais (arquitetura, forma urbana), aspectos humanos (pessoas e relacio-

namentos sociais) e aspectos funcionais (serviços e equipamentos) nos seus quadros conceptuais (Rioux, & Werner, 2011).

Nesta perspetiva, estes autores assumem que os moradores são usuários activos do seu ambiente, e que na base da satisfação, importa saber se as suas metas individuais e necessidades são suportadas pelo ambiente. Especialmente entre os idosos, que podem ter alguma fragilidade nas suas competências ou funcionalidade, por problemas de saúde, o seu ambiente sócio-físico poderá limitar ou aumentar a sua participação activa neste contexto, o que por sua vez influencia as suas opiniões relativamente à satisfação residencial (Rioux, & Werner, 2011).

Ao longo do tempo, a ausência de uma rede de apoio familiar capaz de ser responsiva face às necessidades de autonomia e bem-estar dos mais idosos conduziu ao aparecimento de instituições onde alguns problemas advindos do processo do envelhecimento passaram também a ser institucionalizados (Carvalho, & Dias, 2011). Assim sendo, a institucionalização dos idosos é por vezes um tabu, envolve valores, responsabilidades, crenças e necessidades. Torna-se uma problemática social e familiar na medida em que é uma questão de difícil gestão porque, associada à institucionalização do idoso, surgem muitas vezes tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, com frequência, situações de abandono, isolamento e dificuldades de adaptação ao meio institucional.

A institucionalização do idoso numa valência de longa permanência pode apresentar-se como única opção para a família, frente à não disponibilidade do suporte familiar, financeiro e psicológico que o mesmo necessita. A saída deste do seu meio familiar traz novos processos de adaptação, que podem levar por vezes a um maior ou menor sofrimento tanto por parte do idoso, como da família (Carvalho, & Dias, 2011).

Se em 1974, num estudo pela Organização Mundial da Saúde se afirmava que, entre os grupos de idosos mais expostos a riscos quanto à sua saúde ou situação económica e social, se encontravam em lugar de destaque os idosos residentes em instituições, actualmente, esta realidade tem vindo a sofrer alterações significativas. Mais especificamente importa referir que algumas instituições têm passado por modificações expressivas, começando a organizar-se por equipas nas quais profissionais de diferentes áreas do conhecimento interagem de forma interdisciplinar, tais como médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais entre outros (Tomasini, & Alves, 2007).

Importa referir que o processo de integração do idoso no meio institucional é um momento complexo e para que seja positivo é necessário considerar as relações

personais internas, ou seja, as que se estabelecem entre os idosos e os restantes utentes, bem como com o pessoal que tem a seu cargo os idosos. É igualmente importante, para a integração do idoso na instituição, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos. De acordo com Keefe, & Fancey (2000) a responsabilidade de cuidar de um membro da família continua para lá da institucionalização. É importante que o idoso saiba que se preocupam com ele e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão do idoso (Carvalho, & Dias, 2011) e, desta forma os profissionais anteriormente referidos devem ter um papel activo neste processo.

No que respeita ao viver na comunidade *versus* viver numa instituição, têm sido realizados diferentes estudos e as mais diferentes conclusões têm sido retiradas.

Em Portugal foi já realizada uma análise num estudo exaustivo, com aplicação prática à população portuguesa (Paúl, 1992, 1996, 1997, *as cited in* Fonseca, 2005). Em termos gerais, os idosos residentes em lares tendiam a sentir-se mais sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais num dia-a-dia monótono e sem esperança ou investimento no futuro terreno. Em contrapartida, viviam menos agitados e tinham atitudes mais positivas face ao envelhecimento.

Em Espanha, Castellon (2003, *as cited in* Fonseca, 2005), num estudo comparativo com dois grupos de idosos espanhóis, verificou não existirem diferenças relevantes entre indivíduos institucionalizados e a residir em meio familiar. Apesar de os principais motivos na origem da ida para o lar se relacionarem com factores susceptíveis de gerar um impacto negativo na qualidade de vida (viuvez, doença), estes idosos valorizavam positivamente a institucionalização. De acordo com este autor a valorização que os residentes fazem da qualidade das suas relações pessoais é um bom indicador da integração social dos idosos. Se por um lado é importante remediar as privações e melhorar o bem-estar material dos idosos, é igualmente necessário e não menos importante proporcionar oportunidades para que as pessoas idosas possam entrar em relação com terceiros e encontrar outras pessoas em quem possam confiar.

Apesar destes dados, muitos outros nos revelam que a percepção de bem-estar parece ser significativamente maior para aqueles que vivem em casa. Se por um lado, vivendo institucionalizado o idoso recebe cuidados e apoio, o que deveria contribuir para um aumento do seu bem-estar, por outro lado, a institucionalização também provoca ao idoso uma perda considerável ao nível da privacidade e autonomia, que são componentes essenciais ao seu bem-estar (Bockerman *et al.*, 2012). Para além destes aspectos, este autor realça ainda que com a institucionalização pode existir a perda de um ambiente familiar, do cônjuge ou de um cuidador.

Numa pesquisa comparativa envolvendo idosos residentes em instituições e idosos não institucionalizados, verificou-se ainda que estes primeiros se queixavam mais de solidão, apesar de a maioria entre eles possuir a família residindo próximo à instituição (Tomasini, & Alves, 2007). Assim, de acordo com os mesmos autores, a permanência do idoso em sua própria casa ou apartamento, ou junto à família, sem dúvida, corresponde à melhor alternativa no sentido de se estimular a continuação de uma vida saudável, ativa e independente na terceira e quarta idade. Medidas que visem estimular essa condição, no entanto, não anulam a necessidade da existência de instituições capazes de acolher aqueles idosos que não atendem aos requisitos necessários à permanência em seus próprios lares.

Neste sentido, importa também perceber a realidade institucional e para isso falamos, neste projeto, em duas respostas diferentes: Lar Residencial e Centro de Dia.

De acordo com o Instituto de Segurança Social (s/d), o Lar Residencial para pessoas com limitações da actividade e restrições na participação, decorrentes de alterações nas estruturas e funções e da existência de barreiras no ambiente (pessoas com deficiências), constitui-se como uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que tem como objectivo principal promover e disponibilizar condições que contribuam para uma vida com qualidade e para a plena integração social dos seus utentes.

Constitui-se como objectivo principal desta resposta: disponibilizar alojamento e apoio residencial, permanente ou temporário; promover os níveis de qualidade de vida; promover estratégias de reforço da auto-estima, da valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autonómica para a organização das actividades da vida diária; privilegiar a interacção com a família e/ou significativos e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de actividade e de participação social.

O Centro de Dia é uma Resposta Social que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento.

As diferentes alterações que se têm verificado na sociedade actual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social, da falta de investimento no envelhecimento por parte da sociedade e da insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de dependência, permitem verificar que, um grande número de pessoas, nestas situações, encontram no Centro

de Dia uma resposta que contribui para colmatar algumas das dificuldades com que elas próprias e mesmo o seu agregado familiar se debatem quotidianamente (Instituto de Segurança Social, s/d).

Ao instituir-se o Centro de Dia, no âmbito das Respostas Sociais, procurou-se que o mesmo possibilitasse uma oferta de serviços de proximidade diversificada, permitindo que o cidadão permanecesse, o maior tempo possível, no seu meio habitual de vida, retardando e invertendo a lógica de integração em Lar, como a única resposta possível. Simultaneamente, o Centro de Dia é uma resposta que possibilita às pessoas novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior, através do estabelecimento de contatos com os colaboradores, voluntários, clientes e pessoas da comunidade, onde a qualidade da intervenção deve ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestão desta Resposta Social.

De acordo com o Instituto da Segurança Social (s/d), para que exista um aproveitamento das sinergias que se desenvolvem no contexto não só do Lar Residencial, como do Centro de Dia, tendo em consideração as pessoas, os colaboradores, a estrutura e o funcionamento, torna-se necessário que resulte deste conjunto uma intervenção pautada por critérios de qualidade, dos quais se destacam os seguintes:

- garantir o exercício de cidadania e o acesso aos direitos humanos dos clientes, por exemplo, ao nível da autonomia, privacidade, participação, confidencialidade, individualidade e dignidade;
- respeitar as diferenças de género, socio-económicas, religiosas, culturais, sexuais dos clientes e/ou pessoas próximas;
- respeitar o projeto de vida definido por cada cliente, bem como os seus hábitos de vida, interesses, necessidades e expectativas;
- transmitir e garantir aos clientes um clima de segurança afectiva, física e psíquica durante a sua permanência no Lar Residencial;
- promover o envolvimento e o estabelecimento de uma parceria e articulação estreita com o cliente e/ou significativos, a fim de recolherem a informação necessária sobre as necessidades, expectativas, capacidades e competências, co-responsabilizando-os no desenvolvimento de actividades/acções no âmbito dos serviços prestados;
- participar na gestão do Lar Residencial, envolvendo-se no planeamento, monitorização e avaliação das respectivas actividades;

- desenvolver todas as relações a estabelecer entre o cliente e todos os intervenientes (colaboradores internos e externos, voluntários, entre outros) com ética, respeito pelos direitos e deveres, profissionalismo, rigor e qualidade;

- compreender a individualidade e personalidade de cada cliente, para criar um ambiente que facilite a interação, a criatividade e a resolução de problemas por parte destes.

Só desta forma o idoso se pode sentir bem no âmbito dos serviços prestados pelo Lar Residencial isto é, se os mesmos tiverem em conta a sua maneira de ser e estar, identidade, hábitos de vida, religião, cultura, condições de vida, entre outros aspectos. Isto implica pensar o cliente como um ser afetivo e ativo, que, independentemente da sua situação, possui um projeto de vida e tem o direito de ser respeitado na sua identidade e individualidade.

Personalizar os serviços, gerindo de forma flexível e individualizada cada projeto de vida, constituiu-se como um imperativo, organizar dinâmicas de trabalho que proporcionem oportunidades para que o cliente possa comunicar os seus sentimentos e formular posicionamentos pessoais, sobre o que o envolve, criar um ambiente calmo, flexível e responsável, adaptado aos interesses e necessidades de cada cliente, permitindo-lhe continuar o seu desenvolvimento individual, são aspetos fundamentais que visam garantir o bem-estar do idoso no contexto institucional (Instituto de Segurança Social, s/d).





### 3. Formulação do Problema de Investigação

Nesta investigação o envelhecimento é considerado um processo biopsicossocial, na medida em que, como referido, se encontra fortemente associado a factores biológicos, psíquicos e sociais.

Deste modo, torna-se fundamental a articulação de conceitos de desenvolvimento que vão para além de modelos lineares, unidimensionais e unidireccionais (que nasceram em conjunto com as concepções tradicionais biológicas do crescimento e maturação física), e que encarem o desenvolvimento como um processo dinâmico, multidimensional, multifuncional que envolve ganhos (crescimento) e perdas (declínios) (Baltes *et al.*, 1999).

Seguindo esta linha de pensamento e dada a possibilidade de se olhar o envelhecimento como um processo positivo e a velhice como uma etapa da vida que pode ser acrescida de bem-estar (Silva *et al.*, 2010), este estudo utilizou o Bem-estar Subjetivo (BES) como um importante factor no envelhecimento bem-sucedido.

Nesta investigação, este constructo foi operacionalizado através da sua componente emocional (avaliação dos Afetos (AA), AP e AN), ou seja em avaliações baseadas em sentimentos, estados de espirito e emoções (Diener, & Chan, 2011) e da sua dimensão cognitiva, que diz respeito às avaliações que as pessoas fazem sobre as suas vidas, que podem ser juízos como a satisfação com a vida (Satisfação com a Vida, SV) (Siqueira, & Padova, 2008).

De acordo com a literatura existente é reconhecida a forte associação entre as relações familiares harmoniosas e o estado emocional das pessoas em idade avançada (Gonzalez *et al.*, 2001), sendo a percepção de um suporte familiar adequado, um bom preditor de BES.

Dada a importância do suporte familiar na satisfação com a vida, no estudo que definimos como *Estudo da relação entre contexto, contactos familiares e bem-estar subjetivo* apresentamos, num primeiro momento, um estudo descritivo sobre como estes contactos acontecem através dos dados recolhidos, mais especificamente, sobre a sua forma e frequência.

Posteriormente foi importante perceber o impacto destes contactos na satisfação com a vida e as suas relações de predição (positiva e negativa). Para este fim, foi realizado o estudo de validação da escala de Satisfação de Vida e foi ainda criado e testado o modelo de regressão de satisfação com a vida.

De referir que as variáveis preditoras dos modelos foram seleccionadas tendo por base a importância que poderão ter no envelhecimento.

Tendo em conta que o vínculo e que a ligação entre familiares são vitais para o desenvolvimento do ser humano e que são essas vivências que servirão de alicerce para a formação das percepções e capacidades interpessoais de todos os membros, mesmo durante a velhice (Inouye *et al.*, 2010), decidiu-se que a variável contactos familiares poderá ser preditora da satisfação com a vida.

No entanto, importa referir também que, em relação aos contactos familiares existem variáveis chave. De acordo com Bennett (2005), o bem-estar psicológico é influenciado pelo estado civil. Segundo este autor, a viuvez reduz os níveis de motivação e de integração social, esta foi então uma variável integrada neste estudo.

Tendo em conta que o questionário aplicado era referente, para muitos idosos, aos seus filhos, optou-se por não recolher a informação relativa aos filhos com que vivem, sendo as respostas dadas para outros membros da família. Assim, o viver com os filhos poderá ter um efeito na satisfação com a vida, além daquele medido pelo questionário dos contactos familiares pelo que foi também incluído no modelo de regressão. Este modelo permitir-nos-á dizer que efeito têm os contactos familiares que não seja explicado pelas outras variáveis.

Se há autores que defendem que o apoio disponível nas relações familiares é sem dúvida uma variável-chave para a previsão do bem-estar em pessoas mais velhas (Qualls 2000), outros apontam resultados negativos do suporte familiar em função de situações que sobrecarregam o cuidador familiar ou quando há uma excessiva assistência, resultando em falta de liberdade e autonomia tanto para o cuidador como para quem recebe a ajuda excessiva ou desnecessária. Assim, nem sempre a frequência das relações sociais dentro da família denota qualidade de suporte familiar de forma equilibrada e saudável (Inouye *et al.*, 2010).

Para que seja relatado um nível de BES adequado, é necessário que o indivíduo reconheça manter um nível elevado da sua satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixas frequências de experiências emocionais negativas (Siqueira, & Padova, 2008), assim sabe-se que os afetos positivos e negativos prevêm maior ou menor satisfação com a vida.

De referir que se optou por não elaborar um modelo preditor da satisfação de vida que tivesse em conta relações entre os vários preditores devido à dimensão e às características da amostra que não permitiriam a realização desse modelo.

O segundo objetivo desta tese foi o estudo sobre os profissionais e instituições, mais especificamente, pretendeu-se analisar a relação entre o bem-estar subjetivo e a percepção de suporte familiar e perceber qual o papel que a associação/profissional ocupa enquanto entidade mediadora nesta relação. Como referido anteriormente, para que a integração do idoso na instituição seja positiva, é necessário fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos. É importante que o idoso saiba que se preocupam com ele e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a sua solidão (Carvalho, & Dias, 2011).

De acordo com as variáveis referidas este estudo possibilitou a articulação entre os efeitos das variáveis sociodemográficas (estado civil, contactos familiares), dependentes do contexto em que a pessoa se integra e as variáveis relativas ao BES (SV, AP e AN) que dependem de critérios subjetivos como indicadores de um envelhecimento bem-sucedido.



#### 4. Dois estudos sobre o Envelhecimento em meio institucional

De acordo com o que foi referido na parte teórica da presente investigação, este estudo tem como objetivo principal compreender a importância do suporte familiar no bem-estar sentido pelo idoso institucionalizado. Mais especificamente são objetivos deste estudo compreender a componente emocional e cognitiva do conceito Bem-estar Subjetivo nomeadamente, a análise das suas dimensões (emoções positivas e emoções negativas) e a avaliação da satisfação com a vida no idoso institucionalizado, compreender as dinâmicas familiares relacionadas com a integração do idoso na instituição e compreender as diferentes práticas utilizadas nas instituições para facilitar o vínculo idoso-família. A finalidade deste trabalho passa ainda por reconhecer estratégias que aproximem a família ao idoso no seu novo contexto habitacional e que contribuam desta forma para o seu bem-estar. Para este fim, esta investigação divide-se em duas partes: o primeiro estudo centra-se no idoso e no conceito de bem-estar directamente relacionado com o desenrolar de um processo de envelhecimento bem-sucedido segundo a visão do próprio idoso; num segundo estudo é realizada a análise de práticas institucionais que visam a manutenção do suporte familiar para com o idoso. O quadro seguinte apresenta a amostra global deste projeto, integrando os dados relativos à amostra do estudo I e II.

Tabela 1: *Amostra Global.*

Associação	Nº total de Entrevistas	Equipa Técnica	Auxiliares de Acção Directa	Utentes Centro de Dia	Utentes Lar
A	7	2	5	7	4
B	6	2	4	15	0
C	7	2	5	0	13
D	8	2	6	0	11
E	7	2	5	14	0
F	2	2	0	0	14
G	5	1	4	0	18
H	11	2	9	24	6



## Estudo I

### 5. A relação entre contexto, contactos familiares e bem-estar subjetivo.

O estudo da frequência e tipo de contactos familiares dos idosos e do seu impacto no bem-estar está subdividido em três subestudos. O primeiro procura estabelecer um retrato da nossa amostra quanto ao tipo e frequência dos contactos familiares nos idosos institucionalizados. O segundo subestudo trata-se da validação da escala de satisfação com a vida, necessária para a utilização desta variável no terceiro subestudo, sobre a relação entre variáveis de contexto e contactos familiares e o bem-estar subjetivo (BES).

A nossa intenção inicial era de realizar um modelo preditor do BES tendo em conta variáveis chave relativas ao contexto familiar e contactos familiares. Contudo, a distribuição da nossa amostra face a algumas dessas variáveis tornou a realização de um modelo inviável, face à pouca variação e à dimensão reduzida da amostra. Optámos então por efectuar uma regressão linear da satisfação com a vida (SV). A opção de utilizar a SV como variável critério, deveu-se ao maior peso que uma avaliação cognitiva tem na sua determinação, quando comparada com a frequência de afetos positivos (AP) e negativos (AN). Sabe-se que os indivíduos consideram várias dimensões da sua vida, incluindo a vida familiar, ao realizarem o tipo de juízos subjacentes à avaliação da SV. Assim, é de esperar que o impacto maior de uma avaliação da frequência de contactos familiares se faça sentir na SV ao invés de em AP ou AN. No entanto, AP e AN foram considerados como variáveis predictoras, pela sua importância e contribuição para a SV (Amado, 2008, Siqueira, & Padova, 2008), esperando-se uma contribuição positiva de AP, e uma negativa de AN, na SV.

Os contactos familiares percebidos foram incluídos, tendo em conta que o vínculo e que a ligação entre familiares são vitais para o desenvolvimento do ser humano e que são essas vivências que servirão de alicerce para a formação das percepções e capacidades interpessoais de todos os membros, mesmo durante a velhice (Inouye *et al.*, 2010).

Outra variável preditora incluída no modelo diz respeito ao estado-civil. O contexto marital do idoso tem um impacto no seu bem-estar (Bennett, 2005). Foi incluído no modelo, assim, a variável dicotómica vida marital (VM) que tem em conta a diferença entre idosos casados ou a viver maritalmente com um parceiro/a e idosos que vivem sem companheiro/a. Espera-se que os idosos em situação marital tenham maior satisfação com a vida.

Finalmente foi incluída no modelo uma variável dicotómica relativa a viver ou não com os filhos (VF). Naturalmente, esta variável de contexto tem influência não só na frequência de contactos familiares, mas também no seu significado. De referir que, a variável CF, tendo em conta que o questionário aplicado era referente, para muitos idosos, aos seus filhos, optou-se por não recolher a informação relativa aos filhos com que vivem, sendo as respostas dadas para outros membros da família.

A predição da SV será assim feita através de AP e AN, e de três variáveis que, apesar de não exaustivas quanto às várias dimensões da vida familiar, têm em conta o contexto (vida marital ou não-VM, habitar ou não com os filhos-VF) e os contactos familiares percebidos (CF).

### **5.1. Participantes**

O presente estudo foi constituído por uma amostra de 126 sujeitos (60 sujeitos em Centro de Dia e 66 sujeitos em Lar), com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos (Mdn= 82).

Os participantes deste estudo pertenciam maioritariamente ao sexo feminino (70,1%).

Relativamente ao estado civil, verificou-se que a maioria dos participantes eram viúvos (76,4%), sendo os restantes casados (11,8%), solteiros (6,3%) e, numa percentagem mais reduzida, divorciados (4,7%). Relativamente à existência de familiares directos, neste caso, de filhos, verificou-se que uma percentagem de 12,6% não teve filhos e que a maior percentagem nesta amostra (30,7%) tem dois filhos.

No que respeita às habilitações literárias, podemos referir que 45,7% dos participantes não sabiam ler nem escrever, 52% tinham entre 1 e 11 anos de escolaridade e 1,6% tinham escolaridade superior a 11 anos.

De referir ainda que num total de 126 sujeitos, apenas 6 apresentaram na prova *Mini Mental State Examination*, resultados ligeiramente abaixo do esperado para a sua faixa etária, no entanto, dado não terem sido valores significativamente abaixo do ponto de corte e dado no decorrer da aplicação não se terem percebido alterações também elas significativas, tendo a aplicação decorrido sem dificuldades, estes sujeitos permaneceram na amostra.

Esta amostra divide-se em dois grupos: a amostra relativa a Centro de Dia e a amostra relativa ao Lar.



### 5.1.1. Amostra Centro de Dia

No que respeita ao grupo da amostra que se encontra integrado na valência de Centro de Dia, foram entrevistados 62 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos ( $M=81$ ), constatando-se que, maioritariamente, os sujeitos eram do sexo feminino (70%).

Relativamente ao estado civil, a grande maioria dos inquiridos eram viúvos (76,7%), 11,7% eram casados, 6,7% divorciados e 5% solteiros.

Relativamente ao número de filhos, verificou-se que o maior número de sujeitos da nossa amostra tem 2 filhos (33,3%) e um menor número tem 5 filhos (1,7%).

Verificou-se também que 68,3% da amostra de centro de dia reside sozinho e que 31,7% reside com os filhos.

Quanto às figuras de referência constatou-se que 51,7% da nossa amostra não refere ter nenhuma figura para além dos familiares directos, neste caso, os filhos.

No que respeita às habilitações literárias, 51,7% deste grupo tem entre 1 e 11 anos de escolaridade, 46,7% não sabe ler nem escrever e 1,7% tem escolaridade superior a 11 anos.

### 5.1.2. Amostra Lar

Relativamente à amostra de inquiridos que residem em Lar de Idosos, podemos referir que esta amostra é constituída por um total de 66 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 ( $M= 83$ ). Desses participantes 71,2% eram do sexo feminino.

No que respeita ao **estado civil**, podemos referir que 77,3 % dos sujeitos eram viúvos, 12,1% eram casados, 7,6% eram solteiros e 3% divorciados.

Relativamente ao número de filhos, verificou-se que a maioria da amostra tem 1 e 2 filhos (28,8%).

Quanto às figuras de referência, 57,6% da nossa amostra refere não ter outras figuras para além dos filhos.

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que 53% dos indivíduos tinham entre 1 e 11 anos de escolaridade, 45,5% não sabe ler nem escrever e 1,5% tem escolaridade superior a 11 anos.

## 5.2. Instrumentos

### -*Mini-Mental State Examination (MMSE)*

- O Mini-Mental State Examination irá ser utilizado como rastreio, para permitir a identificação e exclusão do estudo de sujeitos com demência. A prova foi desenvolvida por Folstein, Folstein e McHugh (1975), adaptada para português por Guerreiro e Colaboradores (1994) e é utilizada para detectar alterações cognitivas, sobretudo em idosos, já que é de fácil e curta aplicação. Esta prova é constituída por 30 perguntas relacionadas com seis áreas de função cognitiva: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Cada questão vale um ponto, perfazendo um total de 30 pontos. Os pontos de corte utilizados para a existência de défice cognitivo tiveram em conta a escolaridade: valores menores ou iguais a 27, para sujeitos com mais de 11 anos de escolaridade; valores menores ou iguais a 22 para sujeitos com um a 11 anos de escolaridade; e, valores inferiores ou iguais a 15 para analfabetos.

### - *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*

- O Bem-estar subjetivo, na sua componente emocional, irá ser medido através das escalas de afeto positivo e negativo PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), recorrendo-se à versão adaptada para a população idosa portuguesa (Amado, 2008). O instrumento consiste em 20 adjectivos desenvolvidos para medir a Afetividade Negativa (AN, como por exemplo, *angustiado* ou *nervoso*) e a Afetividade Positiva (AN, como por exemplo, *animado* e *decidido*). Os 20 itens (10 para afeto positivo e 10 para afeto negativo) são pontuados num formato tipo-Likert, em que a pessoa deve dar uma pontuação de um (muito pouco ou nada) a cinco (muitíssimo). A PANAS apresenta boas propriedades psicométricas e é de fácil e breve aplicação, encontrando-se traduzida e adaptada para outras línguas (Amado, 2008).

### - Escala de Satisfação com a Vida

- Esta escala é uma versão portuguesa da SWLS (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), da autoria de A. Simões (1992), com a instrução modificada para hetero-administração por Carmona e Diniz (2013).

A Escala tem como objetivo avaliar a satisfação com a vida (SV) nos adultos idosos. Este instrumento foi desenvolvido com o objectivo de avaliar o bem-estar psicológico em adultos idosos de um modo independente do seu nível de atividade ou

participação social. Esta escala é composta por 5 itens, projetados para medir juízos cognitivos globais da satisfação com a vida do sujeito (e não uma medida de afetos positivos ou negativos). Os participantes indicam o quanto concordam ou não com cada um dos 5 itens (itens como, “estou satisfeito com a minha vida”, “as minhas condições de vida são muito boas”, usando uma escala de 7 pontos que varia de 7 (concordo totalmente) a 1 (discordo totalmente).

- *Questionário de Objectivação dos contactos familiares*

Para a objectivação dos contactos familiares que o idoso estabelece com a sua família, procurou-se construir um questionário que tem o idoso como destinatário (anexo III e IV).

Inicialmente, para a identificação do utente foi questionada a idade, a residência e o sexo.

Neste instrumento teve-se em conta os seguintes elementos: o número de filhos ou outras figuras de referência, a sua proximidade geográfica, a forma de contactos que o idoso tem com a sua família.

As figuras de referência foram incluídas por se considerarem especialmente importantes em situações em que não existam filhos, a fim de conseguirmos perceber o tipo de suporte que é percecionado pelo idoso. As opções seleccionadas para os contactos entre o idoso e famílias/figuras de referência foram as visitas, telefonemas, internet, carta ou outra forma de contacto a especificar.

Relativamente à sua frequência, podemos falar nas seguintes hipóteses: diariamente; uma vez por semana; uma vez por mês; uma vez por ano; épocas festivas; no aniversário; nas férias; nunca ou outra opção a especificar. Relativamente às visitas, este questionário permitiu especificar o tempo de visita, considerando, numa primeira instância, se este seria suficiente ou insuficiente, passando-se posteriormente a definir o tempo de visita, podendo este variar de menos de 30 minutos a um período do dia (manhã ou tarde). Por último, teve-se como objectivo avaliar também as saídas com a família, dados que se consideraram importantes na avaliação do suporte familiar sentido pelo idoso.

De referir que este questionário tem a variante de lar e centro de dia, sendo que a única diferença está no facto deste último questionário avaliar se o idoso reside ou não com os filhos.

### 5.3. Procedimento

A amostra do presente estudo foi recolhida em Instituições de apoio a Idosos, sem fins lucrativos, sediadas no Distrito de Leiria. Em algumas destas instituições foi possível recolher a amostra tanto de Centro de Dia como de Lar, outras em que só foi possível recolher a amostra de Lar e outras em que só foi recolhida a amostra relativa a Centro de Dia.

Em todas as instituições foi feito, inicialmente, um contacto telefónico com os directores técnicos, com o objectivo de informar da intenção da realização do estudo na instituição e posteriormente foi formalizado o pedido de autorização para a aplicação dos questionários, tendo sido entregue uma carta de consentimento informado dirigida aos respectivos Presidentes das Direcções/Provedores (Anexo I).

Posteriormente a ter existido a autorização para a recolha dos dados nas instituições, antes da respectiva aplicação, existiu uma breve reunião com o(a) director(a) em que foi dado a conhecer os instrumentos que iriam ser utilizados na recolha de dados. Este momento também permitiu recolher a informação de que idosos é que poderiam participar no estudo.

Independentemente da autorização concedida pelos representantes institucionais, a participação no estudo foi voluntária e neste sentido, antes do início da recolha de dados, foi dado ao participante um breve esclarecimento do que se pretendia com este estudo, confirmando a intenção deste de fazer parte da amostra e tendo também sido garantida a confidencialidade dos dados.

A recolha dos dados foi realizada sob a forma de entrevista individual e processou-se no período compreendido entre Abril e Julho de 2013.

De acordo com Diniz, & Amado (2014), o ambiente circundante à administração deve transmitir segurança para a pessoa idosa, neste sentido, o ambiente que foi escolhido para a aplicação dos questionários foi exactamente o “cenário” em que o dia-a-dia do idoso acontece, tendo sido as entrevistas realizadas naquele que é o seu contexto habitual (na instituição).

Em todas as instituições foi possível a administração dos questionários num espaço mais resguardado, em que fosse possível garantir ao idoso a sua privacidade.

Seguindo os princípios éticos aplicados à avaliação psicológica, a confidencialidade das respostas deve ser assegurada e, mais importante, entendida pelos idosos (Diniz, & Amado, 2014), sendo que foi sempre verbalizado no início da aplicação a garantia do anonimato e a salvaguarda da confidencialidade das respostas. Para além

deste aspecto, foi lido e assinado o consentimento informado, garantindo que o idoso participaria neste estudo por sua livre vontade.

A recolha de dados iniciou-se com a aplicação do MMSE (*Mini-Mental State Examination*; Folstein *et al.*, 1975) utilizado para permitir a identificação e exclusão do estudo de sujeitos com demência. De seguida, foi utilizado o PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*; Watson *et al.*, 1988) versão adaptada para a população portuguesa, para avaliar a frequência com que os idosos experimentavam afetos positivos (AP) e negativos (AN). Com o objectivo de avaliar a satisfação com a vida do idoso foi aplicada a versão portuguesa da SWLS (Diener *et al.*, 1985), da autoria de Simões (1992), utilizando-se a instrução modificada para hétero-administração por Carmona e Diniz.

Durante a aplicação foram lidos os questionários, num tom moderadamente alto e, quando necessário, foram re-lidos os itens várias vezes até que o entrevistado percebesse o que lhe está a ser solicitado.

Importa mencionar que esta aplicação se constituiu em muitos momentos num processo moroso, exigente, tendo, em muitos momentos, a objectividade das questões apresentadas dado lugar a questões de carácter mais subjetivo. O assunto “família” foi, em diversas situações, um passo para o desenrolar de muitas histórias de vida, da narrativa de emoções positivas e negativas, de controvérsias em torno de um suporte familiar adequado ou do sentimento de solidão.

Num segundo momento deste estudo, para se poder utilizar a variável Satisfação com a Vida como variável critério, procedemos à validação da Escala de Satisfação com a Vida. Todos os dados foram introduzidos no programa SPSS for Windows (versão 21). Posteriormente foi efectuada uma análise descritiva das características da amostra.

Os modelos foram testados através do LISREL 8.80 (Jöreskog, & Sörbom, 2002). Numa primeira instância foi calculada, através do PRELIS 2 (Jöreskog, & Sörbom, 1996), a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas das distribuições contínuas latentes dos dados, seleccionados por  $m-1$  limites distribucionais ( $m$  = número de opções de respostas observadas).

Esta matriz foi lida e trabalhada pelo LISREL, recorrendo à linguagem SIMPLIS (Jöreskog, & Sörbom, 1993).

A análise dos dados foi realizada recorrendo-se a um processo bietápico (Anderson, & Gerbing, 1988; Jöreskog, & Sörbom, 1996), testaram-se os modelos de me-

dida para a análise da sua validade estrutural e da validade discriminante por meio de uma análise factorial confirmatória (AFC), bem como da apreciação da validade convergente e da fiabilidade compósita dos factores (FC) (Fornell, & Larcker, 1981).

A validade convergente foi apreciada a partir da variância média extraída (VME), que deverá apresentar valores iguais ou superiores a 50% (Fornell, & Larcker, 1981), já a fiabilidade compósita deverá apresentar valores superiores a 70% (Nunnally, & Bernstein, 1994).

Com o objectivo de analisar os modelos foi utilizado o método de estimação de máxima verosimilhança com recurso ao Satorra-Bentler scaled chi-square ( $S-B\chi^2$ ; Satorra, & Bentler, 1994).

Para efeitos do ajustamento dos modelos, consideraram-se os valores do qui-quadrado relativo ( $\chi^2/gf$ ), que deverá ser menor do que três (Kline, 2005), do *comparative fit index* (CFI) (Bentler, 1990), que deve ser igual ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu, & Bentler, 1998) e do *root mean square error of approximation* (RMSEA) (Steiger, 1990), que deve apresentar valores próximos ou inferiores a .08 para se considerar um ajustamento aceitável, valores próximos ou inferiores a .05 para indicar um bom ajustamento e superiores a .10 indicadores de um mau ajustamento (Browne, & Cudeck, 1993). Num estudo de simulação, realizado mais recentemente, Hu, & Bentler (1999), apontam .06 como um valor para indicar um bom ajustamento.

Posteriormente, num terceiro momento, partiu-se para a concretização do modelo de regressão da satisfação com a vida e, neste sentido, uma vez que era impossível, dado o número de itens dos instrumentos face à dimensão reduzida da nossa amostra, testar o modelo utilizando variáveis latentes, foi necessário calcular uma nota total para as variáveis satisfação com a vida (SV), afetos positivos (AP) e afetos negativos (AN). Tendo em conta o facto de as relações entre um factor e os seus itens deverem ter diferentes ponderações no cálculo de uma nota para o factor (diferente precisão dos itens para representar o factor), evitou-se o enviesamento resultante do cálculo de um somatório (ou de uma média) dos resultados brutos obtidos nos itens, multiplicando-os pelas regressões das respectivas cargas factoriais, entretanto obtidas através do LISREL8 (Jöreskog, & Sörbom, 1996). As cargas factoriais para a o cálculo da SV foram obtidas no estudo prévio da validação da Escala de Satisfação com a Vida.

Quanto a AP e AN, optámos por recorrer às cargas factoriais obtidas por Pimentel (2014), num estudo com uma amostra constituída também por idosos comuni-

tários (58,5%) e em lares e que encontrou um modelo bem ajustado para a mediação de AN e AP, excluindo-se os afetos "orgulhoso" e "atento" de AP e "culpado" de AN, e incluindo uma covariância de erro entre os itens "receoso" e "amedrontado".

Quanto aos contactos familiares, foi construída uma variável nova baseada nos resultados do *Questionário de Objectivação dos contactos familiares*. A análise dos dados, e a experiência de recolha, pareceu indicar que das variáveis medidas, os telefonemas, as visitas e saídas eram as mais relevantes. Verificou-se também que a distribuição das respostas, bem como a atitude dos participantes, parecia indicar pouca nuance entre algumas das categorias, optando-se assim por constituir novas variáveis dicotómicas para cada um destes tipos de contactos, categorizando-os em frequentes/raros. Criou-se depois uma variável ordinal que tinha em conta em simultâneo os telefonemas, as visitas e as saídas com familiares, onde o nível mais baixo (0) indicava raridade de qualquer deste tipo de contactos, o nível acima (1) indicava um tipo de contacto frequente, o nível seguinte (2) dois tipos de contactos frequentes e o nível superior (3) indicava que os idosos recebiam telefonemas, visitas e faziam saídas com frequência.

As duas variáveis restantes que entraram no modelo de regressão diziam respeito ao contexto familiar. O estatuto marital (VM) era uma variável dicotómica separando os idosos casados ou em união de facto dos solteiros, divorciados ou viúvos. A outra variável dicotómica considerava se os idosos viviam ou não com os filhos (VF).

O procedimento de tratamento e análise dos dados foi semelhante ao do estudo de validação da Escala de Satisfação com a Vida. Contudo, tratando-se de um modelo de regressão, não foi avaliado o seu ajustamento, uma vez que se trata de um modelo saturado. Numa primeira fase utilizaram-se correlações policóricas para o cálculo das matrizes de covariância assintótica.

Deve referir-se aqui que existiram problemas para ambos os grupos ao nível dos erros-padrão (EP) respeitantes às estimativas não estandardizadas dos efeitos (coeficientes de regressão;  $b$ ) do modelo estimado através do método de máxima verosimilhança (MV) com o robusto Satorra-Bentler Scaled Chi-square (S-B $\chi^2$ : Satorra, & Bentler, 1994) sob matrizes de covariância policóricas: efeito direto AP na SV ( $b = .14$ , EP = .20,  $p = ns$ ); efeito direto AN na SV ( $b = -.36$ , EP = .27,  $p = ns$ ). A inflação dos EP terá ficado a dever-se ao número de categorias de resposta de algumas variáveis do modelo ser inferior a cinco, em relação à reduzida dimensão da amostra deste estudo (Flora, & Curran, 2004). Em alternativa a este método foi utilizado o de MV

sob matrizes de covariâncias, através do qual já não se verificaram problemas ao nível dos EP.

#### 5.4. Retrato da amostra quanto ao tipo e frequência dos contactos familiares nos idosos institucionalizados.

De forma geral, podemos perceber pelos resultados obtidos que a maioria dos idosos recebe visitas uma vez por semana, como pode ser constatado através do gráfico 1.

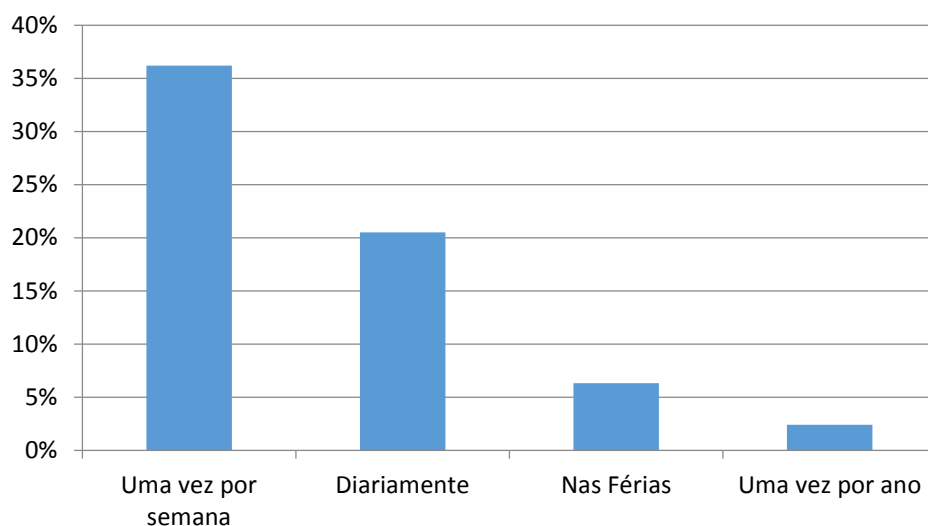


Gráfico 1: Resultados gerais sobre a periodicidade das visitas.

No estudo de objectivação dos contactos familiares foram seleccionados os seguintes meios de contacto: pessoal (visitas); contacto telefónico; cartas; internet. Relativamente à forma de contactos mais frequente, no geral, podemos referir que são as visitas, o contacto mais frequente, seguidas dos telefonemas, da carta e por último a internet.

Relativamente aos meios mais utilizados, podemos referir que a maior percentagem da nossa amostra (36.2%) tem visitas uma vez por semana, sendo que logo de seguida temos uma percentagem de 20.5% que tem visitas todos os dias. De uma amostra de 126 sujeitos, podemos ainda dizer que 7.9% nunca têm visitas, 6.3% têm visitas apenas nas férias e outros 2.4% uma vez por ano (Gráfico 1). Daí podermos constituir dois grupos quando analisamos os resultados: os que têm contacto familiar



frequente e os que não têm. Relativamente à informação recolhida junto dos técnicos, falando nestes dois grupos, podemos referir que, de acordo com esta perspetiva, o grupo que recebe visitas é composto por 96 sujeitos e o grupo que não recebe visitas é composto por 30 sujeitos.

Na valência de Lar, segundo os técnicos, verificou-se que 21,2% dos entrevistados têm um contacto diário com familiares, 37,9% tem contacto semanal, 3% nunca têm contacto com os familiares e 16,7% têm pouco contacto os familiares.

Relativamente às visitas recebidas por esta amostra foi possível verificar que 37,9% são visitados uma vez por semana, 16,7% são visitados todos os dias, assim como a mesma percentagem é visitada uma vez por mês, 9,1% desta amostra nunca recebe visitas, 4,5% em épocas festivas, 3% recebe visitas apenas em período de férias e 1,5% recebe apenas visitas uma vez por ano.

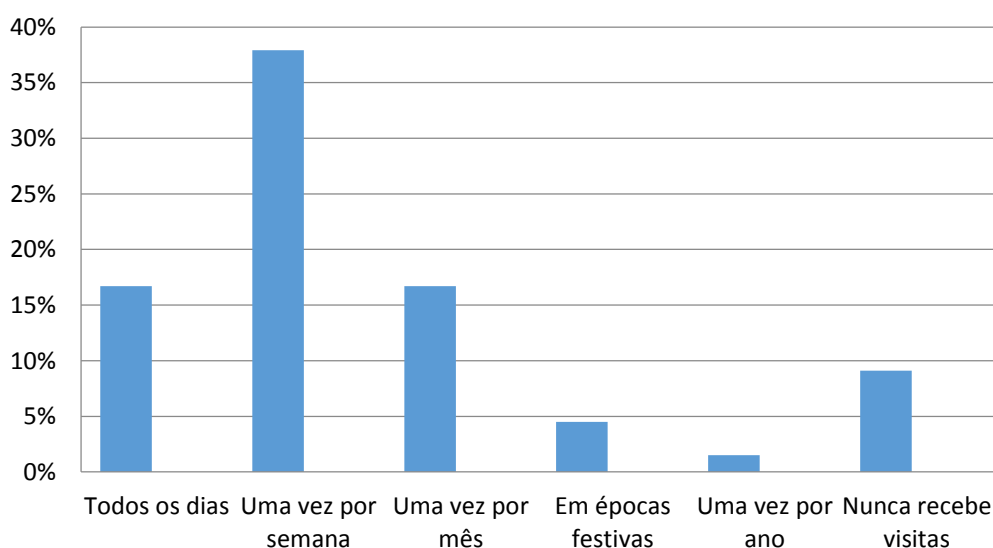


Gráfico 2: Resultados da periodicidade das visitas em Lar.

No que respeita aos telefonemas, no geral, podemos referir que a percentagem maior, 45,7%, não recebe telefonemas nunca e 19,7% recebe telefonemas uma vez por semana.

Os contactos familiares que existem em menor frequência são os contactos realizados por carta e internet e têm pouca representação na nossa amostra, sendo que 95,3% no caso da internet e 97,6% da amostra no caso das cartas, não utilizam nenhum destes meios de contacto.

De forma mais específica, em Centro de Dia, da amostra recolhida, podemos ainda mencionar que 68,3 %, grande parte da amostra, não reside com os filhos. De acordo com a informação recolhida junto dos técnicos, verificou-se que 55% têm contacto diariamente com familiares, 23,3% têm contacto semanal, 11,7% nunca têm contacto com os familiares e 10% têm pouco contacto os familiares.

De acordo com a informação recolhida junto dos sujeitos da nossa amostra de centro de dia, 35% recebe a visita dos filhos uma vez por semana, 25% recebe todos os dias, 10% recebe apenas em período de férias e numa outra situação não especificada, 6,7% não recebe nunca visitas, 3,3% recebe em épocas festivas e uma vez por ano e 1,7% recebe a visita dos filhos uma vez por mês.

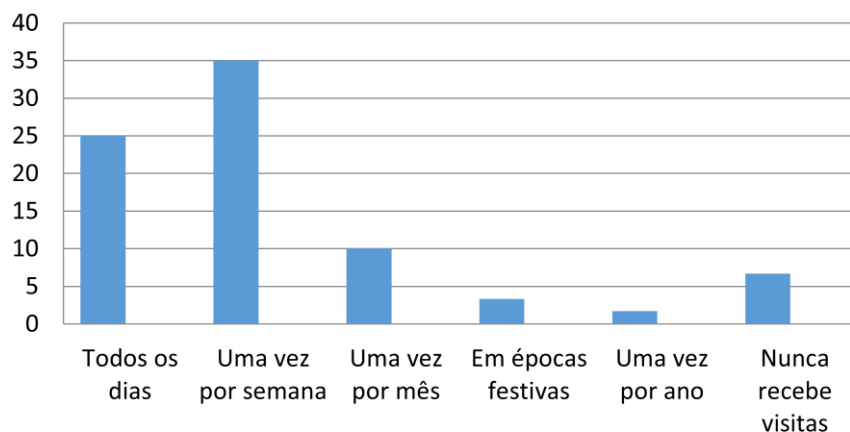


Gráfico 3: Resultados da periodicidade das visitas em Centro de Dia.

Quando analisamos as saídas do meio institucional com os familiares ou figuras de referência, esta informação têm maior impacto na valência de lar, já que na valência de centro dia, o idoso regressa a casa diariamente, conseqüentemente o índice de saídas pode ser maior.

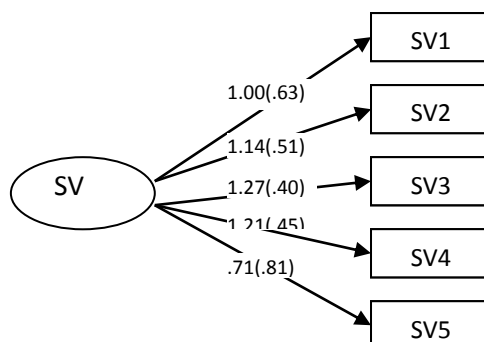
Ainda assim, na amostra de Centro de Dia, relativamente à saída com os familiares, podemos referir que 40% nunca sai com os familiares, 26,7% sai uma vez por semana, 16,7%, sai com os familiares uma vez por mês e 8,3 % sai apenas em épocas festivas.

Na realidade das instituições com a valência de lar, ao nível das saídas da instituição com familiares, verificou-se que a maior percentagem (39,4%) nunca sai com

familiares, 22,7% sai em épocas festivas, 19,7% sai uma vez por semana, 15,2% sai uma vez por mês e 1,5% sai uma vez por ano.

### 5.5. Resultados do estudo de validação da Escala de Satisfação com a vida

Figura 1: Estudo de validação da Escala de Satisfação com a Vida. (Variância de erro)



$$SB\chi^2 (5, N = 126) = 1.81; RMSEA = .00 \text{ (I.C. de 90\% = .0; .06)} CFI = 1.00;$$

Como se pode observar na Figura 1, o modelo revelou-se bem ajustado (ratio  $S-B\chi^2/gl < 3$ ;  $RMSEA < .06$ ;  $CFI > .95$ ). Acresce que a quantidade de variância do item capturada pelo factor ( $R^2$ ), foi sempre superior a .16.

Avaliou-se também até que ponto eram conseguidos os padrões estabelecidos por Fornell e Larcker (1981) para que se possa declarar a validade convergente de um factor (variância média extraída dos itens pelo factor;  $VME1 > .50$ ), e, ainda de acordo com estes autores, verificou-se também a consistência interna do factor<sup>2</sup>, tendo por critérios de análise dos resultados os propostos por Nunnally e Bernstein (1994) para investigação básica (.80) e para investigação aplicada (.90). A consistência interna do factor foi de .79, a menos de um ponto do valor desejado, enquanto que a validade convergente foi de .44, o que, embora algo abaixo do critério pretendido, foi considerado suficiente para o cálculo de uma nota ponderada do factor tendo em conta a amostra reduzida e o carácter exploratório do estudo.

<sup>1</sup> Calculada através da fórmula  $[\text{SUM}(cfe_i^2)]/[\text{SUM}(cfe_i^2) + \text{SUM}(e_i)]$ , onde  $cfe_i$  = carga factorial estandarizada dos itens e  $e_i$  = variância do erro dos itens.

## 5.6. Resultados do Modelo de regressão da satisfação com a vida

$$SV = \mathbf{0.088} \cdot AP - \mathbf{0.11} \cdot AN + \mathbf{0.17} \cdot CF - \mathbf{0.39} \cdot VM - \mathbf{0.16} \cdot VF, \text{ Errorvar.} = 0.51, R^2 = 0.43$$

EP	(0.048)	(0.022)	(0.050)	(0.069)	(0.068)	(0.066)
<i>t</i> (126)	1.84	-5.11	3.31	-5.68	-2.36	7.75

*Figura 2:* Modelo de regressão da satisfação com a vida. SV = Satisfação com a vida; AP = Afetos Positivos; AN = Afetos Negativos; CF = Contactos familiares; VM = Vida Marital; VF = Viver com filhos; EP = Erro-padrão.

Como se pode observar todos os caminhos são estatisticamente significativos. Existem relações preditivas positivas entre AP, CF e SV. Como esperado existe uma relação negativa entre os AN e a SV. Contudo, dois resultados são algo surpreendentes; VM e VF têm um impacto negativo em SV, o estar numa relação marital e o residir com os filhos têm um impacto negativo na satisfação com a vida.

Quanto à magnitude dos efeitos (a bold) a variável de maior impacto é VM, seguida de CF. Verificamos que, mesmo tendo em conta variáveis do contexto familiar como VM ou VF, a variável contactos familiares é um preditor estatisticamente significativo da SV ( $p < 0,001$ ) com um poder preditor superior mesmo a AP e NA (para este modelo para esta amostra).

## 5.7. Discussão Estudo I

A premissa de que o apoio disponível nas relações familiares constitui uma variável-chave para a previsão do bem-estar em pessoas mais velhas (Qualls 2000), ficou comprovada neste estudo, sendo esta a variável mais significativa quando falamos em satisfação com a vida nos idosos desta amostra.

Tal facto é algo que tem vindo a ser referenciado ao longo deste trabalho, já que existe um conjunto significativo de investigações que demonstram que o apoio social é uma chave determinante no processo do envelhecimento bem-sucedido (Paúl, 2005). As redes pessoais, no processo de envelhecimento, desempenham um papel protector no sentido em que permitem “amortecer” ou evitar o stress associado ao envelhecimento. Assim o observamos neste estudo, onde os resultados apontam para o facto dos idosos que recebem mais telefonemas, visitas e que saem mais vezes com os familiares, serem idosos mais satisfeitos com a vida, daí ser importante promover e fortalecer estas redes no processo de envelhecimento, já que a existência de redes de suporte social são um importante elemento de bem-estar e saúde física e mental para esta população, bem como para as outras faixas etárias (Paúl, 2005).

Relativamente a estes aspectos este estudo trouxe-nos também dados curiosos sobre as dinâmicas familiares. Observou-se que, na nossa amostra, ser casado/a ou viver em união de facto tem um impacto, negativo na satisfação com a vida. Outro aspecto importante diz-nos que nos idosos que residem com filhos a satisfação com a vida é menor do que em idosos que residam sozinhos ou em meio institucional.

Este facto poderá estar relacionado com a mudança de papéis que poderá existir nesta fase da vida do idoso, em que o parceiro/a passa a ter um papel de cuidador(a) e não de mulher/marido.

Tal alerta-nos para o facto de apesar de o apoio familiar se constituir como uma variável-chave para a satisfação com a vida, quando os laços familiares são inadequados podem afetar negativamente o bem-estar da pessoa idosa, e, muitas vezes, o de outros membros da família (Qualls, 2000). Na justificação destes resultados, podemos falar também no carácter “não voluntário” e no sentido de obrigação relativamente ao apoio prestado pelos membros da família, que podem introduzir efeitos complexos e nem sempre benéficos na qualidade de vida dos idosos (Paúl, 2005).

Nesta situação falamos da importância de se olhar, muitas vezes, para o funcionamento da família e, neste sentido, considerar o funcionamento da infra-estrutura da família uma peça importante no bem-estar dos seus membros em todas as gerações.

O facto dos idosos que residem com os filhos apresentarem uma menor satisfação com a vida poderá ser assim explicado pelas dificuldades no funcionamento das dinâmicas familiares. Deste modo, importa referirmos o modelo circunplexo de interacção da família, apresentado por Olson (2000) baseado na teoria sistémica familiar e exposto anteriormente, que apresenta três importantes dimensões: a coesão, a adaptabilidade e comunicação. Estas dimensões trazem-nos dados importantes na compreensão das relações familiares e mais especificamente, nestes resultados. Destacamos neste estudo a importância da adaptabilidade na satisfação com a vida, já que esta é uma peça fundamental na adaptação às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e ao contexto em que este ocorre. Esta dimensão refere-se à capacidade da família em ser flexível para lidar com as mudanças, às alterações na sua estrutura e nas regras de relacionamento em função do desenvolvimento de capacidades novas.

As reações da família dependem de competências como assertividade, controlo e disciplina, além da capacidade para negociar estilos e regras. Assim percebemos que a percepção de suporte familiar está também relacionada com a competência social, capacidade de resolução de problemas, percepção de controlo, sensação de estabilidade, autoconceito, afeto e, por consequência, encontra-se fortemente ligada ao conceito de bem-estar psicológico (Inouye et al., 2010). Pensamos que seria pertinente relacionar estes aspectos em investigações futuras, mais propriamente a análise das dinâmicas familiares e a sua relação na satisfação com a vida do idoso.

Por outro lado, podemos também referir que o facto dos indivíduos que vivem com os filhos apresentarem menor satisfação com a vida, pode também estar relacionado com a mudança de contexto habitacional, tanto pelo facto de ter existido mudança de habitação, ou por ver o seu espaço habitado por outras pessoas. Neste sentido, podemos referir o modelo ecológico de Lawton (1983, 1999, *as cited* in Fonseca, 2005), tido em conta no enquadramento teórico deste estudo, que salienta que o contexto de residência (ou simplesmente o local onde se vive) desempenha um importante papel para se compreender diferentes padrões de envelhecimento e para explicar porque é que algumas pessoas alcançam (e outras não alcançam) um envelhecimento bem-sucedido. A noção de “envelhecimento-num-sítio” (“*aging-in-place*”) é central para uma compreensão das relações entre o contexto de residência e o envelhecimento bem-sucedido (Fonseca, 2005).

Tanto quanto saber se o idoso habita com os filhos ou não, é importante, pois, compreender se houve mudança de residência, se os possíveis ganhos da convivência

com os filhos não serem contrabalançados pela integração num novo espaço familiar, muitas vezes com um papel submisso.

No entanto, algo que se constatou neste estudo diz respeito ao apoio percebido e ao apoio recebido, sendo que a percepção que os idosos têm sobre os contactos familiares, nomeadamente, a frequência das visitas, em alguns sujeitos da amostra, não corresponde à percepção que os técnicos têm quando lhes foi pedida a objectivação dos contactos familiares.

Um dos aspectos que poderá eventualmente justificar estes dados, tendo por base o facto de nos centrarmos neste estudo na satisfação com a vida, que permitiu ao idoso avaliar cognitivamente o bem-estar, diz respeito ao suporte familiar percebido pelo idoso. Assim, importa distinguir o apoio recebido que corresponde à quantidade de ajuda efectivamente dada pelos elementos da rede e o apoio percebido corresponde à crença de que pessoas significativas podem ajudar em caso de necessidade, sendo que a experiência passada nesse sentido, reforça ou não essa crença (Pereira, & Roncon, 2010).

De acordo com Newsom e Schulz (1996), maiores níveis de bem-estar são encontrados em idosos com a percepção de suporte disponível, em vez da receção efectiva desse apoio, ou seja, como referido anteriormente os idosos que percebem ter mais visitas, telefonemas e visitas, são idosos mais satisfeitos com a vida.

Contrapondo o que foi defendido na parte teórica, em que foram destacadas investigações que faziam referência às alterações na estrutura familiar e às mudanças sociais que vinham contribuindo para um enfraquecimento das relações familiares (Güven, & Sener, 2010), e ainda dados em que se realçava que com a institucionalização pode existir a perda de um ambiente familiar (Bockerman *et al.*, 2012), este estudo revelou que mais de metade da nossa amostra tem contacto diário ou semanal com os familiares.

Relativamente ao Questionário de Objectivação dos contactos familiares aplicado aos idosos, constataram-se algumas limitações, mais especificamente, verificou-se no decorrer da aplicação alguma dificuldade dos sujeitos terem a noção do tempo de visita dos familiares e, ainda, na variante deste questionário para a valência Centro de Dia, verificou-se que os itens 7 e 8, respeitantes à forma e frequência dos contactos, não fazem sentido serem aplicados a idosos que residem com filhos ou outras pessoas significativas, tendo sido redireccionados para os membros familiares mais próximos com os quais os idosos não viviam ou para outras figuras de referência.

No que respeita a este questionário importa ainda referir que a qualidade do suporte familiar além de ser avaliada pela quantidade ou pela frequência em que é prestado suporte, beneficiaria de uma avaliação da qualidade dos momentos em que a família presta apoio ou visita o idoso. Deste modo, um outro aspecto omissos neste questionário diz respeito à satisfação com o apoio familiar que é percebido.

Ao nível da avaliação dos afetos, subjacente à avaliação da satisfação com a vida, podemos referir que os afetos negativos têm um maior peso na satisfação com a vida, ou seja, têm maior impacto na satisfação com a vida do que o afeto positivo nesta amostra. Para que o balanço entre duas dimensões emocionais (emoções positivas e emoções negativas) represente uma dimensão da satisfação com a vida, é necessário que este resulte numa relação positiva, ou seja, resulte na vivência de mais emoções positivas do que negativas no decorrer da vida, podendo-se por vezes atender à diferença entre afetos positivos e negativos ou considerá-los separadamente (Amado, 2008).

Estes dados permitem-nos então pensar sobre a intervenção que deve ser realizada na prática institucional, mais concretamente sobre a importância de minimizar ou prevenir a exposição dos idosos a emoções negativas e “expô-los” a emoções positivas, sendo que aqui a instituição tem um papel fulcral.

Aliado a este facto importa ter sempre presente a ideia de que a percepção da satisfação com a vida que os indivíduos têm é influenciada por aquelas que são as suas metas socio-emocionais. Tendo assim como referência a teoria da selectividade socio-emocional de Carstensen (Lockenhoff, & Carstensen, 2004) sabemos que a prioridade relativa aos seus objectivos muda em função da etapa do ciclo de vida. A perspectiva de um futuro reduzido torna o presente mais importante. As redes sociais são diminuídas, num esforço de optimização das mesmas, permitindo menos interacções de carácter instrumental e mais interacções com parceiros sociais próximos e de importância para o indivíduo (Amado, 2008).

Isto pode ter como implicação um aumento da valorização dos contactos com familiares, ampliando ainda mais o efeito da frequência e qualidade destes contactos na satisfação com a vida.



## 6. Estudo II: Estudo sobre os profissionais e instituições

### 6.1. Participantes

A amostra foi constituída por 53 profissionais que responderam voluntariamente aos questionários, 15 eram pertencentes às equipas técnicas das associações e 38 tinham a categoria profissional de ajudantes de família, apenas um participante era do sexo masculino e os restantes entrevistados do sexo feminino. Os questionários foram auto-administrados, tendo sido a técnica responsável da Instituição a fazer a distribuição pelas ajudantes de família e equipa técnica.

### 6.2. Instrumentos

- *Questionário de Avaliação do Suporte Familiar no meio Institucional.*

Com o objectivo de realizar uma avaliação a fim de perceber se as instituições privilegiam o contacto da família e idoso, foi criado o Questionário de Avaliação do Suporte Familiar no meio Institucional (Anexo V e VI). Podemos considerar que este instrumento se divide em duas partes, em que numa primeira se tentou confirmar as respostas dadas pelos idosos relativamente aos contactos que estabelecem com as famílias e, numa segunda parte, perceber como é que a instituição é facilitadora e como cria condições para a existência de um bom suporte familiar dos seus utentes.

Toda a elaboração destes questionários, teve por base as normas referidas nos Manuais da Qualidade do Instituto de Segurança Social (s/d), que referem que os “serviços do Lar Residencial devem sempre procurar promover a participação e implicação do cliente e significativos nas actividades/serviços que prestam, através da sua implicação/co-responsabilização nas actividades e, especialmente, acções”. Para o efeito, devem definir e articular previamente com todos os intervenientes (cliente, significativos, outros) as actividades/acções a desenvolver, algo a que este questionário é sensível nas questões “Participação da família na elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual do Idoso?” Ou “Que tipo de actividades são realizadas tendo em vista a integração da família na instituição?”.

De acordo com as normas vigentes, os serviços institucionais não devem debilitar ou substituir as redes de apoio aos clientes já existentes. Devem antes potenciá-

las e promover, sempre que possível, relações de parceria, boa vizinhança e voluntariado (Instituto da Segurança Social, s/d).

O estabelecimento de relações de parceria com os significativos dos clientes é um dos factores primordiais para assegurar a permanente satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, bem como, para promover o atingir dos seus potenciais e, neste sentido, questões como “A instituição recorre ao auxílio da família em que situações específicas?” ou “Disponibilidade de atendimento à família (Frequência dos atendimentos e horários)”, são fundamentais.

Desta forma, para além deste estudo ter como objectivo avaliar a percepção de suporte familiar em idosos, centra-se também no papel das instituições. De acordo com a WHO (2002), as autoridades, organizações não-governamentais, indústrias privadas e os profissionais de serviço social e de saúde podem ajudar a promover redes de contactos sociais para as pessoas idosas a partir de sociedades de apoio tradicionais e grupos comunitários liderados pelos idosos, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, monitoramento e visitas em parceria, cuidadores familiares, programas que promovam a interação entre as gerações, e serviços comunitários.

#### *- Grelha de Objectivação dos contactos familiares.*

Com a finalidade de se objectivar o contacto estabelecido entre o idoso e o familiar foi criada a grelha de objectivação dos contactos familiares (Anexo VII) a ser preenchida pelo responsável ou por um funcionário indicado por este que possuísse esta informação.

O preenchimento da grelha realiza-se de forma simples, sendo esta composta por duas colunas, uma onde é identificado o nome do utente e outra onde é indicada a periodicidade dos contactos. Mais especificamente, a periodicidade dos contactos foi caracterizada em quatro alíneas: Nunca tem contacto com os familiares; Tem pouco contacto com os familiares; Tem contacto semanal com os familiares; Tem contacto todos os dias com os familiares.

### **6.3. Procedimento**

#### **6.3.1.Recolha de Dados**

A aplicação dos questionários decorreu em oito instituições, sendo que todas elas se constituem como Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Em todas as instituições foi feito, inicialmente, um contacto telefónico com os directores técnicos, com o objectivo de informar da intenção da realização do estudo na instituição e posteriormente foi formalizado o pedido de autorização para a aplicação dos questionários, tendo sido entregue uma carta de consentimento informado dirigida aos respectivos Presidentes das Direcções/Provedores (Anexo I).

Se numa primeira parte da investigação foram entrevistados apenas os idosos, numa segunda parte foram, em todas as instituições, entrevistados o pessoal técnico e as ajudantes de família.

Ao nível institucional, foi aplicado a funcionários e a técnicos da instituição o *Questionário de Avaliação do Suporte Familiar no meio Institucional*, construído com o objectivo de realizar uma avaliação a fim de perceber as dinâmicas institucionais que privilegiam o contacto da família e idoso. Importa referir que após a aplicação das entrevistas aos técnicos e a auxiliares foi pedido a um juiz independente que verificasse a veracidade das dimensões avaliadas. Os resultados destes questionários podem ser vistos na tabela 2, que se encontra no ponto seguinte.

Para além deste questionário, no momento da aplicação, foi solicitado ao técnico responsável o preenchimento da *Grelha de Objectivação dos Contactos Familiares* relativamente à amostra de lar e centro de dia anteriormente referida no Estudo I.

### **6.3.2. Análise de Dados**

Embora as questões dos questionários circunscrevessem a informação requerida do sujeito a certas dimensões, as respostas foram todas transcritas para um processador de texto e analisadas como um todo procurando categorias emergentes, num processo aberto de análise (Ghiglione, & Matalon, 1992). Após várias leituras, quando as categorias estavam identificadas por todos os excertos das respostas dos questionários, quer as categorias quer as respostas foram apresentadas a um juiz independente com o objectivo de realizar a sua correspondência. Não existiram quase diferenças entre a distribuição inicial das respostas e as categorias de análise realizada originalmente e a executada pelo juiz independente. Assim, as respostas às 18 questões colocadas a auxiliares e técnicos deram origem a 7 dimensões de análise: o contacto do idoso com as famílias, horário e espaço das visitas, contactos na rede social, disponibilidade de atendimento às famílias, ligação da instituição à família e o plano de desenvolvimento individual do utente e família e instituição. Foi produzida uma primei-

ra análise que resume as respostas dos vários técnicos e auxiliares de cada instituição num texto descritivo. Posteriormente, o essencial dessa análise foi inserido na tabela 2 de forma a permitir uma comparação imediata entre instituições.

## 6.4. Resultados

Foram realizados 53 questionários ao pessoal técnico e pessoal auxiliar (que se encontram transcritos no anexo VIII), sendo que numa primeira fase as respostas dos participantes foram distribuídas pelas dimensões identificadas. Depois, um juiz independente realizou nova correspondência para verificar se existia uma correspondência entre as respostas e as dimensões. Chegou-se assim aos resultados, transcritos na tabela presente apresentada em seguida.

Tabela 2: *Análise das Dinâmicas Institucionais relativas ao Contato Familiar.*

Associação	Contacto familiar	Horário de Visitas	Espaço visitas	Atendimento à família	Envolvimento familiar nas decisões	Envolvimento no PDI	Família e Instituição
Associação A	Boa frequência/ Contacto regular	Alargado (manhã e tarde)	Todo, excepto áreas de serviço	Dias úteis	Desenvolvimento Biopsico-social do utente (sem especificar)	Fornecem informação sobre o utente	Dias comemorativos
Associação B	Pouca frequência de visitas, ainda que se mantenha um contacto regular.	Alargado (manhã e tarde)	Restrito a sala de convívio	Dias úteis	Em situações de doença e em situação de alteração de rotinas.	Não há envolvimento.	Dias festivos e facebook.
Associação C	Boa frequência	Bem definido (manhã e tarde)	Dois espaços. (Sala visitas e de convívio).	Dias úteis	Em situações de doença e falecimento.	Prestam informação sobre o utente.	Épocas festivas e convívios.
Associação D	Contacto frequente	Periodo de manhã e periodo da tarde.	Sala visitas, de convívio e quarto do utente.	Sempre que solicitado.	Em situações de saúde e alteração nas rotinas.	Não existe. Acontece com a definição, em conjunto, das AVD'S/Saúde e ani- mação."	Telefonemas e atividades comemorativas.
Associação E	Contacto regular.	Das 8 às 19 horas.	Sala de estar e espaço exterior.	Sempre que solicitado.	Em alterações de comporta- mento e sempre que necessário.	Não existe.	Telefonemas, atividades comemorativas facebook.
Associação F	Muito diversifica- do (de frequente a inexistente)	Periodo da tarde.	Todo o espaço do utente.	Sempre que necessário.	Em todas as decisões.	Dá o seu parecer, opinião, informação sobre o utente.	Acolhimento inicial, "Projeto com as famílias"
Associação G	Contacto regular	Flexível.	Sala comum.	Sempre que necessário.	Na área da saúde, acompa- nhamento consultas, sempre que necessário.	Veiculo de informação na recolha de dados.	Comemoração dos dias festivos.
Associação H	Contacto regular.	Periodo da tarde.	Sala, copa, espaço exterior.	Sempre que solicitado.	Situações de doença, hospita- lizações, situações problemá- ticas.	Veiculo de informação na recolha de dados.	Telefonemas. Emails, cartas, Skype, dias festivos.

Tal como podemos constatar a partir da tabela apresentada anteriormente, um dos aspectos priorizados nesta análise foi o contacto familiar e a frequência de visitas. Em relação a este ponto, os dados recolhidos apontam-nos para o facto do contacto com a família ser um contacto regular, ainda que possam existir alguns casos que não se enquadrem nesta situação. De acordo com a maioria das respostas a frequência das visitas revelam um bom indicador no contacto entre utentes e famílias, apontando uma grande parte das respostas para um contacto semanal. Exceptuam-se destes dados a Associação B, que referiu ter um índice de visitas baixo e a Associação F que relata casos de um contacto frequente a um contacto quase inexistente.

Na maioria das instituições podemos referir que é pouco frequente o contacto com o utente com alguém fora da rede familiar.

No seguimento deste ponto importa referir que os utentes, de acordo com as respostas recolhidas, verbalizam de forma comum e frequente a necessidade de suporte familiar.

Da mesma forma, exceptua-se desta situação a Associação D e a Associação B, em que é referido que é pouco verbalizado pelos utentes essa necessidade ainda que os entrevistados reconheçam que é muito importante este suporte, referindo mesmo ser "importante como estabilizador físico e emocional".

O horário das visitas, aspecto muito importante na manutenção do contacto com as famílias, acontece num período relativamente alargado (de manhã e de tarde), sendo que algumas informações mostram relativa flexibilidade ao nível dos tempos de visitas, como por exemplo "Não existe horário, vêm os familiares quando querem", como por exemplo, na Associação A, associação E, G e H.

Por outro lado, as outras associações (C, D e F) revelam ter um horário de visitas bem interiorizado/implementado, não tendo havido referência a visitas fora destes períodos.

Relativamente ao espaço onde estas visitas decorrem, só existem duas associações com um único espaço de visitas (Associação B e G), sendo que todas as outras apresentam espaços alternativos.

A informação recolhida mostra-nos que é consensual a disponibilidade do atendimento à família em dias úteis e sempre que a equipa técnica esteja na instituição, mais especificamente, as Associações D, F, G, H, referem que o atendimento à família acontece sempre que é solicitado, sem fazer referência a horários.

Um outro aspecto muito importante na análise das dinâmicas institucionais relativamente à interacção com a família diz respeito ao envolvimento destas no processo de tomada de decisão. Na sua grande maioria as instituições dizem recorrer ao auxílio da família sobretudo no que respeita à parte relacionada com a saúde, como, acompanhamentos a consultas, hospitalizações. Um dado interessante relaciona-se com o facto de, em duas associações (B e D), mencionarem o envolvimento familiar no processo de tomada de decisão quando surgem alterações das rotinas, algo que é um bom indicador no plano de cuidados do utente.

Relacionado com este ponto surge também o envolvimento da família no Plano de Desenvolvimento do Utente e a este nível podemos referir que, no geral, as respostas foram muito vagas, sendo que as associações A, C, F, G e H, consideram a “família como um veículo de informação sobre o utente” e as Associações B, D e E referem não existir envolvimento da família neste ponto.

A interacção entre a família e o utente acontece em todas associações com a realização de actividades para comemoração de dias festivos, como as noites de fados, Natal, Carnaval sendo que a associação B, E e H, começa a utilizar a internet para potenciar esta interacção, como por exemplo, o projeto do skype que liga a família à associação e consequentemente ao utente. De referir que a Associação F fala-nos do projeto com as famílias e da importância de chamar a família à instituição no momento do acolhimento inicial do utente.

É importante também a consciência do que foi referido na entrevista, mais especificamente, a ideia de que esta é ainda uma área com limitações e uma área que se encontra a ser trabalhada.

De acordo com a visão dos técnicos, no que respeita **aos contactos com os familiares** podemos referir que a maior percentagem (39,4%) mantém contacto diário com os familiares, 36,2% têm contacto semanal com familiares, 15,7% tem pouco contacto com os familiares e, por último, 7,9% nunca mantém contacto com os familiares.

Na perspetiva dos idosos, a maior percentagem (36,4%) refere que recebe visitas uma vez por semana, 20,5% diz receber visitas todos os dias, numa menor percentagem (2,4%) refere receber visitas apenas uma vez por ano.

## 6.5. Discussão Estudo II

Cada instituição é uma realidade e um contexto com práticas distintas no seu dia-a-dia e com modelos de intervenção implementados que decorrem, em muitas situações, de há muitos anos a esta parte. Na análise efectuada salienta-se que todas as instituições mantêm na sua prática a ideia de que é muito importante a presença da família na estabilidade emocional do idoso e, no fundo, no seu bem-estar, frases como *“É muito importante a família apoiar o utente (Associação C); É muito importante o apoio familiar porque dá mais confiança e segurança ao idoso (Associação E); É essencial e fundamental o apoio da família, nomeadamente e principalmente no processo de acolhimento e adaptação do utente”* (Associação G), ilustram esta concepção.

De forma geral, constatou-se que existe uma frequência razoável de contactos entre a família e o utente, ou seja, uma grande percentagem (73%) da nossa amostra, recebe uma visita diária ou semanal, sendo a visita o principal meio de contacto entre a família e o utente.

De referir também que, ainda assim, se perceberam realidades ao nível do suporte familiar muito díspares entre os utentes. Esta ideia pode, de certo modo, contrariar a visão negativa do suporte familiar na institucionalização do idoso. De acordo com Whitaker (2009) a persistente e generalizada noção de que as famílias abandonam os seus familiares quando estes integram casas de saúde ou residências para idosos, tem vindo a ser considerada um mito. Mais especificamente, diferentes estudos mostram repetidamente que os membros da família continuam a visitar e a contribuir para o cuidado com o seu familiar (Keefe, & Fancey, 2000).

Ao nível da rede social, fala-se no geral, num contacto empobrecido, sendo que raramente há frequência de contactos do idoso com pessoas fora do contexto familiar.

No que respeita ao papel das instituições na promoção do contacto com as famílias é possível referir-se que este é um aspecto que se encontra ainda pouco trabalhado/desenvolvido, sendo que o papel da instituição na aproximação família-utente é pouco explícito, não existem dados concretos sobre acções que tenham este objectivo, sendo as respostas dos profissionais pouco esclarecedoras face a este aspecto, não havendo a referência de estratégias inovadoras que potenciem este contacto. Tal vai de encontro ao referido por Whitaker (2009), de que, apesar de se constatar um aumento notável no interesse da pesquisa na área do envolvimento da família no contexto institucional, na última década, o conhecimento adquirido é ainda considerado limitado e inadequado.



De referir por último que, exceptuando uma instituição, em todas foi referida flexibilidade ao nível dos horários de visitas, o que se considera um factor potenciador ao nível da promoção do contacto com a família e um fator concordante com a ideia da importância que a família tem no bem-estar do idoso.

De acordo com Whitaker (2009), a mudança do termo "instituição" para "casa residencial" também mudou a posição das famílias que a visitam, que já não se vêm a visitar uma instituição, mas sim a visitar um familiar idoso numa nova morada. Na opinião deste autor, o horário de visita e restrições semelhantes são cada vez mais flexíveis e as famílias que visitam hoje têm outras expectativas e fazem exigências no que diz respeito à participação, influência e envolvimento no processo de cuidar. Por outras palavras, é possível referir-se que a família parece ter ganho terreno com a mudança do conceito de instituição para 'casa'.

No entanto, foi ainda possível constatar-se que a intervenção realizada pela família acontece a um nível muito primário, sendo que a família ainda ocupa um papel muito passivo no contexto institucional chamada a estar presente apenas em eventos e não ao nível do Plano de Desenvolvimento Individual do Utente, naquilo que constitui o seu dia-a-dia e no seu bem-estar. Este aspecto reforça a ideia de que as instituições comumente vêm o papel da família como "visitantes" e colocam-na num plano de fundo, um papel aceite por muitas famílias (Whitaker, 2009). No entanto, parece ser cada vez mais frequente a perspectiva que sustenta que os membros da família devem ser mais incorporados no cuidado formal com o seu familiar, numa maior extensão.

Atividades frequentemente incentivadas por casas de repouso que visem entrar em contacto com as famílias para que estas exprimissem a sua opinião, permitindo que os familiares fossem chamados à unidade em todos os momentos, e convidando-os a participar nas atividades, são alguns dos pontos fortes considerados no padrão de comunicação das instituições com a família.

No entanto, Friedemann *et al.* (1997) observaram uma ambiguidade considerável no papel dos membros da família nas instituições e resultados de outras pesquisas sugeriram que tal ambiguidade pode ser resultado de factores institucionais e de problemas de comunicação com o *staff*. Neste sentido, importa referir que o envolvimento familiar, o suporte familiar e as obrigações filiais têm diferentes significados, em diferentes contextos e depende do tipo de vínculo ou de força da relação.

No momento da institucionalização, a transferência da responsabilidade para o outro, a nível prático, significa também uma mudança na relação entre a pessoa idosa e a família. Contudo, este fato não significa que a relação que existe entre o idoso e o

familiar chegou ao fim, mas sim que este envolvimento e este suporte vai assumir outros significados e, possivelmente, um caráter mais sutil e indireto (Friedemann *et al.*, 1997).

Infelizmente, o processo de integração da família na rotina institucional é muitas vezes problemático, ocorre de forma contrária ao desejo das famílias em integrar a instituição na sua rotina familiar e o padrão familiar que anteriormente havia sido estabelecido encontra-se ameaçado (Vogel, & Schwartz, 1990).

Estudos nesta temática concluíram que as famílias foram obrigadas a modificar os seus padrões de cuidado, adotar novas atividades, e integrá-los com os padrões de cuidado da equipe de lar de idosos (Friedemann *et al.*, 1997).

De acordo com estes autores, o processo de estabelecer relações com a equipe parece ser um desafio difícil. As famílias que queriam contribuir para o cuidado físico do seu familiar informaram que o pessoal vê esta situação como interferir com o seu plano de cuidados (Friedemann *et al.*, 1997), bem como as famílias que sugeriram melhorias nos padrões de cuidados ou rotinas perceberam que as suas sugestões foram percebidas como críticas devido à insegurança da equipe (Schwartz, & Vogel, 1990).

## 7. Conclusão

Como referido na parte teórica desta dissertação, todas as definições que se possam dar de *Envelhecimento* nunca serão o suficientemente integrativas para dizer o que na realidade é envelhecer e chegar até a esta fase do ciclo de vida, que é a velhice. As conclusões deste trabalho, adquiridas ao longo da sua construção constituem-se, por isso, apenas como um ponto de partida para a compreensão desta fase do desenvolvimento e do contexto em que esta possa ocorrer.

Nas secções relativas à discussão de cada estudo foram já tocados os aspectos mais específicos dos mesmos. Vamos, agora, cingir-nos às conclusões globais desta dissertação e neste sentido importa começar por referir o Estudo I.

Neste estudo, em que a predição da Satisfação com a Vida teve em conta variáveis como o viver ou não viver maritalmente, habitar ou não com os filhos, os resultados obtidos revelaram-se curiosos. Como esperado, encontrou-se um efeito positivo da experiência dos afetos positivos e, ainda superior, dos contactos familiares na satisfação com a vida. Porém, constatou-se que ser casado/a ou viver em união de facto tem um impacto negativo na satisfação com a vida e que os idosos que residem com filhos apresentam uma satisfação com a vida menor do que idosos que residam sozinhos ou em meio institucional.

Este facto poderá ser explicado, entre outras variáveis, pela reorganização das hierarquias de prioridades, realizada nesta fase do ciclo de vida do indivíduo, e à consequente reconfiguração das suas necessidades emocionais e sociais (Cartensen, 2011) e também pelas dificuldades no funcionamento das dinâmicas familiares. Este último aspecto pode, em parte, estar relacionado com a mudança de papéis que existe frequentemente nesta fase da vida do idoso, em que o parceiro/a passa a ter um papel de cuidador(a) e não de mulher/marido e em que os filhos, em muitas situações, invertem o papel passando de filhos a “pais”.

Voltando o âmbito da intervenção para as famílias, surgem nesta investigação, aspetos que se impõem como a importância da avaliação dos contactos familiares e da sua satisfação pelos membros das famílias e idosos. Pensamos também na importância da instituição no papel de mediadora no processo de capacitação do idoso/família na adaptação a um novo contexto familiar, assim como consideramos não menos importante perceber a opinião da família sobre a instituição enquanto membro facilitador no estabelecer dos contactos.

Deste modo, não podemos deixar de referir como são importantes as investigações que dão “voz” à família, não esquecendo que a ajuda à família pode realmente beneficiar o cuidador aliviando várias dimensões de stress emocional (Gaugler, Anderson, Zarit, & Pearlin, 2004).

Voltando ao centro da nossa investigação, pensamos também que será pertinente em investigações futuras explorar de forma mais pormenorizada os contactos familiares no meio institucional, ou seja, seria importante perceber de que forma é que estes acontecem, qual a sua necessidade de existirem, quem tem a iniciativa do contacto e, ainda, olhando a perspetiva do idoso, importa perceber se este contacto é para o idoso significativo, se é um contacto suficiente, um contacto com qualidade, que reporte emoções positivas para quem o vivencia, criando assim um novo questionário mais específico, que avalia outras dimensões do suporte familiar, não esquecendo de considerar a distinção dos diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional).

Um outro campo de intervenção, a que não foi dado muito ênfase, é o campo do contacto social, consideramos também importante em investigações futuras dar ênfase a esta variável, percebendo de que forma este “atenua” ou colmata a ausência de suporte familiar.

Relativamente ao Estudo II conclui-se que entrar nas diferentes instituições possibilita o entrar num mundo muitas vezes regrado e com diferentes orientações, em que a imagem que fica retida tem aspectos quer positivos, quer negativos.

Verificou-se que cada instituição é uma “casa”, com características e formas de intervenção específicas. Em consequência deste aspecto, parece muitas vezes não haver consenso quanto ao impacto da institucionalização do idoso, o que pode dever-se a esta diversidade e, portanto, às diferentes condições que cada casa de repouso ou lar oferecem (Duarte, & Paúl, 1994), assim, dado o facto de a nossa amostra não ser de grande dimensão traz-nos algumas limitações ao nível desta variação de dados.

No geral, é importante que as instituições em que a nossa amostra foi recolhida tenham consciente a importância de se olhar o espaço habitacional como um espaço emocional. É importante, pois, a realização de investigações nestas áreas que facilitem a adaptação das instituições às necessidades dos idosos.

O apego ao espaço/lugar está relacionado com os sentimentos sobre aquela localização geográfica, que se liga emocionalmente à pessoa (Cristoforetti, Gennai, & Rodeschini, 2011). Este tipo de ligação é especialmente importante para as pessoas

mais velhas, no sentido em que é uma forma de manterem o passado vivo e portanto, dão um sentido de continuidade e reforçam a identidade e aqui a família é, em muitos casos, crucial para contribuir para este vínculo ao espaço. Neste sentido, o envolvimento da família, no processo de integração do idoso é essencial para que a vinculação a este espaço, que deve ser “protetor”, ocorra da melhor forma. Este processo de integração não foi referenciado nas entrevistas feitas aos técnicos e auxiliares, sendo também uma limitação do questionário, a não integração deste aspecto. Na prática, é importante delinear uma série de acções que tornem este vínculo/apego ao espaço possível, constituindo a família como um parceiro com um papel activo na conquista deste objectivo.

A partir desta perspetiva, pensamos que nas instituições há, efectivamente a necessidade de existir uma base de apoio da família na prestação de cuidados ao utente, que permita confiança e cooperação mútua entre as famílias e a equipa que presta os cuidados. O sucesso de tais parcerias depende da educação dos funcionários sobre como agir perante as famílias e sobre a relação equipe-família, bem como a importância do pessoal se tornar parte integrante do processo da vida familiar.

Relativamente a este aspecto, constatámos ao longo dos questionários que, apesar de existir a consciência de que é importante a família estar presente na vida do idoso, este assunto tem sido pouco pensado, pouco refletido, tendo mesmo uma associação referido que a equipa de auxiliares não estava preparada para responder às perguntas do Questionário para a avaliação do Suporte Familiar no Meio Institucional.

Importa mencionar que todos os resultados obtidos nesta investigação, tanto do estudo I, como do estudo II, só podem ser lidos à luz das limitações da nossa amostra, mais especificamente, tendo em conta o facto de esta ser uma amostra reduzida, pouco representativa, com uma variação insuficiente.

Em síntese, e porque esta investigação é apenas um pequeno contributo, no meio da diversidade dos estudos sobre o envelhecimento, consideramos que a continuação da investigação sobre as diferentes variáveis implicadas no envelhecimento bem-sucedido, possibilitará no futuro o desenvolvimento de acções e programas cada vez mais eficazes, que se organizem nos cuidados aos idosos, entre outros aspectos, pelo princípio da partilha no processo de tomada de decisões, tendo sempre em conta que envelhecer é um processo altamente dinâmico e intersubjetivo.



## Referências Bibliográficas

- Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, Psicologia do Desenvolvimento. Universidade de Lisboa/Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.
- Ayala, M. (2007). Psicología del envejecimiento. In F. Guillen; J. Pérez, & R. Petidier (Eds), *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. (pp. 1-12). Barcelona: Editorial Elsevier-Masson.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411-423. Doi:10.1037/0033-2909.103.3.411
- Ballesteros, S. (2007). *Envejecimiento Saludable: Aspectos, Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Editorial Universitas-UNED: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogenesis: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P., & Smith, J. (1997). A systemic-wholistic view of psychological functioning in very old-age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology of Aging*, 12, 395-409.
- Baltes, M., Maas. I., Wilms, H., Borchelt, M., & Little, T. (1999). Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 384-402). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. Retrieved January 13, 2004, from <http://www.valenciaforum.com>. doi: 10.1159/000067946

- Baltes, P. B., Staudinger, U.M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review Psychology, 50*, 471-507.
- Baptista, M. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psicologia-USF, 10*, 11-19.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine, 51*, 843-857.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin, 107*, 238-246. Doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238
- Bennett, K. (2005). Psychological wellbeing in later life: the longitudinal effects of marriage, widowhood and marital status change. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 280–284. DOI: 10.1002/gps.1280
- Birren, J. E., & Schroots, J. F. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. Birren, & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4ed, pp. 3-23). San Diego: Academic Press.
- Bockerman, P., Johansson, E., & Saarni (2012). Institutionalisation and subjective wellbeing for oldage individuals: is life really miserable in care homes? *Ageing and Society, 32*, 1176-1192.
- Bowers, B.J. (1988). Family perceptions of care in a nursing home. *The Gerontologist, 28*, 361–368.
- Boise, L., Heagerty, B., & Eskenazi, L. (1996). Facing chronic illness: the family support model and its Benefits. *Patient Education and Counseling, 27*, 75-84.
- Browne, M., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways for assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.



- Carmona, C., & Diniz, A.M., Instrumento criado no âmbito de estudo em curso, Évora, 2013.
- Carstensen, L. L., & Mikels, J.A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: aging and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 117-121. doi: 10.1111/j. 0963-7214.2005.00348.x
- Cartensen, L. (2011). *Older people are happier*. Acedido no web site: [http://www.ted.com/talks/laura\\_carstensen\\_older\\_people\\_are\\_happier](http://www.ted.com/talks/laura_carstensen_older_people_are_happier).
- Castro, E. (2009). Bem-estar subjetivo de adolescentes transplantados de órgãos. *Análise Psicológica*, 1, 89-98.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741–756.
- Cristoforetti, A., Gennai, F., & Rodeschini, G. (2011). Home sweet home: the emotional construction of places. *Journal of Aging Studies*, 25, 225–232.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-352.
- Diniz, A. M., Amado, N., & Gouveia, J. (2011). Índice de Satisfação com a Vida (ISV). In C. Machado, M. Gonçalves, L. Almeida, & M. R. Simões (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. 1, pp. 45-65). Coimbra: Almedina.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The involving concept of subjective well being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology, 15*, 187-219.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being, 3*, 1-43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Duarte, M., & Paúl, C. (1994). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: Estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 1*, 17-29.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative, methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods, 9*, 466-491. Doi: 10.1037/1082-989X.9.4.466
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*, 39-50.
- Fontaine, R. (2000). *A Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl, & A. Fonseca (co-ord). *Envelhecer em Portugal* (pp. 285-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State Examination: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198.

- Friedemann, M., Montgomery, R., Maiberger, B., & Smith, A. (1997). Family Involvement in the Nursing Home: Family-Oriented Practices and Staff–Family Relationships. *Research in Nursing & Health*, 20, 527–537.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 203-214.
- Gaugler, J., Anderson, K., Zarit, S., & Pearlin, L. (2004). Family involvement in nursing homes: effects on stress and well-being. *Aging & Mental Health*, 8, 65–75.
- Güven, S., & Sener, A. (2010). Family Relations in Aging. *International Journal of Business and Social Science*, 1, 47-52.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12, 43 – 50.
- González, T., Andrade, A., & Veá, H. (2001). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Revista Cubana Medicina General Integrada*, 17, 418-22.
- Gordon S., Mutch W. J., & Whittick, J. E. (1997). Institutionalization risk amongst people with dementia supported by family careers in a Scottish city. *Aging & Mental Health*, 1, 339-345.
- Hammarström, G., & Torres, S. (2012). Variations in subjective well-being when ‘aging in place’- A matter of acceptance, predictability and control. *Journal of Aging Studies* 26, 192–203.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453. Doi: 10.1037/1082-989X.3.4.424

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 187-207.
- Inouye, K., Barham, E. J., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 582-592.
- Instituto de Segurança Social (s/d). *Manual de Processos Chave - Lar Residencial/Centro de Dia*. Lisboa: ISS.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *PRELIS2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K., G., & Sörbom, D. (2002). *LISREL8.53 for windows*. Chicago: Scientific Software International.
- Kahn, J. H., Hessling, R. M., & Russell, D. W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity?. *Personality and Individual Differences* 35, 5-17.
- Keefe, J., & Fancey, P. (2000). The care continues: Responsibility for elderly relatives before and after admission to a long term care facility. *Family Relations*, 49, 235-244.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- Lima, A., Silva, H., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12, 795-807.
- Lockenhoff, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging and health: The increasingly delicate balance between regulation emotions and making though choices. *Journal of Personality*, 72, 1395-1424. doi: 10.1111/j. 1467-6494.2004.00301.x
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brahler, E., & Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. *A systematic review. Age and Ageing*, 39, 31–38.
- Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34–44.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: revista da Faculdade de Letras do Porto*, 15, 275-288.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do Envelhecimento. In H. Firmino, (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 43-68). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Pavot, W. G., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Pereira, M., & Roncon, J. (2010). Relacionamento familiar em pessoas idosas: adaptação do índice de relações familiares (IFR). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11, 41-53.

- Pimentel, A. (2014). *Influência da saúde funcional subjectiva no envelhecimento bem-sucedido em idosos institucionalizados e comunitários*. Doutoramento em Psicologia. Universidade de Évora, Portugal.
- Pino, M., Ricoy, M., & Portela, J. (2009). Assesment of the process of ageing through life reports of elder people. *Interface - Comunicação, Saude, Educação*, 31, 369-82.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Qualls, S. (2000): Therapy with aging families: Rationale, opportunities and challenges, *Aging & Mental Health*, 4, 191-199.
- Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.
- Rosa, M. (1996). Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*, 139, 1183-1198.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Revision Psychology*, 52, 141-66.
- Rioux, L., & Werner, C (2011). Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology*, 31, 158-169.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-27.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: SAGE.

- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37, 364-71.
- Sener, A. (2011). Emotional Support Exchange and Life Satisfaction. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1, 79-88.
- Silva, H., Lima, A., & Galhardoni, R. (2010). Successful aging and health vulnerability: approaches and perspectives. *Interface - Comunicação, Saude, Educação*, 14, 867-77.
- Siqueira, M., & Padova, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180. Doi: 10.1207/s15327906mbr2502\_4.
- Schwartz, A., & Vogel, M. (1990). Nursing home staff and residents' families' role expectations. *The Gerontologist*, 30, 49-53.
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9, 461-477.
- Smith, J., & Baltes, P. B., (1997). Profiles of Psychological Functioning in the Old and Oldest Old. *Psychology and Aging*, 12, 458-472.
- Teixeira, I. N., & Neri, A.L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19, 81-94.
- Trydegård, G. B. (1998). Public long term care in Sweden: Differences and similarities between home-based and institution-based care of elderly people. *Journal of Gerontological Social Work*, 29, 13-34.

- Tomasini, S., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4, 88-102.
- Vaillant, G. E., & Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-70.
- World Health Organization (2002). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Whitaker, A. (2009). Family involvement in the institutional eldercare context. Towards a new understanding. *Journal of Aging Studies*, 23, 158–167.
- Zarit, S., Pearlin, L., & Schaie, K. (1993). *Caregiving Systems: Formal and Informal Helpers*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.



**Anexo I**  
**Pedido de Autorização para Aplicação dos Questionários**

*Exmo. Sr. Presidente da Associação (...)*

**Assunto:** Pedido de consentimento para a realização do Estudo “*Bem-estar subjetivo e percepção de suporte familiar em idosos institucionalizados*”.

Exmos. Senhores,

No âmbito da realização da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade de Évora, encontro-me a reunir uma amostra para um estudo no âmbito do Envelhecimento Bem-sucedido, mais especificamente sobre o “*Bem-estar subjetivo e percepção de suporte familiar em idosos institucionalizados*, com idades a partir dos 65 anos.

Deste modo, venho solicitar a V. Excelência o consentimento para a administração dos questionários em anexo, aos idosos e técnicos da instituição a que preside, sendo a participação voluntária, garantindo-se a confidencialidade dos dados e o seu uso exclusivo para efeitos de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Grata pela sua atenção,

A Aluna,

\_\_\_\_\_  
(Mafalda Chaves)

## Anexo II

### Termo de consentimento informado para a participação no Estudo

Eu \_\_\_\_\_ declaro aceitar participar voluntariamente no estudo realizado pela Dra. Mafalda Chaves, para a realização da sua tese de Mestrado pela Universidade de Évora. A minha participação incidirá sobre a resposta aos questionários. Estando assegurada a confidencialidade das respostas.

Abaixo assina

## Anexo III

### Questionário de Objectivação dos contactos familiares - LAR

**1. Idade:**

**2. Residência:**

**3. Sexo:** Feminino:  Masculino:

**4. Filhos:** Não:  Sim:  Nº:

**5. Outras figuras de referência:**

**6. Proximidade Geográfica dos Filhos:** 0 a 5 Km:  5 a 10 Km:  10 a 20 Km:  20 a 30 Km:  >30 Km:   
 > 100 Km:  Residente noutro País:  Não sei:

**7. Forma de contactos que tem com os seus familiares:** Pessoal/Visitas:  Internet:  Contacto Telefónico:  Carta:   
 Nenhuma:  Outra:  Qual:

**8. Frequência dos contactos:**

**8.1 Pessoalmente**

Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
Uma vez por ano	<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
No seu aniversário	<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>

**8.1.1. Tempo de visita:**

Suficiente:	<input type="checkbox"/>	Insuficiente:	<input type="checkbox"/>
< 30 min	<input type="checkbox"/>	30 a 60 min:	<input type="checkbox"/>
1 a 2 Horas	<input type="checkbox"/>	> 2 Horas	<input type="checkbox"/>
Um periodo do dia (Manhã ou Tarde)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Não sei	<input type="checkbox"/>		

**8.2 Telefonicamente**

Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
Uma vez por ano	<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
No seu aniversário	<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>

**8.3. Carta**

Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
Uma vez por ano	<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
No seu aniversário	<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>		

**8.4 Internet**

Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
Uma vez por ano	<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
No seu aniversário	<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>

**8.5 Outra forma de contacto**

Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
Uma vez por ano	<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
No seu aniversário	<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>

**9. Sidas com familiares:**

Frequentes	<input type="checkbox"/>	Inexistentes	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------	--------------------------

**9.1. Frequência:**

Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
Uma vez por ano	<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
No seu aniversário	<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>

**Obrigada pela sua colaboração.**

## Anexo IV

### Questionário de Objectivação dos contactos familiares – CENTRO DE DIA

**1. Idade:**

**2. Residência:**

**3. Sexo:** Feminino:  Masculino:

**4. Filhos:** Não  Sim  Nº

**4. Frequência de Centro de Dia:** Uma vez por semana  Quinzenalmente  Mensalmente   
Em apenas um periodo do dia  Diariamente

**5. Outras figuras de referência:**

**6. Reside com os filhos:** Não  Sim

**6.1. Se sim:** Composição do Agregado Familiar:

**6.2. Se não:** Proximidade Geográfica dos Filhos:

0 a 5 Km	<input type="text"/>	5 a 10 Km	<input type="text"/>	10 a 20 Km	<input type="text"/>	20 a 30 Km	<input type="text"/>	>30 Km	<input type="text"/>
> 100 Km	<input type="text"/>			Residente noutro País	<input type="text"/>			Não sei:	<input type="text"/>

**7. Forma de contactos que tem com os seus familiares:**

Pessoal/Visitas	<input type="text"/>	Contacto Telefónico	<input type="text"/>	Carta	<input type="text"/>
Internet	<input type="text"/>	Nenhuma:	<input type="text"/>	Outra:	<input type="text"/>
		Qual:	<input type="text"/>		

**8. Em caso de não residir, frequência dos contactos:**

**8.1 Pessoalmente**

Uma vez por semana	<input type="text"/>	Uma vez por mês	<input type="text"/>
Uma vez por ano	<input type="text"/>	Épocas Festivas	<input type="text"/>
No seu aniversário	<input type="text"/>	Férias	<input type="text"/>
Nunca	<input type="text"/>		

**8.1.1. Tempo de visita:**

Suficiente:	<input type="text"/>	Insuficiente:	<input type="text"/>
< 30 min	<input type="text"/>	30 a 60 min:	<input type="text"/>
1 a 2 Horas	<input type="text"/>	> 2 Horas	<input type="text"/>
Um periodo do dia (Manhã ou Tarde)	<input type="text"/>		
Não sei	<input type="text"/>		

**8.2 Telefonicamente**

Uma vez por semana	<input type="text"/>	Uma vez por mês	<input type="text"/>
Uma vez por ano	<input type="text"/>	Épocas Festivas	<input type="text"/>

**8.3. Carta**

Uma vez por semana	<input type="text"/>	Uma vez por mês	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	-----------------	----------------------

No seu aniversário  
Nunca

<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		

#### 8.4 Internet

Uma vez por semana  
Uma vez por ano  
No seu aniversário  
Nunca

<input type="checkbox"/>	Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		

#### 8.5 Outra forma de contacto

Uma vez por semana  
Uma vez por ano  
No seu aniversário  
Nunca

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		

Uma vez por ano  
No seu aniversário

<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>

Nunca

<input type="checkbox"/>
--------------------------

#### 9. Saídas com familiares:

Frequentes

<input type="checkbox"/>	Inexistentes	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------	--------------------------

#### 9.1. Frequência:

Uma vez por semana  
Uma vez por ano  
No seu aniversário

<input type="checkbox"/>	Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Férias	<input type="checkbox"/>

**Obrigada pela sua colaboração.**

## Anexo V

### Questionário para avaliação do Suporte Familiar no Meio Institucional - Auxiliares

**Cargo/Categoria Profissional:** \_\_\_\_\_

Numa escala de 0-5, sendo o 0 – nunca, 1 – raramente, 2- pouco, 3 – algumas vezes, 4 – frequentemente, 5 – sempre/diariamente, responda às questões nº 1,2,3,4. Todas as outras questões são de resposta livre.

1 – Qual a frequência de contactos que os utentes têm com as famílias?

\_\_\_\_\_

2 – Qual a frequência de visitas que os utentes têm das famílias?

\_\_\_\_\_

3 - Frequência de contactos com pessoas significativas para além do contexto familiar (por exemplo, amigos, vizinhos)?

\_\_\_\_\_

4 – Periodicidade das saídas dos utentes com família ou pessoas significativas?

\_\_\_\_\_

5 - É frequentemente verbalizado pelos utentes a necessidade de suporte familiar?

\_\_\_\_\_

6 - Horário de visitas?

\_\_\_\_\_

7 – Número permitido de visitas?

\_\_\_\_\_

8 – Espaços utilizados para as visitas?

\_\_\_\_\_

9 – Horário das saídas?

\_\_\_\_\_

10 – Disponibilidade de atendimento à família. Existem momentos de partilha de informação acerca do utente com a família?

\_\_\_\_\_

11 - Como Profissional, qual a sua opinião relativamente à importância do apoio Familiar no Bem-estar do idoso institucionalizado?

\_\_\_\_\_

12 – Refira o apoio mais frequente disponibilizado pelas pessoas que compõem a rede social do utente?

\_\_\_\_\_

13 – Como é que a instituição possibilita a manutenção destes contactos para além das visitas (contactos telefónicos, cartas, emails)?

\_\_\_\_\_

14 – A instituição recorre ao auxílio da família em que situações específicas?

\_\_\_\_\_

15 – Que tipo de actividades são realizadas tendo em vista a integração da família na instituição?

\_\_\_\_\_

16 – Qual a periodicidade de contactos que a instituição realiza com os familiares?

\_\_\_\_\_

17 – Em que situações a família é chamada no processo de tomada de decisão?

\_\_\_\_\_

18 – A família participa na elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual do Idoso? Em que moldes?

\_\_\_\_\_

## Anexo VI

### Questionário para avaliação do Suporte Familiar no Meio Institucional - Técnicos

**Cargo/Categoria Profissional:** \_\_\_\_\_

Numa escala de 0-5, sendo o 0 – nunca, 1 – raramente, 2- pouco, 3 – algumas vezes, 4 – frequentemente, 5 – sempre/diariamente, responda às questões nº 1,2,3,4.

Todas as outras questões são de resposta livre.

1 - Qual a frequência de contactos que os utentes têm com as famílias?

\_\_\_\_\_

2 – Qual a frequência de visitas que os utentes têm das famílias?

\_\_\_\_\_

3 - Frequência de contactos com pessoas significativas para além do contexto familiar (por exemplo, amigos, vizinhos)?

\_\_\_\_\_

4 – Periodicidade das saídas dos utentes com família ou pessoas significativas?

\_\_\_\_\_

5 - É frequentemente verbalizado pelos utentes a necessidade de suporte familiar?

\_\_\_\_\_

6 - Horário de visitas?

\_\_\_\_\_

7 – Número permitido de visitas?

\_\_\_\_\_

8 – Espaços utilizados para as visitas?

\_\_\_\_\_

9 – Horário das saídas?

\_\_\_\_\_

10 – Disponibilidade de atendimento à família (Frequência dos atendimentos e horários).

\_\_\_\_\_

11 - Como Profissional, qual a sua opinião relativamente à importância do apoio Familiar no Bem-estar do idoso institucionalizado?

\_\_\_\_\_

12 – Refira o apoio mais frequente disponibilizado pelas pessoas que compõem a rede social do utente?

\_\_\_\_\_

13 – Como é que a instituição possibilita a manutenção destes contactos para além das visitas (contactos telefónicos, cartas, emails)?

\_\_\_\_\_

14 – A instituição recorre ao auxílio da família em que situações específicas?

\_\_\_\_\_

15 – Que tipo de actividades são realizadas tendo em vista a integração da família na instituição?

\_\_\_\_\_

16 – Qual a periodicidade de contactos que a instituição realiza com os familiares?

\_\_\_\_\_

17 – Em que situações a família é chamada no processo de tomada de decisão?

\_\_\_\_\_

18 – A família participa na elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual do Idoso? Em que moldes?

\_\_\_\_\_





## Anexo VIII

### Análise das Dinâmicas Institucionais

	Contacto familiar	Horário de Visitas	Espaço visitas	Atendimento à família	Envolvimento familiar nas decisões	Envolvimento no PDI	Família e Instituição
Associação A	"O contacto é regular"; "É usual pedirem a companhia das famílias".	Alargado (manhã e tarde)	Todo, excepto áreas de serviço	Dias úteis	"Sempre que se justifique e no Desenvolvimento Biopsicossocial do utente" (sem especificar)	"No sentido em que estabelece a ponte com a instituição na partilha das rotinas, gostos e do historial de vida do utente".	Dias comemorativos
Associação B	"Verbalizado pelos utentes a necessidade de suporte familiar; "importante como estabilizador físico e emocional".	Alargado (manhã e tarde)	Restrito a sala de convívio	Dias úteis	Em situações de doença e em situação de alteração de rotinas.	Não há envolvimento.	Dias festivos e facebook.
Associação C	"Alguns utentes verbalizam bastante a sua falta"; "é sempre muito importante, porque ajuda na estabilidade emocional do idoso. O facto de este não se sentir abandonado é muito importante"	Bem definido (manhã e tarde)	Dois espaços. (Sala visitas e de convívio).	Dias úteis	Em situações de doença e falecimento.	"Partilha de informação sobre os gostos, hábitos e vida passada do utente".	Épocas festivas e convívios.
Associação D	"é fundamental no processo de acolhimento e na minimização dos efeitos da desraização"	Periodo de manhã e periodo da tarde.	Sala visitas, de convívio e quarto do utente.	Sempre que solicitado.	Em situações de saúde e alteração nas rotinas.	"Não existe. Acontece com a definição, em conjunto, das AVD'S/Saúde e animação."	Telefonemas e atividades comemorativas.
Associação E	"É verbalizado pelos utentes a necessidade de suporte familiar."	Das 8 às 19 horas.	Sala de estar e espaço exterior.	Sempre que solicitado.	Em alterações de comportamento e sempre que necessário.	Não existe.	Telefonemas, atividades comemorativas e facebook.
Associação F	"Nem sempre os utentes verbalizam a necessidade de suporte familiar, sendo, no entanto, algo que se revela "nas entrelinhas" e até na inadaptação ao lar."	Periodo da tarde.	Todo o espaço do utente.	Sempre que necessário.	"Ela é fundamental no processo de acolhimento inicial". Em todas as decisões.	Dá o seu parecer, opinião, informação sobre o utente. "Toma conhecimento, sugere e opina!"	Acolhimento inicial, "Projeto com as famílias"
Associação G	Não sentem que o idoso verbalize a necessidade de suporte familiar frequente.	"Livre"/Flexível.	Sala comum.	Sempre que necessário.	Na área da saúde, acompanhamento consultas, sempre que necessário.	Veículo de informação na recolha de dados.	Comemoração dos dias festivos.
Associação H	"Verbalizam de forma comum e frequente a necessidade de suporte familiar."	Periodo da tarde.	Sala, copa, espaço exterior.	Sempre que solicitado.	"Sempre que há decisões cruciais para o utente". Situações de doença, hospitalizações, situações problemáticas.	Veículo de informação na recolha de dados.	Telefonemas. Emails, cartas, Skype, dias festivos.



