

Introdução

Em Portugal, o número de idosos tem vindo a aumentar. Dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2008) mostram que, em 2007, o Índice de Envelhecimento atingiu os 114 idosos por cada 100 jovens, pelo que a população idosa constituía cerca de 17% da população portuguesa. Estimativas do Conselho da Europa indicam que em 2050 a população estará ainda mais envelhecida (in Fonseca, 2006).

Este aumento significativo do índice de envelhecimento, é um reflexo da melhoria das condições ambientais, medicinais e económicas (Baltes & Smith, 1997). Por um lado, estes progressos transportam dificuldades para a sociedade mas por outro lado, é a consequência visível do progresso (Amado, 2008) e um impulso para a criação de novos desafios para a restante população.

O aumento progressivo da esperança média de vida e as necessidades de mudança que ele acarreta, vêm enfatizar a urgência do estudo das redes de SS na população idosa, bem como a influência desta variável na qualidade de vida dos idosos. Indo ao encontro desta premissa, este estudo teve como objetivo analisar a influencia que o Suporte Social (SS) tem na relação entre a Saúde Funcional Subjectiva (SFS) e a Satisfação com a Vida (SV).

De um modo geral, este trabalho foi dividido em dois momentos fundamentais. O primeiro, referente ao enquadramento teórico: iniciou-se com uma síntese sobre o processo de envelhecimento populacional. Em seguida, foi apresentada a revisão de literatura dos constructos alvo de estudo, nomeadamente a SFS, aqui operacionalizada através da Capacidade Motora Percebida (CMP: Diniz, 2008; Pimentel & Diniz, 2012), a SV, como componente cognitiva do bem-estar subjectivo (BES). Por último, foi explorado o constructo SS e seus fatores, isto é, o Suporte Emocional (SE) e o Suporte Instrumental (SI), nas suas facetas Receber e Dar.

No segundo momento, com base na literatura, só foram testados os modelos de mediação do SI sobre a relação entre CMP e a SV que foram testados numa amostra de idosos, pelo recurso à modelação de equações estruturais. Foi possível concluir que existe um efeito positivo direto entre a CMP e a SV, e que o SI Dar e o SI Receber não exercem mediação na relação direta entre CMP e SV.

É importante conhecer e compreender a realidade da saúde e do envelhecimento da população portuguesa para promover novas e melhores abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidado.

1. Envelhecimento

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional, observado em todos os continentes.

O aumento do número de idosos está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. O envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da proporção da população idosa, na população total, seja como consequência da diminuição da população jovem, da população em idade ativa ou de ambas em simultâneo (Carrilho & Gonçalves, 2007).

O envelhecimento é encarado por uns, como um período de crescente vulnerabilidade e de maior dependência e por outros, como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade.

Há muitos séculos que o envelhecimento é alvo de discussão, já Cícero em 44 a.C., se debruçou sobre a temática do envelhecimento como fazendo parte do curso natural da vida.

Os investigadores desta área, procuraram estabelecer categorias que permitissem uma distinção dos processos de envelhecimento. Foram designados dois tipos de envelhecimento: envelhecimento primário e envelhecimento secundário (Busse, 1969). O envelhecimento primário está relacionado com as mudanças intrínsecas e irreversíveis decorrentes do envelhecimento. O envelhecimento secundário reporta às doenças associadas à idade mas reversíveis ou de prevenção possível. Mais tarde, foi acrescentado um terceiro tipo, o envelhecimento terciário, que diz respeito às mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice (Birren & Schroots, 1996).

Hoje em dia, o envelhecimento primário é designado por envelhecimento normal ou saudável, e o envelhecimento secundário por envelhecimento patológico.

Nesta exploração do conceito envelhecimento, é importante diferenciar a terceira da quarta idade (Neugarten, 1974). Uma primeira forma de o fazer, é baseada na população, a segunda forma é através dos critérios individuais. Assim na primeira, a transição da terceira para a quarta idade é feita quando 50% dos coortes (membros da mesma geração), já não estão vivos. De acordo com esta classificação, a transição da terceira para a quarta idade, nos países desenvolvidos, acontece entre os 75 e os 80 anos. Excluindo sujeitos que morreram mais cedo, a transição da terceira para a quarta idade ocorre quando 50% dos sujeitos com 50 ou 60 anos de idade estão vivos. Assim, a transição, nos países desenvolvidos, dá-se entre os 80 e os 85 anos (Baltes & Smith, 2003). Em Portugal, tendo em conta as características socioculturais da

população, será indicado utilizar os 80 anos como ponto de passagem da terceira para a quarta idade. A segunda forma de diferenciar a terceira da quarta idade, e como acima mencionado, é através dos critérios individuais. Trata-se de estimar a duração máxima do ciclo de vida de um indivíduo através de uma média populacional (Baltes & Smith, 2003).

Atualmente, considera-se que o ciclo-de-vida máximo de um indivíduo varia entre os 80 e os 120 anos de idade (Baltes & Smith, 2003). Ainda que a fronteira entre idade avançada e muito avançada não seja rígida, a terceira idade engloba idosos com idades compreendidas entre os 65 e 80 anos sensivelmente, e a quarta idade, idosos a partir dos 80 anos (Baltes & Smith, 1997, 1999). Para Amado (2008), a terceira idade é vista como fonte de celebração ao passo que a quarta idade é encarada como uma fase de declínio em que os ganhos diminuem ou são ausentes.

Muitos investigadores dedicaram-se ao envelhecimento formulando as mais diversas teorias. Neste trabalho apenas foram focadas duas: Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida e a Teoria da Seletividade Socio-emocional de Carstensen. A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida (Baltes, Saudinger & Lindenberger, 1999) tem como principal objetivo integrar duas abordagens, a holística centrada na pessoa e uma focal, centrada na função. A abordagem centrada na pessoa corresponde a uma perspetiva que vê a pessoa como um sistema e procura descrever um padrão global do desenvolvimento ao longo da vida. A abordagem centrada na função concentra-se numa categoria do comportamento (p.e. os traços de personalidade) e descreve as alterações dessa categoria ao longo da vida (Baltes, Saudinger & Lindenberger, 1999).

A ideia de que o desenvolvimento é um processo contínuo ao longo de toda a vida começou a ser estudada desde meados do século XX, por Paul Baltes (Baltes & Mayer, 1999). Com o desenrolar deste processo o indivíduo tende a necessitar de mais suporte e de um maior esforço para alcançar os mesmos resultados (Baltes & Smith, 1997; Amado, 2008).

A teoria da seletividade socio-emocional de Carstensen (Carstensen, 1991; Carstensen & Mikels, 2005; Löckenhoff & Carstensen, 2004) diz-nos que ao longo do ciclo de vida, os indivíduos são guiados por um conjunto de objetivos socio-emocionais. Ao longo do desenvolvimento, a hierarquização dos objetivos destes indivíduos altera de acordo com a fase do ciclo de vida, sendo então estrangida pelo tempo que os indivíduos ainda esperam viver.

Os idosos, ao se depararem com um futuro limitado, vivem objetivos de vida mais direcionados para o presente, apostando nas relações sociais mais significativas. Assim, vivem num esforço constante pelas relações de maior qualidade e proximidade (Amado, 2008), onde o suporte provido, decorrente da percepção que o idoso tem da própria capacidade motora, e o suporte recebido tem impacto na satisfação que os idosos sentem em relação à sua própria vida.

2. Saúde Funcional Subjetiva

O envelhecimento acarreta uma panóplia de implicações para o sujeito, principalmente ao nível da saúde.

Ao longo dos anos, o conceito saúde foi alvo de estudo por vários autores e como tal, sofreu crescentes evoluções. A definição de saúde é sensível a variáveis como o lugar, a época, os valores individuais, e as crenças religiosas e científicas de cada indivíduo (Scilar, 2007).

Do dualismo entre a mente e o corpo de Descartes, no século XVII, para a saúde como dependente de condições económicas de Louis René, em 1826 (Scilar, 2007), o conceito saúde adquire um consenso em Abril de 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), “a saúde é um estado físico, psicológico e social de completo bem-estar. Implica qualidade de vida, ausência de doença e de comportamentos de risco” (in Gomes, 2008). Contudo, esta definição da OMS também experienciou críticas pois transformou a saúde num ideal inacessível.

Segundo o modelo bio-psico-social, a saúde e a doença não são dois opostos. Elas são um continuum, multideterminadas por causas psicológicas, sociais, cognições, comportamentos e emoções (Engel, 1977).

Na população idosa, a saúde funcional é uma das componentes da saúde mais afetada (Staudinger et al., in Gomes, 2008) pois traduz consequências indesejáveis ao quotidiano do idoso.

Segundo Simões (2006) a saúde funcional é a capacidade de realizar tarefas da vida real (caminhar, tomar banho, vestir-se, comer, cuidar da higiene pessoal) sem auxílio de outrem.

Na prática, trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade. A incapacidade funcional remete para a dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida quotidiana ou mesmo pela impossibilidade do seu desempenho (Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003).

Estima-se que cerca de 10% da população mundial tenha algum tipo de incapacidade, 20% com mais de 70 anos e 50% com mais de 85 anos (WHO 2003, 2006).

A incapacidade tende a aumentar com a idade, os idosos que se situam na quarta idade são os que vivem com mais incapacidades (Chappell & Cooke, 2010).

Neste sentido, estudos indicam que a capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais. Sabe-se que o

estado de viuvez pode influenciar negativamente a capacidade funcional do idoso, por exemplo (Rosa et al.,2003).

Alguns estudos defendem que uma vida ativa pode ser capaz de manter por mais tempo a capacidade funcional do que uma vida inativa. Desta forma, a saúde funcional pode não coincidir com a saúde subjetiva isto é, com a percepção que o sujeito tem do seu estado de saúde (Rosa et al., 2003).

Os autores Smith, Borchett, Maier e Jopp (2002) afirmam que a distinção entre saúde funcional e saúde subjetiva pode ser feita através de um paralelismo entre qualidade de vida e bem-estar subjetivo (BES) ou seja, um indivíduo pode ter uma boa qualidade de vida mas sentir-se infeliz não possuindo, assim, um bom nível de BES.

Decorrente da variedade de sintomas que determinadas doenças suportam, os adultos idosos fazem diferentes avaliações sobre o seu bem-estar (Prohaska, Keller, Leventhat, & Leventhal, in Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002).

A saúde subjetiva pode diferir da saúde objetiva na medida em que, a primeira diz respeito à percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde. Enquanto um indivíduo pode desvalorizar a sua doença considerando-a como menos grave ou como tendo um menor impacto na sua vida, outro pode valorizá-la em demasia (Gomes, 2008).

Para Kaplan e Baron-Epel (2003), a saúde subjetiva envolve um complexo processo de comparação. A percepção do estado de saúde do adulto idoso, é influenciada pela comparação que ele faz a si, de si próprio e de seus pares. O idoso faz a comparação de acordo com o impacto que as suas limitações têm nas atividades que mais valoriza (Paúl & Fonseca, 1999).

Os aspetos do quotidiano influenciam a percepção que o idoso tem de si, difere de acordo com as hospitalizações a que foi sujeito, com a necessidade de consultas médicas, com as limitações sensoriais, com as doenças, entre outros (Chan, Pang, Ee, Ding, & Choo, 1998).

A saúde funcional e a saúde subjetiva são fortes preditoras do BES, sendo esta última considerada o preditor mais forte, seguido da satisfação com a situação financeira e satisfação com as relações sociais (Kunzmann, Little, & Smith, 2000; Smith, Borchett, Maier & Jopp, 2002; Simões, 2006).

Limitações visuais e auditivas, mobilidade reduzida e a perda de força, têm um impacto negativo nas avaliações de BE dos indivíduos (Smith, Borchett, Maier & Jopp, 2002). Por outro lado, emoções positivas estão associadas à redução do risco de

mortalidade sendo preditoras de maior esperança de vida (Diener & Chan, 2011; Smith, Borchett, Maier, & Jopp, 2002).

Não existe um consenso na forma como a variável SFS deve ser avaliada. Em redor deste constructo, existe um género de avaliação de cariz mais objetivo e outro de cariz subjetivo. As avaliações objetivas são tipos de teste de performance; (i) os que incorporam componentes físicas relacionadas com as atividades básicas, por exemplo apertar os atacadores, ou os botões da camisa; (ii) tarefas que simulem competências funcionais diárias; (iii) tarefas destinadas a testar atributos básicos ou habilidades, por exemplo medida de força de preensão (Spirduso, 1995). Como exemplos de testes destinados à avaliação física das pessoas idosas temos o "Functional Fitness Assessment" (Osness et al., 1987 in Taveira, 2010), o "Groningen Fitness Test for the Elderly" (Lemmink et al., 1994 in Taveira, 2010) é um projeto de avaliação da aptidão física desenvolvido na Holanda para adultos idosos a partir de 55 anos de idade; o "EUROFIT for adults" (Conselho da Europa, 1995 in Taveira 2010) aplicável prioritariamente a populações de adultos e idosos (18-65 anos); e o "Fullerton Functional Fitness Test" (Rikli & Jones, 1999 in Taveira, 2010), esta bateria de testes foi desenvolvida com o objetivo de providenciar uma forma de avaliar parâmetros fisiológicos chave que suportam os comportamentos necessários para a execução das tarefas do dia-a-dia e a mobilidade funcional em idosos (in Taveira, 2010).

Nas avaliações de cariz subjetivo, existem testes de auto retrato, como serve de exemplo o Questionário de Capacidade Motora Percebida (Diniz, 2008) que avalia funções como o equilíbrio, a força, e a motricidade, estando cada uma dela relacionada com dimensões como caminhar, tomar banho, vestir-se, comer e cuidar da higiene pessoal (Rosa et al., 2003; Walsh, Khatutsky, & Johnson, 2008).

A avaliação subjetiva é vantajosa pois permite ter acesso à vivência intrínseca do sujeito proporcionando de uma forma válida a avaliação da saúde do indivíduo (Kaplan & Baron-Epel, 2003; Martins, 2008).

Vários estudos afirmam existir uma relação entre a SFS e o BES, (Cho, Martin, Margrett, MacDonald, & Poon, 2011; Guindon & Cappeliez, 2010).

Outros estudos apontam para o facto de idosos (com mais de 65 anos) avaliarem a sua saúde de forma mais negativa do que adultos de meia-idade, mesmo quando controladas a saúde objetiva e outras variáveis sócio demográficas importantes (Levkoff, Cleary, & Wetle, in Staudinger, Fleeson & Baltes, 1999). Num estudo efetuado com idosos dos 65 aos 84 anos, verificaram que os participantes até

aos 74 anos têm melhor percepção da própria saúde do que os participantes mais velhos (Rodrigues & Leal, 2002 in Saudinger et al., 1999).

Em termos da variável gênero, estudos apontam que as mulheres apresentam sérias desvantagens nas capacidades funcionais e na SFS em comparação com os homens da sua idade. Ainda que os indivíduos do sexo feminino vivam mais anos, estes apresentam uma maior predisposição para sofrer de múltiplas doenças crônicas em comparação com os do sexo masculino (Smith et al., 2002).

Na 3ª idade as pessoas têm uma maior saúde funcional subjetiva e dão mais SI do que as pessoas na 4ª idade. Os idosos na 4ª idade recebem mais suporte instrumental e providenciam menos suporte emocional que os adultos idosos na 3ª idade, tendo em conta a influência da Saúde Funcional Subjetiva. Os homens idosos têm mais saúde funcional subjetiva e dão mais suporte instrumental enquanto as mulheres idosas dão e recebem mais suporte emocional. Por último, quanto melhor for a saúde funcional subjetiva, maior a receção de suporte emocional, e quanto pior for a saúde funcional subjetiva, maior a receção de suporte instrumental (Feijão, 2008).

3. Satisfação com a vida

A SV é considerada uma das dimensões do Bem-Estar (BE). Segundo Smith, et al., (2002), o BE diz respeito às avaliações cognitivas que os indivíduos fazem das suas vidas e dos seus sentimentos de alegria e tristeza associados às suas circunstâncias de vida.

O conceito BE tem duas perspectivas a ele associadas: o bem-estar eudemónico (que investiga o potencial humano), intitulado como Bem-Estar Psicológico (BEP) e o bem-estar hedónico (estado subjetivo da felicidade) definido como Bem-Estar Subjetivo (BES) (Ryan & Deci, 2001).

O BEP tem sido associado a formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e das capacidades para enfrentar os desafios da vida. Na sua constituição comporta componentes como a autoaceitação, o relacionamento positivo com outras pessoas, a autonomia, o domínio do ambiente, o objetivo da vida e o crescimento pessoal (Siqueira & Padovan, 2008). O BES remete à perspectiva hedónica do bem-estar (relacionada com o prazer e a felicidade) em detrimento da perspectiva eudemónica (caracterizada pela exigência de rentabilizar o potencial humano) (Deci & Ryan, 2008; Siqueira & Padovan, 2008; Ryan, Huta, & Deci, 2008).

Vários autores definem o BES como uma avaliação pessoal que cada sujeito faz acerca das suas experiências e vivências ao longo de toda a sua vida, associada a sentimento positivos (Diener & Lucas, 2000; Pinqart & Sörensen 2001; Silva, 2008). Tratam-se de avaliações cognitivas, compostas por domínios específicos de satisfação global com a vida mas também de avaliações conotadas com uma componente afetiva (afetos positivos e afetos negativos) (Diener, Lucas & Oishi, 2005). Nestas avaliações é incluída uma análise pessoal sobre a frequência com que se experimentam emoções positivas e negativas (Diener, 1984; Siqueira & Padovan, 2008), são reflectidas as expectativas, os valores, as emoções e as experiências prévias, bem como as reações às circunstâncias da vida dos sujeitos (Diener, Lucas & Oishi, 2005).

O BES é composto por duas dimensões: a dimensão cognitiva, respeitante a aspectos racionais, também referida como a SV, e a dimensão afectiva respeitante a componentes mais emocionais (Afectos Positivos e Afectos Negativos) (Giacomoni, 2004; Siqueira & Padovam, 2008). Estas duas componentes apesar de serem consideradas na literatura de modo separado, coexistem em simultâneo, no dia-a-dia dos indivíduos (Silva, 2008).

Nas investigações de Albuquerque e Tróccoli (2004) e Diener (2000) verificou-se que os indivíduos que apresentam um BES positivo são aqueles que experienciam

mais emoções positivas do que negativas e que, com maior frequência, fazem avaliações satisfatórias sobre a sua vida em geral.

Citando Novo (2003, p.23), o BES “identifica os aspetos cognitivos (satisfação) e afetivos (felicidade) implicados na avaliação subjetiva da existência pessoal, isto é, identifica o que as pessoas pensam e sentem sobre as suas vidas”.

A dimensão cognitiva do BES, SV, diz respeito às autoavaliações e aos juízos (globais ou específicos) que o indivíduo faz da sua vida (Diener, 2000; Villar, Triadó, Resano, & Osuma, 2003). Trata-se de uma avaliação subjetiva respeitante ao passado, presente ou futuro (Amado, 2008). Estudos indicam quatro fortes preditores de SV, a saber, a SFS, o SS, o balanço emocional e o locus de controlo (Abu-Bader, 2003).

Decorrente da necessidade de conseguir medir o sucesso no envelhecimento, foram criados instrumentos que permitissem essa avaliação. Neste sentido, Neugarten, Havighurst e Tobin (1961) elaboraram o Índice de Satisfação com a Vida (ISV) (in Amado, 2008). Atualmente, o ISV surge como um dos instrumentos mais utilizados, na área da gerontologia, para avaliar a componente cognitiva do BES. O indivíduo satisfeito com a sua vida será aquele que avalia todas as (cinco) dimensões da SV de um modo positivo (tira prazer das atividades quotidianas; considera a sua vida positiva e a aceita como sendo da sua responsabilidade; acredita que conseguiu alcançar os seus objetivos; tem uma imagem de si-próprio positiva e agradável; e, é bem-humorado e otimista quanto à sua vida) (Diniz, Gouveia & Amado, 2011).

De acordo com a literatura, os fatores que surgem como, significativamente, relacionados com o BES dos idosos são, a saúde (especificamente a saúde subjetiva), a religião (devido ao significado que confere à vida e ao sentimento de pertença e de segurança que transmite) e o estado civil (nomeadamente a condição de casado) (Fernandez-Ballesteros, 1999; Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Novo, 2003).

Diversos estudos indicam que os idosos não se mostram menos satisfeitos com a vida em relação aos outros grupos etários, apesar dos problemas de saúde, problemas financeiros, entre outros demais problemas (Neto, 1999).

Quanto à variável idade e a SV, observam-se algumas contradições. Na grande maioria dos estudos (Diener et al. 1999; Pavot & Diener, 2004; Villar et al., 2003) conclui-se que a SV é a dimensão mais estável do BES e que tende a aumentar, ou pelo menos a não diminuir, com o avançar da idade. No entanto, estudos recentes (Mroczek & Spiro, in Bishop, 2006) sugerem precisamente o contrário, afirmando que

a SV diminui depois dos 65 anos, e que o nível de SV é tanto menor quanto mais velhos forem os idosos.

Em relação ao gênero, é possível encontrar diferenças entre homens e mulheres nos níveis de BES. Prevê-se que os seus níveis de BES sejam mais reduzidos nas mulheres do que nos homens da sua idade (Pinquart & Sörensen, 2001). As mulheres tendem a viver mais anos o que aumenta a probabilidade de viuvez, têm mais problemas de saúde, vivendo mais anos com incapacidade e dependentes da ajuda de terceiros (Pinquart & Sörensen, 2000) variáveis fortemente relacionadas com o BES (Kunzmann, Little & Smith, 2000; Smith et al., 2002).

4. Suporte Social

O Homem é um ser social por natureza. No entanto, grande percentagem de idosos vive só, ou porque perderam o/a companheiro/a de toda a sua vida (solidão emocional), ou porque perderam os amigos que foram falecendo (solidão social). Decorrente deste isolamento, do fraco suporte ao nível das relações familiares e da fraca sociabilidade, é uma população que se caracteriza pela vulnerabilidade social (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Estudos de Russell, Peplau e Cutrona (1980) e Wheeler, Reis e Nezlek (1983) indicam que a qualidade do relacionamento interpessoal relaciona-se mais negativamente com a solidão do que a sua quantidade. Assim, os recursos providenciados pelas relações interpessoais têm um importante papel no modo adaptativo de funcionamento saudável do sujeito (Sarason, Sarason, & Gurung, 2001), já que a exposição deste a dificuldades específicas da etapa do ciclo-de-vida em que se encontra (e.g., reforma, abandono do lar pelos filhos, problemas de saúde, perda do cônjuge ou amigos próximos) exige um grande esforço adaptativo.

Decorrente do progressivo aumento da esperança média de vida e das mudanças inerentes, o estudo das redes de SS e dos fatores que ameaçam a disponibilidade deste recurso, mostra-se considerável.

Vários autores dedicaram-se ao estudo do SS. Gottlieb (1978) define vinte e seis categorias comportamentais de suporte, organizadas em quatro classes: (1) sustentação emocional; (2) resolução de problemas; (3) influência pessoal indireta; e (4) intervenção face ao meio. Face a esta perspetiva, Lin (1986), desenvolve mais três níveis de ligação com o meio: (1) sentimento de pertença, (2) de ligação e de (3) compromisso. Barrera e Ainley (in Barling, MacEwen & Pratt, 1988), por sua vez, organizam o SS em seis tipos categorias: (I) material; (II) suporte comportamental; (III) interação privada; (IV) aconselhamento; (V) feedback; e (VI) interação social positiva. House (1981) propõe que o SS seja um conjunto de transações interpessoais envolvendo: (1) as preocupações a nível emocional (simpatizar, gostar ou amar), (2) a ajuda instrumental, (3) a informação (sobre o meio envolvente) e (4) o reconhecimento (informação relevante para uma autoavaliação). Refere que todo este conjunto de interações pode ser realizado pelas pessoas mais próximas (cônjuge, amigos, parentes, vizinhos) e/ou colegas de trabalho, prestadores de cuidados entre outros. O SS é “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Levine, Basham & Sarason, 1983). Sarason, Dunst e Trivette, citados por Ribeiro

(1999), sugerem a existência de cinco componentes de SS interligados: (1) constitucional, que inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente; (2) relacional, que inclui o estatuto familiar e profissional, o tamanho da rede social e a participação em organizações sociais; (3) funcional, que inclui os tipos de suporte disponível, a qualidade e a quantidade de suporte, bem como o desejo de apoiar; (4) estrutural, que inclui a proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade, consistência; e (5) satisfação.

Para Dessen e Braz (2000), o SS é um conceito dinâmico, no sentido da variabilidade individual, das situações e do tipo de interações; e complexo por se ligar à personalidade, ao estado civil, à estrutura familiar, à cultura, à educação e à política do momento.

A disponibilidade da família ou de um qualquer parente, assim como a frequência de contacto social ou de apoio instrumental e emocional é menos importante do que a percepção do indivíduo e a avaliação que faz desses contactos sociais (Baltes & Mayer 1999, Grundy, Bowling, & Farquhar 1996, Gurung, Taylor, & Seeman 2003).

O SS inclui tanto as características estruturais das redes sociais individuais (contexto social onde se desenrolam as interações sociais) como aspetos funcionais das relações sociais entre os membros de um grupo - provisões de afeto e trocas de recursos, informações, bens ou serviços (Fernández-Ballesteros, 1999).

Nesta investigação, vamos estudar o constructo SS como um processo de trocas, de dar e receber, dividindo-o em dois tipos de Suporte: o Instrumental (SI) e o Emocional (SE) (House, 1985).

De um modo geral, o SE provê a manifestação de carinho e preocupação pelo provedor de suporte, atitudes de compromisso e envolvimento com os conflitos, preocupações, raivas e angústias do recetor; o SI provê o dinheiro, objetos, tempo, trabalho, conselhos, sugestões e informações (in Strazdins & Broom, 2007), são exemplos de SI, as tarefas domésticas, providenciar transporte a um dado local, fazer as compras para a casa, entre muitas outras formas de apoio.

As conclusões relativas ao efeito do SS no BES, mantêm-se instáveis. Há estudos que indicam que maiores níveis de atividade e envolvimento social levam a um maior BES e saúde (Baker, Cahalin, Gerst, & Burr, 2005; Cobb, 1976; Fast, Keating, Otfinowski, & Derksen, 2004; Lang & Baltes, 1997; Litwin & Shiovitz- Ezra, 2006; Nezek, Richardson, Green, & Schatten-Jones, 2002) mas também, que largas redes sociais podem contribuir para o aumento nos níveis de ansiedade (Antonucci,

Akiyama, & Lansford 1988; Brown & Lowis, 2003; Haines & Hurlbert, 1992; Israel & Antonucci, 1987).

Como efeitos benéficos do SS a adultos idosos podemos salientar a moderação de stresse face a experiências de vida; o aumento da autoestima e sentimento de segurança ao ser amado, assistido e cuidado por outros; e o aumento do sentido de controlo pessoal. Como efeitos negativos, os estudos evidenciam a falta de autoestima, insatisfação, stresse e depressão resultantes do reconhecimento da dependência, falta de autonomia, incapacidade de retribuir ajudas, sentimento de ser um fardo para os outros e necessidade de suporte financeiro (Commerford, & Reznikossff, 1996; Ramos, 2002; Hogan, Eggebeen, & Clogg, 1993; Cockerham, 1990; Feijão, 2008).

Uma vez sendo as relações de amizade voluntárias, estas apresentam maiores níveis de reciprocidade do que as relações de parentesco, dado o carácter de obrigação que as move. Por exemplo, se um adulto idoso recebe mais ajuda instrumental do que dá, pode levar a efeitos negativos na saúde mental, mas, se necessita de ajuda financeira dos filhos, percebe-a-o, geralmente, como uma justa compensação pelos anos de atividades não retribuídas (Ramos, 2002).

No entanto, não é o tamanho ou estrutura da rede social mas a qualidade das transações (suporte oferecido e recebido) que vai condicionar a saúde física e mental (Gurung, Taylor, & Seeman, 2003).

Efetivamente, o SI encontra-se relacionado com a CMP. As múltiplas doenças físicas, incapacidades funcionais (dificuldades em ver, ouvir ou deslocar-se) e perdas sociais que caracterizam a quarta idade têm grande probabilidade de influenciar a saúde funcional e as rotinas do dia-a-dia, impondo constrangimentos na participação e contatos sociais, importantes fontes de afeto. Smith, Borchelt, Maier e Jopp (2002), relativamente a uma amostra do *Berlin Aging Study* (BASE: Baltes & Mayer, 1999), referem que entre os adultos idosos com mais de 85 anos, 60% das mulheres e 32% dos homens precisam de assistência para tomar banho, 81% das mulheres tinham dificuldade em ir às compras e 84% não conseguiam usar transportes públicos.

Por outro lado, o SI também tem um carácter de influencia sob o BES pois a redução do peso que as funções domésticas possuem, vai permitir que a pessoa alvo do auxílio, tenha mais tempo para realizar atividades que possam ser do seu agrado, como passatempos, por exemplo (Wills, 1985). Ainda em relação ao SI, também Argyle e Furnham (1983) entenderam-no como importante fator para a satisfação, sobretudo conjugal. Respeitante ao SI Dar, Constança Paúl (1999) explora a questão

do paternalismo vs autonomia nas relações entre filhos e pais idosos como indutor de menor bem-estar e satisfação de vida, se não mesmo de precipitação do declínio cognitivo dos idosos. Por outro lado, Teresa Guedea (2006) afirma que o apoio provido revela um nível satisfatório de autonomia, sendo por isso um moderador do bem-estar dos idosos.

Os progressos em torno do conceito SS proporcionou a criação de instrumentos de medida concretos. É possível uma organização em três categorias: (1) medidas da rede social que acedem ao enraizamento do indivíduo num dado grupo social (e.g., Sherbourne & Stewart, 1991); (2) medidas que acedem na quantidade de apoio fornecido num período de tempo específico (e.g., Lin, 1986); e (3) medidas que acedem na perceção intrínseca de apoio disponível quando este é necessário (e.g., Craig, Lynch, & Quartner, 2000), existindo ainda outros instrumentos que incidem na avaliação da função que o suporte tem para o indivíduo (Sarason & Duck, 2001).

Nesta investigação, foi utilizado o Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE; Diniz, 2007a). Trata-se de uma prova resultante da revisão de literatura na área, do conteúdo de certos itens da Escala de Suporte Relacional Extra Universitário (ESREU; Diniz & Pinto, 2006), do estudo sobre as contribuições de dar suporte instrumental para a longevidade do provedor de apoio (Brown et al., 2003 in Feijão, 2008) e de reflexões de psicólogos, investigadores na área da gerontologia, decidindo acerca da dimensionalidade do domínio em análise (constructo e população-alvo) e da abrangência dos indicadores para o representar (conteúdo e números de itens) (Feijão, 2008).

À medida que a idade aumenta, o suporte provido diminui. Adultos quinquagenários dão mais suporte do que recebem, enquanto adultos idosos dão e recebem quantidades idênticas de apoio (este decréscimo decorre das limitações físicas e necessidades emocionais características da idade).

Segundo Antonucci, citado por Gurung et al., (2003), as pessoas estão motivadas a manter o tamanho da sua rede social à medida que envelhecem, apesar das mudanças que podem ocorrer na sua constituição.

As mulheres têm redes sociais maiores e mais multifacetadas, percebem melhor a disponibilidade de suporte, dão mais suporte e têm melhores capacidades interpessoais do que os homens. Elas dão e recebem mais apoio ao longo da vida retirando mais benefícios das interações na rede social (Antonucci, Haden, in Rabelo & Neri, 2005).

5. Formulação do Problema de Investigação

No presente estudo, a avaliação da SFS é operacionalizada através da CMP. Neste sentido, optou-se pelo fator SI em vez do SE, já que no conjunto de construtos em estudo se acredita que o primeiro é mais adequado.

Partindo do fato de que a CMP influencia a dimensão cognitiva do BES, a SV, (Gomes, 2008) e que o SI se relaciona com estas duas variáveis individualmente (Gracia & Herrero, 2004; Wills, 1985), o objetivo deste estudo prende-se em verificar que influencia tem o SI Dar e SI Receber, na relação entre a CMP e a SV numa amostra de idosos (Figura 1).

Assim, neste modelo são estabelecidas relações diretas entre a CMP e a SV, entre a CMP e o SIDar, entre os SI Dar e a SV, entre CMP e SI Receber, entre o SIReceber e SV. As relações indiretas estudadas estabelecem-se entre os construtos CMP e SV com SIDar e SIReceber como construtos mediadores (independentes).

À luz das relações acima mencionadas entre os construtos, espera-se que a CMP tenha uma influência direta e estatisticamente significativa sobre a SV. Assim, níveis elevados de CMP traduzem-se em níveis elevados de SV. Esperamos que esta relação direta se faça sentir também entre a CMP e o SI Dar. Níveis elevados de CMP traduzem-se em níveis elevados de SI Dar enquanto níveis reduzidos de CMP traduzem-se em níveis elevados de SI Receber.

É esperado, ainda, que principalmente o SI Receber exerça uma influência direta sobre a SV. Desta forma, níveis elevados de SI Receber refletem-se em níveis elevados de SV.

Espera-se ainda que o SI Receber exerça um efeito indireto sobre o efeito direto entre a CMP e a SV (Figura 1).

O objetivo desta investigação é o teste do Modelo de Mediação do SI Dar e SI Receber no Efeito da Capacidade Motora Percebida sobre a Satisfação com a Vida, uma vez que, decorrente da revisão de literatura estabelecida, a relação entre estas três variáveis ainda não foi explorada.

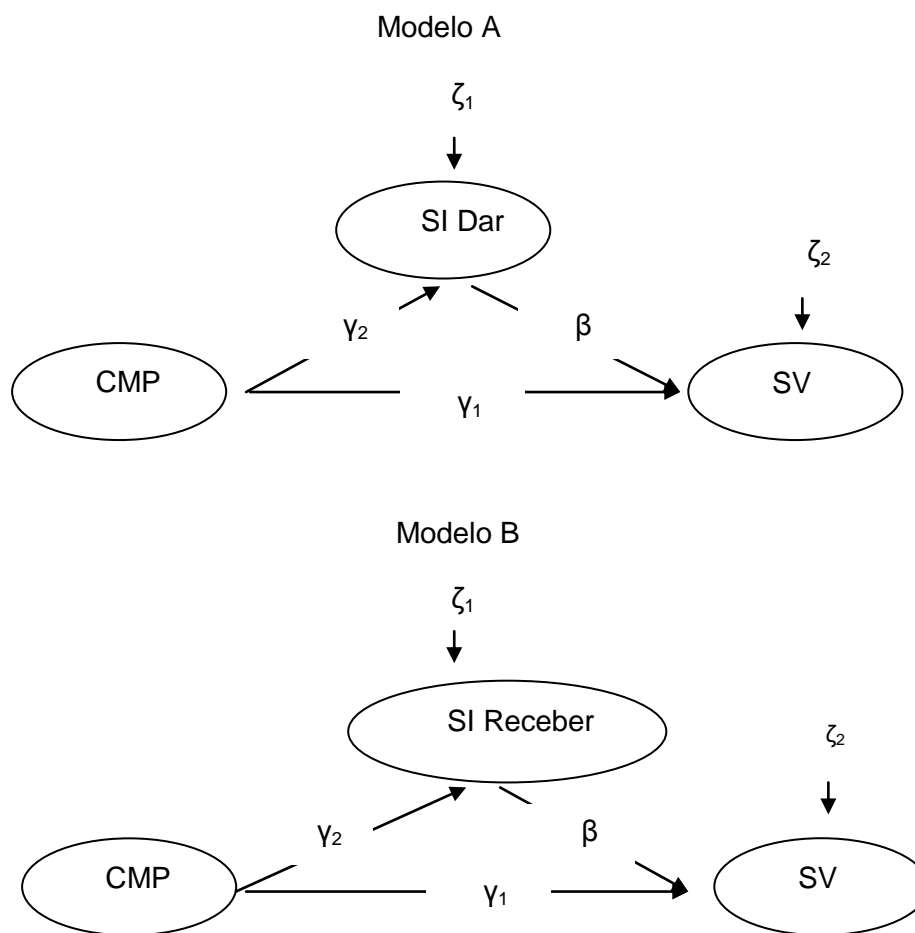


Figura 1. Modelo de Mediação do SI Dar e do SI Receber na relação da CMP sobre a SV: diagrama conceitual. CMP = Capacidade Motora Percebida; SI Dar = Suporte Instrumental Dar; SI Receber = Suporte Instrumental Receber; SV = Satisfação com a Vida. γ_i = efeitos diretos da variável latente endógena CMP, ou preditor latente nas variáveis latentes exógenas, ou critérios latentes, SI Dar, SI Receber e SV; β = efeito direto entre os dois critérios latentes; $\gamma_2 \times \beta$ = efeito indireto da CMP sobre a SV; ζ (resíduo estrutural) = quantidade de variância dos critérios latentes não capturada pelo mediador latente.

6. Método

6.1. Participantes

O presente estudo foi constituído por uma amostra total de 406 idosos não institucionalizados, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos (*Mdn*= 73), pertencentes ao meio urbano e sem indício de demência (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994) nem depressão (GDS-15; Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986). Os participantes pertenciam, maioritariamente, ao sexo feminino (58.9%). Verificou-se, ainda, que 11.6% dos idosos não tinham qualquer nível de escolaridade, 61.6 % tinham uma escolaridade equivalente ao primeiro ciclo do ensino básico, 16.7% ao segundo e terceiro ciclo, 5.2% ao ensino secundário e 4.9% equivalente ao ensino superior ou mais. Cerca de 29.6% dos idosos afirmaram viver só.

6.2 Instrumentos

MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994). O MMSE é uma prova que avalia o estado mental dos sujeitos. É constituída por 11 questões, pontuadas numa escala dicotómica (certo/errado), que avaliam cinco áreas da função cognitiva (orientação, memória, atenção e cálculo, evocação e linguagem). A pontuação máxima é de 30 pontos. São geralmente indicadoras de limitações cognitivas as pontuações abaixo de 15 pontos, para sujeitos analfabetos, abaixo de 22 pontos para sujeitos com até 11 anos de escolaridade, e abaixo de 27 pontos para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos. No presente estudo, a prova foi utilizada como prova de rastreio.

GDS-15 (Diniz, 2007a; Sheikh & Yesavage, 1986). É uma escala constituída por 15 questões pontuadas numa escala dicotómica (sim/não). Uma pontuação superior a cinco pontos sugere depressão conduzindo a um encaminhamento para avaliação e acompanhamento do caso. Uma pontuação superior a 10 pontos é quase sempre indicadora de depressão. No presente estudo, a prova foi utilizada como prova de rastreio, sendo que, o ponto de corte utilizado foi a pontuação superior a 10 pontos.

QCMP (Diniz, 2008, Pimentel & Diniz, 2012). É um questionário que avalia a capacidade percebida para realizar tarefas motoras básicas envolvidas no desempenho das atividades quotidianas, como o equilíbrio, a força e a motricidade, cada uma delas relacionada com dimensões como caminhar, vestir-se, comer, tomar banho, cuidar da higiene pessoal e transferibilidade. É um questionário unidimensional composto por seis itens pontuados numa escala tipo-Likert de zero (péssima) a seis (perfeita).

QSIE (Diniz, 2007a). É um questionário tetra fatorial composto por 24 itens organizados aleatoriamente. Os itens 2, 6, 16, 18, 19, 20, 21 pertencem ao fator Suporte Emocional Dar (SE Dar); os itens 3, 5, 8, 10, 11, 13, 15 e 24 pertencem ao factor Suporte Emocional Receber (SE Rec); os itens 1, 7, 14 e 22 pertencem ao fator Suporte Instrumental Dar (SI Dar); e, os itens 4, 9, 12 e 17 pertencem ao fator Suporte Instrumental Receber (SI Rec). Os itens tem uma escala de resposta Likert que varia entre (1) “discordo totalmente” e (5) “concordo totalmente”. As respostas aos itens são dadas com base nos últimos doze meses que se precederam à realização do questionário. No presente estudo só foram utilizados os fatores relativos ao SI.

ISV-A (Diniz, Amado, & Gouveia, 2011). Trata-se da versão portuguesa da Life Satisfaction Index-A (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961). A prova é constituída por 20 itens, completando cinco fatores: Prazer, Sentido e Aceitação, Congruência, Autoconceito positivo e Tonalidade do Humor. Em termos de cotação, a escala de resposta aos itens é ordinal de três pontos: (1) “concordo”; (2) “não tenho a certeza”; (3) “discordo”, sendo que a cotação final baseada no total de respostas positivas dadas pelos sujeitos. Esta versão Portuguesa apresenta-se sob a forma de um modelo unifatorial da SV com um total de sete itens, pertencentes a três dos fatores do LSI-A: Prazer (item 7); Autoconceito (item 10) e os restantes (itens 3, 4, 5, 6, 18) pertencentes à Tonalidade do Humor.

6.3. Procedimento

6.2.1. Recolha de dados. Partiu-se de um total de 436 idosos, sendo que 16 foram eliminados da amostra por apresentarem défice cognitivo, 13 por apresentarem depressão (pontuação superior a 10 pontos) e um desistiu aquando da aplicação das provas, perfazendo um total de 406 sujeitos. A amostra foi selecionada através de processos não probabilísticos de amostragem (de conveniência, intencional via informantes privilegiados e intencional tipo-snowball). Do total da amostra, 47 participantes foram provenientes da recolha de dados realizada pelo autor.

A amostra foi selecionada em locais públicos em que, normalmente, se podem encontrar idosos: jardins, juntas de freguesia, farmácias, correios e centros de dia (amostragem de conveniência). Nos centros de dia, foi pedida autorização prévia para a realização do trabalho, através da entrega de uma carta de consentimento informado dirigida ao(à) respetivo(a) diretor(a). Concedida a permissão para recolher os dados, o(a) diretor(a) e/ou os funcionários (informantes privilegiados) disponibilizaram informação a respeito dos idosos que poderiam participar no estudo. Atendendo a este

procedimento, a amostragem nos centros de dia também teve um caráter intencional. Recorreu-se, ainda, à amostragem intencional tipo-snowball (Atkinson & Flint, 2001). De modo a minimizar o viés que cada uma delas pode acarretar, foi seguida uma estratégia de triangulação de técnicas de amostragem não probabilística, existindo uma maior probabilidade de correspondência entre as características da nossa amostra com as características da população a estudar.

Antes de se iniciar a recolha de dados, os participantes foram devidamente esclarecidos acerca do objetivo de estudo sendo-lhes garantido o anonimato e o caráter voluntário da participação. Foi assinada uma carta de consentimento informado na qual constavam todas estas informações relevantes.

A recolha dos dados foi realizada sob a forma de entrevista individual, tendo em conta aspetos de ordem instrumental e ético-deontológica (Diniz & Amado, 2011). Durante o processo de recolha foram tidos em conta vários cuidados. Considerando as particularidades da amostra, assim como para minimizar possíveis riscos de enviesamento, foi feito o treino prévio dos entrevistadores; a recolha dos dados foi feita (sempre que possível) na parte da manhã devido aos efeitos do ritmo cardíaco (Li, Hasher, Jonas, Rahhal, & May, 1998); não se realizaram entrevistas em alturas festivas (Natal, Passagem de Ano, Páscoa), durante uma semana antes e depois da data em questão, nem aquando de acontecimentos circunstanciais negativos, tais como doença, morte de pessoas próximas ou aniversário do sujeito (Diniz & Amado, 2011). Indivíduos cujo parceiro tenha falecido há menos de 6 meses não foram incluídos, devido ao grande impacto que a perda do cônjuge pode ter no bem-estar dos mesmos (Peters & Liefbroer, 1997).

Na presente investigação, utilizou-se primeiramente um questionário sociodemográfico. Depois, através da aplicação do MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994) foi possível excluir os participantes com défice cognitivo. Para verificar a ausência de depressão foi aplicada uma versão portuguesa da GDS-15 (Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986) excluindo todos os participantes com resultados indicadores de depressão. Sempre que os idosos apresentavam pontuações superiores aos pontos de corte para cada uma destas provas, foi aconselhado o acompanhamento do caso.

Por último, para analisar as variáveis de interesse no estudo, recorreu-se ao QCMP (Diniz, 2008, Pimentel e Diniz, 2012), o ISV-A (Diniz, Amado, & Gouveia, 2011) e o Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE; Diniz, 2007a). Estes três

instrumentos foram aleatoriamente aplicados, a fim de evitar efeitos de halo induzidos pela sequência de apresentação das provas.

Os questionários foram todos hétero-administrados devido ao baixo nível de instrução da população idosa portuguesa (Instituto Nacional de Estatística, 2002), a eventuais problemas de saúde funcional e a razões de ordem ético-deontológica detalhadamente descritas por Diniz e Amado (2001) ainda que conscientes, de que este procedimento pode implicar o risco de enviesamento nas respostas devido a efeitos de desejabilidade social (e.g., Mucchielli, 1979).

No decorrer das entrevistas, alguns idosos foram tecendo comentários e reações relativamente às provas, aos itens e à dificuldade em situar e optar por uma resposta das escalas. Foi tida especial atenção aos sinais de alerta como o cansaço, dificuldades de compreensão ou relutância em abordar determinados temas. Este procedimento permitiu detetar eventuais fontes de enviesamento, bem como encontrar possíveis explicações para os resultados obtidos.

6.2.2. Análise de dados. Para efetuar a descrição das características dos participantes foram introduzidos os dados no programa *Statistics for Windows (version 18.0)*. Os valores omissos nas provas com resposta tipo-Likert foram substituídos pelo valor da mediana obtida para o conjunto da amostra, enquanto os itens negativamente conotados foram recodificados (pontuações invertidas).

Com o *PRELIS 2* (Jöreskog & Sörbom, 1999), calculou-se a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas das distribuições contínuas latentes dos dados, selecionados por $m-1$ limites distribucionais (m = número de opções de resposta observado) (Jöreskog & Sörbom, 2002). Esta matriz foi lida e trabalhada pelo *LISREL*, recorrendo à linguagem *SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993), através do método de estimação de mínimos quadrados diagonalmente ponderados (*DWLS; Diagonally Weighted Least Squares*) que envolve o *Satorra-Bentler scaled chi-square* ($S-B\chi^2$; Satorra & Bentler, 1994). Esta técnica é apropriada para testar modelos com variáveis categoriais ordinais (Flora & Curran, 2004).

Acerca do ajustamento dos modelos, consideraram-se os valores do qui-quadrado relativo (χ^2/gf), que deve ser menor do que 3.00 (Kline, 2005), do comparative fit index (CFI; Bentler, 1990) que deve ser próximo ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1998) e do root mean square error of approximation (RMSEA; Steiger, 1990), com valores inferiores a .08 para indicar um ajustamento aceitável e valores inferiores a .05 para indicar um bom ajustamento

(Browne & Cudeck, 1993). Mais recentemente, num estudo de simulação, Hu e Bentler (1999) apontam para um valor próximo ou inferior a .06 como indicador de um bom ajustamento.

Para o teste dos modelos foi utilizado o *LISREL 8.53* (Jöreskog & Sörbom, 2002). O tratamento dos resultados foi feito com recurso a um processo bietápico (Anderson & Gerbing, 1988; Jöreskog & Sörbom, 1999).

Recorrendo à solução estandardizada, procedeu-se ao teste dos modelos de medida para apreciar acerca da sua validade estrutural e da validade discriminante (VD), através da análise fatorial confirmatória (AFC), bem como da apreciação da validade convergente (VC) e da fiabilidade compósita (FC). A VD é calculada através do quadrado da correlação desatenuada (ϕ) entre os fatores (variância partilhada), a qual deve ser inferior à variância média extraída (VME) de, pelo menos, um dos fatores em apreciação. A VC é apreciada a partir da VME, que deve apresentar valores iguais ou superiores a 50% (Fornell & Larcker, 1981), enquanto a fiabilidade deve apresentar valores superiores a 70% (Nunnally & Bernstein, 1994).

As modificações realizadas nos modelos atenderam à quantidade de variância do item capturada pelo respetivo fator (R^2), considerando que ela deveria ser superior a .16. Nestes casos, os itens foram excluídos. Noutros casos, houve necessidade de acrescentar nos modelos covariâncias de erro entre pares de itens. Para isso recorreu-se aos valores da matriz de resíduos estandardizados, considerando aqueles que apresentaram valores superiores a 2.58 ($p < .01$).

A solução não estandardizada do modelo da Figura 1 foi utilizada para examinar as suas relações estruturais. A expressão $\Delta z = (\gamma_{(3)} - \gamma_{(1)}) / \text{raiz quadrada} [(EP_{(3)}^2 + EP_{(1)}^2)/2]$ foi utilizada para apreciar a mediação do SIDar/SIReceber na relação de predição entre as CMP e SV. Nesta expressão: $\gamma_{(3)}$ = efeito total não estandardizado (igual ao efeito direto não estandardizado) das CMP sobre SV; $\gamma_{(1)}$ = efeito direto não estandardizado das CMP sobre a SV, com $EP_{(3)}$ e $EP_{(1)}$ como os respetivos erros padrão. Um teste estatístico Δz superior a 1.96 indica que os efeitos em comparação diferem a um nível de significância de $p < .05$.

7. Resultados

7.1. Estudos dos Modelos de Medida

7.1.1. Validade Estrutural do Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP). Os resultados da validade estrutural do modelo do QCMP, modelo unifatorial com 6 itens, mostraram que o modelo testado estava bem ajustado (RMSEA = .07; CFI = 1.00; S-B χ^2 /gl = 2.92). Verificou-se, ainda, que o resultado da sua validade convergente era ligeiramente inferior ao desejado (VME = .52), enquanto que o valor da sua fiabilidade era superior ao desejado (FC = .75).

O item menos preciso a representar o fator foi o item 1 ($R^2 = .23$), enquanto o mais preciso a representá-lo foi o item 3 ($R^2 = .57$).

Tabela 1. QCMP: Estimativas DWLS da Solução Estandarizada.

| Item | Modelo (M1) | β | R^2 |
|----------------------|-------------|---------|-------|
| 1. Mastigar | | .48 | .23 |
| 2. Equilíbrio | | .71 | .50 |
| 3. Locomoção | | .76 | .57 |
| 4. Motricidade fina | | .70 | .48 |
| 5. Equilíbrio parado | | .73 | .54 |
| 6. Força nas mão | | .70 | .49 |
| VME | | .52 | |
| FC | | .75 | |

Nota. VME= Variância Média Extraída (validade convergente); FC= Fiabilidade Compósita; R^2 = coeficientes de determinação dos itens; β = peso fatorial estandarizado ($p < .001$);

7.1.2. Validade Estrutural do Índice de Satisfação com a Vida (ISV). Na Tabela 2 estão descritos os resultados da validação fatorial do *Índice de Satisfação com a Vida*.

Como se verifica na Tabela 2, procedeu-se ao teste do modelo unifatorial com um total de sete itens (M1) (Diniz, Amado, & Gouveia, 2011): item 3 (Esta é a fase mais sombria da minha vida.); item 4 (“Estou tão feliz como quando era mais novo(a).”); item 5 (“A minha vida podia ser mais feliz do que é agora.”); item 6 (“Estes são os melhores anos da minha vida.”); item 7 (“A maior parte das coisas que faço são aborrecidas ou monótonas.”); item 10 (“Sinto-me velho(a) e de certo modo cansado(a).”); item 18 (“Comparando-me com outras pessoas da minha idade, vou-me abaixo muitas vezes.”). O modelo (M1) não se encontrava bem ajustado, com os valores do ratio S-B χ^2 /gl, bem como do RMSEA acima do desejável.

Tabela 2. Índices de Ajustamento dos Modelos ISV

| Modelo | S-B χ^2/gf | Ratio (S-B χ^2/gf) | CFI | RMSEA |
|--------|-----------------|--------------------------|-----|-------|
| M1 | 90.80/14 | 6.486 | .96 | .12 |
| M2 | 34.50/13 | 2.654 | .99 | .06 |

Nota. M1 = Modelo unifatorial com 7 itens; M2 = Modelo unifatorial com 7 itens (covariância de erro entre os itens 4 e 6). S-B χ^2/gf = Satorra-Bentler scaled chi-square; CFI = comparative fit index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Verificou-se que a matriz de resíduos estandardizados apresentava valores elevados entre os itens 4 e 6 (6.42, $p < .001$). Assim, introduziu-se uma correlação de erro entre estes dois itens para minimizar o erro e aproximar os valores do ratio χ^2/gf e do RMSEA dos valores desejáveis (M2, Tabela 3). O resultado da validade convergente foi ligeiramente inferior ao desejado (VME = .40), enquanto que o valor da fiabilidade foi superior ao desejado (FC = .82).

Tabela 3. ISV: Estimativas DWLS da Solução Estandarizada.

| Item | Modelo (M1) | | Modelo (M2) | |
|------|-------------|-------|-------------|-------|
| | β | R^2 | β | R^2 |
| 3 | .70 | .49 | .73 | .53 |
| 4 | .80 | .65 | .69 | .48 |
| 5 | .65 | .42 | .67 | .45 |
| 6 | .54 | .29 | .35 | .12 |
| 7 | .59 | .35 | .62 | .38 |
| 10 | .60 | .36 | .63 | .40 |
| 18 | .63 | .40 | .67 | .45 |
| VME | .40 | | .40 | |
| FC | .83 | | .82 | |

Nota. VME= Variância Média Extraída (validade convergente); FC= Fiabilidade Compósita; R^2 = coeficientes de determinação dos itens; β = peso fatorial estandardizado ($p < .001$);

Através da análise da Tabela 3 constatou-se que o item que melhor representou o fator foi o item 3 (“Esta é a fase mais sombria da minha vida.”), enquanto que o item menos preciso a representar o fator foi o 6 (“Estes são os melhores anos da minha vida.”).

O Modelo ajustou melhor por causa da co-variância de erro entre os itens 4 e 6, contudo esta co-variância reduziu a magnitude do peso factorial.

7.1.3. Validade Estrutural do Construto Suporte Instrumental. Nas Tabelas 4 e 5 estão descritos os resultados da validação fatorial do QSIE.

Tabela 4. Índices de Ajustamento dos Modelos QSIE

| <i>Modelo</i> | <i>S-Bχ^2/gl</i> | <i>Ratio(S-Bχ^2/gl)</i> | <i>CFI</i> | <i>RMSEA</i> |
|---------------|----------------------------------|---|------------|--------------|
| M1 | 68.03/19 | 3.581 | .97 | .08 |
| M2 | 25.87/8 | 3.234 | .99 | .07 |

Nota. M1 = Modelo bifactorial com 8 itens; M2 = M1 com 6 itens (eliminados os itens 4 e 14); S-B χ^2 /gl = *Satorra-Bentler scaled chi-square*; CFI = comparative fit index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Na Tabela 4 verifica-se que o modelo do QSIE com apenas oito itens (quatro itens do SI Dar e quatro itens do SI Rec) (M1), apresentou-se com problemas de ajustamento (S- B χ^2 /gl = > 3.00). Os itens 14 (“Ajudei amigos, vizinhos ou familiares em transportes”) e 22 (“Ajudei amigos, vizinhos ou familiares em recados”) apresentaram resíduos estandardizados com valor muito elevado (5.31, $p < .001$). Através da consulta dos índices de modificação fornecidos pelo LISREL verificou-se que dos dois itens, o item 14 é aquele que mais faz baixar o qui-quadrado. Para que ambos os fatores tivessem o mesmo número de itens (3), procedeu-se à eliminação do item 4 (“Recebi ajuda de amigos, vizinhos ou familiares em transportes”), primeiro, por ter o peso factorial mais baixo, e segundo, por ter um conteúdo semântico-lexical semelhante ao item 14.

Assim, realizou-se o teste do modelo M2 eliminando os itens 14 e 4, tendo vindo a verificar-se que com a eliminação destes itens, o modelo se tornava melhor ajustado (Tabela 4: M2). Foi verificada, ainda, a validade convergente que se encontrava acima dos valores desejáveis (VME= .61), bem como a fiabilidade que se encontrava dentro dos valores desejáveis (FC=.82) (Tabela 5: M2).

Os valores das correlações desatenuadas entre os fatores (Sida-Slrec, $\phi = .34$), revelaram não existir qualquer problema quanto à validade discriminante.

Tabela 5. QSIE: estimativas DWLS da Solução Estandarizada.

| Item (Factor) | Modelo M1 | | Modelo M2 | |
|---------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| | β | R ² | β | R ² |
| 1 (SI_dar) | .66 | .44 | .69 | .48 |
| 7 (SI_dar) | .68 | .46 | .71 | .50 |
| 14 (SI_dar) | .55 | .30 | ---- | ---- |
| 22 (SI_dar) | .87 | .76 | .75 | .56 |
| VME | .49 | | .51 | |
| FC | .79 | | .76 | |
| 4 (SI_rec) | .70 | .49 | ---- | ---- |
| 9 (SI_rec) | .79 | .62 | .79 | .62 |
| 12 (SI_rec) | .85 | .72 | .85 | .72 |
| 17 (SI_rec) | .70 | .49 | .70 | .49 |
| VME | .58 | | .61 | |
| FC | .85 | | .82 | |

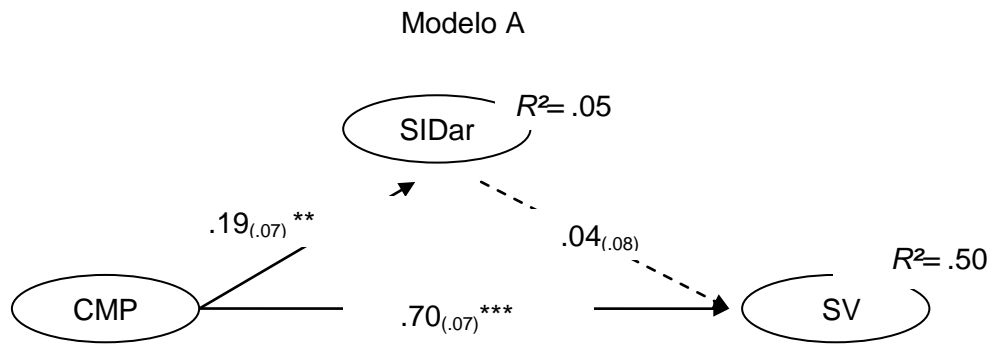
Nota. SI_dar = Dar Suporte Instrumental; SI_rec = Receber Suporte Instrumental; VME= variância média extraída (validade convergente); FC= Fiabilidade Compósita; β = peso fatorial estandarizado ($p < .001$); R²= (comunalidades dos itens) = 1- ϵ (resíduo estandarizado)

7.2. Resultados do Modelo de Mediação do Suporte Instrumental Dar e Suporte Instrumental Receber no Efeito das Capacidades Motoras Percebidas sobre a Satisfação com a Vida

Analisaram-se os efeitos totais, diretos e indiretos, entre as variáveis em estudo.

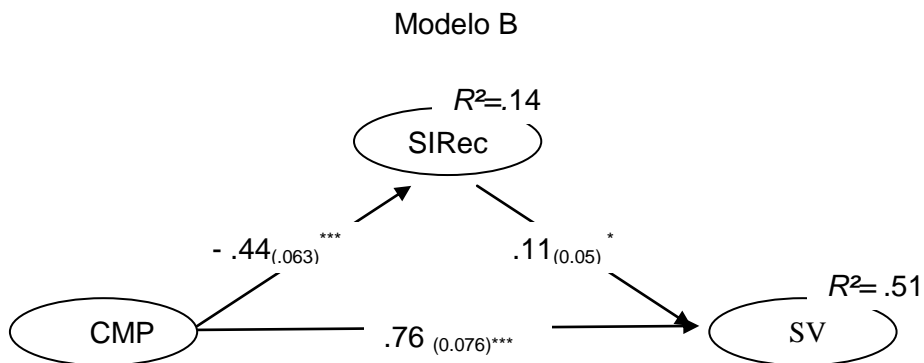
Como é verificado na Figura 2 no Modelo A, a CMP influenciou positivamente o SIDar: quanto maior a CMP, maior o SIDar. Por outro lado, a CMP também influenciou positivamente o SV: quanto maior a CMP, maior o SV. Constatou-se, ainda, que não existiu efeito de mediação (indireto) uma vez que a variável SIDar não tem qualquer influencia sobre a variável SV.

Como consta na Figura 2, no Modelo B, a CMP influenciou negativamente o SIRec: quanto maior a CMP, menor o SIRec. Entretanto SIRec influenciou positivamente o SV: quanto mais SIRec mais SV. Por outro lado, a CMP influenciou positivamente a SV: quanto maior a CMP, maior a SV. Comparando o efeito total com o efeito direto, verificou-se que o efeito indireto não teve qualquer incremento no efeito da CMP sobre a SV ($\Delta z = .66$, $p = ns$). O efeito indirecto existiu mas não teve um papel relevante na presença do efeito directo. Foi o efeito directo que contribuiu de forma decisiva para o efeito total.



Efeito Indireto CMP-SIDar-ISV = $.01_{(.01)}$, $z = us$

Efeito Total CMP-ISV = $.70_{(.07)}$, $z = 10.17^{***}$



Efeito Indireto CMP-SIREc-SV = $-.05_{(.02)}$, $z = -2.07^*$

Efeito Total CMP-ISV = $.71_{(.07)}$, $z = 10.29^{***}$

CMP-ISV Efeito Total vs. Efeito Direto; $\Delta z = .66$, $p = ns$

Figura 2. Modelo de Mediação do Suporte Instrumental Dar e Receber no Efeito da Capacidade Motora Percebida sobre a Satisfação com a Vida: estimativas da solução não estandardizada. Índices de ajustamento: Modelo A. $S-B\chi^2/gf=2.76$, $CFI = .98$, $RMSEA = .06$, Modelo B. $S-B\chi^2/gf=2.81$, $CFI = .98$, $RMSEA = .07$, R^2 (coeficiente de determinação) = quantidade de variância extraída pelo(s) preditor(es). Para outras abreviaturas ver Figura 1. $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$

8. Discussão

Inicialmente o SE ia ser estudado como fator de mediação, no entanto face ao conjunto de construtos em causa, optou-se pelo SI deixando-se cair o SE. Deste modo, o objetivo do estudo foi perceber o efeito de mediação do SI Dar e do SI Receber na relação entre a CMP e a SV.

Em primeiro lugar, neste estudo, procurou-se testar a validade estrutural das provas utilizadas, recorrendo para isso à AFC e à análise da VC, FC e VD dos construtos que elas operacionalizam.

No Questionário de Capacidade Motora Percebida não surgiram quaisquer problemas ao nível da sua validade estrutural.

Relativamente ao Índice de Satisfação com a Vida, verificou-se que o modelo se encontrava desajustado já que a matriz de resíduos estandardizados entre o item 4 (“Estou tão feliz como quando era mais novo(a)”) e o item 6 (“Estes são os melhores anos da minha vida”) apresentava valores elevados, Este fenómeno parece dever-se à similitude no conteúdo semântico dos itens, sendo ambos pertencentes à dimensão Tonalidade do Humor (Neugarten, et al., 1961). Estes itens já haveram surgido como problemáticos na investigação de Amado, Diniz e Gouveia (2011). Foi necessário introduzir uma correlação entre estes dois itens para minimizar o erro e aproximar os valores dos índices de ajustamento do desejável

O Questionário de Suporte Instrumental e Emocional apresentava problemas de ajustamento pelo que também sofreu alterações. Optou-se por utilizar apenas o fator Suporte Instrumental com apenas seis itens (três itens pertencentes ao Suporte Instrumental Dar e três itens pertencentes ao Suporte Instrumental Receber) uma vez que, integrado no modelo em estudo (Figura 1) acredita-se ser o fator mais influente e por isso adequado, para a população idosa. Nos itens 14 (“Ajudei amigos, vizinhos ou familiares em transportes”) e 22 (“Ajudei amigos, vizinhos ou familiares em recados”) foram verificados problemas ao nível dos valores dos resíduos estandardizados, pelo que foi necessária a exclusão do item 14. Este último item já havia apresentado problemas em estudos anteriores (Feijão, 2008; Silva, 2009). O item 4 (“Recebi ajuda de amigos, vizinhos ou familiares em transportes”) foi excluído devido ao fato de ter uma carga fatorial muito baixa bem como por apresentar alguma semelhança de conteúdo semântico com o item 14.

Respeitante ao modelo de influência do SI Dar sobre a relação entre as CMP e a SV (Modelo A), este encontrava-se bem ajustado aos dados e, como esperado, de acordo com a literatura, quase todas as relações estruturais foram estatisticamente

significativas: exceção feita para a relação entre SI Dar e a SV. Os resultados indicam que as CMP exercem uma influência positiva sobre o SV: se a percepção das CMP for positiva, a SV tende a aumentar. Estes resultados vieram corroborar o que é defendido na literatura (Cho, Martin, Margrett, MacDonald & Poon, 2011; Diener, 1984; Diener et al., 1999; Fernandez-Ballesteros et al., 1999; Guindon & Cappeliez, 2010; Kunzmann, Little & Smith, 2000; Novo, 2003; Simões, 2006; Smith, Borchett, Maier & Jopp, 2002).

Respeitante ao efeito direto da CMP sobre o SI Dar, os resultados também vieram corroborar a revisão de literatura. Quando a CMP aumenta, o SI Dar também aumenta (Feijão, 2008; Ramos, 2002). Entre o SI Dar e a SV não se verificou qualquer relação, ao contrário do que foi verificado nos estudos de Constança Paúl (1999) e Teresa Guedea (2006).

No que concerne ao modelo de mediação do SI Receber sobre a relação entre CMP e a SV (Modelo B), este encontrava-se bem ajustado aos dados e todas as relações estruturais foram estatisticamente significativas, como esperado pela revisão de literatura. A CMP exerceu uma influência positiva sobre a SV: quando a CMP aumenta, a SV também aumenta, como já havia sido defendido por outros autores (Cho, Martin, Margrett, MacDonald & Poon, 2011; Diener, 1984; Diener et al., 1999; Fernandez-Ballesteros et al., 1999; Guindon & Cappeliez, 2010; Kunzmann, Little & Smith, 2000; Novo, 2003; Simões, 2006; Smith, Borchett, Maier & Jopp, 2002).

É ainda possível afirmar, de acordo com os resultados do Modelo B, que as CMP influenciam negativamente o SI Receber: se a CMP for negativa o SI Receber tende a aumentar. Por último, quando o SI Receber aumenta, a SV também aumenta.

Para ambos os modelos não se verificaram efeitos de mediação, ainda que por razões diferentes. No Modelo A, o efeito indireto do SI Dar não se verificou: o efeito do SI Dar sobre a SV não foi estatisticamente significativo. No Modelo B, apesar das trajetórias que compõem o efeito indireto do SI Receber serem estatisticamente significativas, a diferença entre o efeito total e este efeito não o foi. Neste último modelo, o efeito de mediação existiu mas não foi relevante face à presença do efeito directo.

Convém referir que os modelos foram analisados em termos da sua precisão preditiva dentro do mesmo domínio de predição de onde os dados foram recolhidos (precisão preditiva interpolativa; Forster, 2002). Assim, é com especial cuidado que os resultados devem ser generalizados.

Será pertinente a realização de outras investigações que envolvam amostras igualmente constituídas por idosos na 3ª e 4ª idade, com iguais e/ou diferentes

características da amostra do presente estudo (e.g. meio rural, inclusão de idosos com desvantagem em termos de capacidades motoras), recorrendo a métodos de amostragem probabilística, já que o processo de amostragem por conveniência acarreta limitações ao nível da extrapolação e generalização dos resultados do modelo.

9. Conclusão

No que respeita ao modelo em apreciação, esta investigação permitiu expandir o conhecimento sobre a população idosa. Sendo esta a faixa etária em maior crescimento, é um trabalho com conclusões e implicações consideráveis para a sociedade.

Os resultados obtidos vieram permitir uma consolidação da relação existente entre as variáveis CMP e SV. É possível afirmar que a percepção que o idoso tem da sua saúde funcional, reflecte-se na satisfação que sente em relação à sua própria vida.

Foi estudado apenas o fator SI uma vez que, no conjunto dos constutos em estudo, se acreditou que fosse o mais apropriado. O SE seria um fator de mediação caso houvesse um outro preditor que não a CMP (e.g., institucionalização) com um outro critério (e.g., depressão ou afectos).

Todavia, apesar de não se ter verificado o efeito de mediação por parte do SI na relação entre a CMP e a SV, verificou-se a relação entre as CMP e o Suporte Instrumental Dar e a importância do Suporte Instrumental Receber na SV.

Assim, é importante criar hipóteses de intervenção ao nível do SI orientadas para os cuidadores formais, psicólogos e demais profissionais porque elas promoverão a aumento da SV em idosos. Também, intervenções ao nível das CMP podem suscitar uma promoção do SI Dar (e.g., terapias de grupo que promovam uma conceção positiva da saúde funcional nos idosos poderá influenciar o SI que estes são capazes de dar, já que, citando Gomes (2008), enquanto um indivíduo pode desvalorizar a sua doença considerando-a como menos grave, outro pode valorizá-la em demasia.

É possível melhorar o bem-estar e a qualidade de vida da população idosa ao adotar intervenções adequadas à realidade existente. Os cuidadores informais e a sociedade em geral, poderão contribuir para esse efeito, explorar e desenvolver estratégias que promovam um envelhecimento bem-sucedido. Por seu lado, o contato intergeracional e a partilha de experiências será benéfico não só para os idosos como para os seus cuidadores.

Os resultados obtidos adequam-se a uma população com características semelhantes à da amostra em estudo, neste sentido propõe-se a réplica do mesmo mediante amostras diferentes.

Esta investigação proporcionou um contato muito próximo com a população idosa promovendo, assim, um enriquecimento pessoal. A familiarização com os

problemas desta faixa etária veiculados pelos próprios idosos na fase que antecedeu a recolha de dados bem como na fase posterior à recolha, foi muito gratificante.