



**RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR SUBJECTIVO, SAÚDE FÍSICA E MENTAL DO  
IDOSO SOB RESPOSTA SOCIAL**

Manuela Cristina de Jesus Fernandes

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicoterapia e  
Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Macedo

Co-Orientador: Professora Doutora Helena Espírito Santo

**COIMBRA, JUNHO 2011**

## Agradecimentos

*Ao longo da nossa vida, encontramos muitas pessoas que nos ajudam a caminhar para conseguirmos realizar os nossos sonhos.*

*Por isso os meus mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para o encerramento de mais uma etapa da minha vida.*

### **Quero agradecer...**

*Aos meus Pais, pelo sacrifício destes 5 anos e pelo apoio incondicional que me deram sempre, nesta e em outras fases da minha vida. Obrigado por cuidarem tão bem de mim.*

*Aos meus queridos irmãos Patrícia, Ana e Pedro muito obrigada pela força, incentivo e pelo carinho, porque sem eles eu não conseguiria chegar até aqui.*

*Ao meu namorado André, obrigado por me ter ajudado sempre que precisei, por me fazer rir quando me apetecia chorar e por compreender a minha “ausência”.*

*À minha avó Lurdes, pela sua preocupação e carinho.*

*Ao Pedro, Luís e Carina pela disponibilidade e boa disposição que tiveram para comigo sempre que precisei.*

*Aos meus amigos e colegas que conheci durante a vida académica, obrigado pelos bons momentos que passamos junto.*

*A toda equipa da Santa Casa da Misericórdia de Penacova, Directores, Colegas e Utentes, um obrigado sem limites pela disponibilidade, força e incentivo que me proporcionaram. Sem o vosso apoio seria impossível alcançar esta meta da minha vida.*

*À minha orientadora, Doutora Esmeralda Macedo e Co-Orientadora, Doutora Helena Espírito Santo, pela paciência, transmissão de saberes, pela disponibilidade e ajuda.*

*Por fim, a todas as outras pessoas que fazem parte da minha vida e a tornam única.*

*O meu muito **OBRIGADO** a todos!!!*

## Resumo

Este estudo fez parte do coorte I de um Projecto de Investigação baseado na população, *O Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência*. O nosso principal objectivo é verificar e descrever relações entre o bem-estar subjectivo, saúde física e saúde mental em pessoas idosas do concelho de Coimbra que se encontram institucionalizadas. Outro objectivo, secundário, consiste em ver se há relação entre o exercício físico e a saúde física e mental.

Foram avaliados 45 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos que se encontram sob resposta social (lar e centro de dia).

Na recolha de dados utilizámos o SWLS, (*Satisfaction with Life Scale*) o PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) e o OARS (*Olders Americans Research and Services*). A fim de controlar a presença de simulação, frequente nesta população, empregámos o Rey-15 Item Test.

A população idosa do nosso estudo manifesta, na sua maioria, insatisfação com a vida, experiencia poucos afectos positivos e negativos e está limitada física e mentalmente. No entanto, não há associação entre saúde mental e as variáveis em estudo. Entre as mulheres, aqueles que vivem em centro de dia e os que não praticam exercício físico há uma proporção maior de insatisfação, de poucos afectos positivos, de poucos afectos negativos, de limitação grave a total na saúde física e de limitação pequena a total na saúde mental. Todavia, não há associação entre o género, ou a resposta social, ou exercício físico e as medidas de *satisfação e saúde*.

Finalmente, este estudo permitiu reflectir criticamente sobre o funcionamento e as necessidades das instituições que dispõem deste tipo de resposta social.

**Palavras-chave:** Bem-Estar Subjectivo, Saúde Física, Saúde Mental, Idosos

## ABSTRACT

This study was part of the coorte of *Trajectories of Aging in older people: Study of the Predictive Factors of Healthy Aging Dementia*. Our main objective is to verity and describe the relation between subjective well-being, physical health and mental health in the elderly of the *concelho* of Coimbra that are in healthcare facilities.

Our secondary objective consists in verifying if there is a relationship between physical and mental health.

We evaluated forty-five elderly with ages between sixty-five and ninety-five years old that live in a health care facility or that frequent a day centre.

In gathering all the data, we used SWLS (*Satisfaction with Life Scale*), PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) and OARS (*Olders Americans Research and Services*). In order to control the presence of frequent simulation in this population, we used the Rey-15 Item Test.

The majority population of our study showed dissatisfaction with life, feel little positive and negative affections and are physically and mentally limited. However, there is no connection between mental health and the variables of this study. Among the women, those that live in a day centre and the ones that are not physically active, there is a higher degree of dissatisfaction, feel little positive affect, feel little negative effects, serious limitation in physical health and low mental health. Nevertheless, there is no relation between gender or social response or physical exercise and the measures of *satisfaction* and *health*.

Finally, this study allowed us to critically reflect on how these institutions work and their needs as institutions that offer this type on solution.

**Key-words:** Subjective Well-Being, Physical and Mental Health, Elderly

## Índice

<b>Índice de Quadros</b> .....	2
<b>Índice de Figuras</b> .....	3
<b>Introdução</b> .....	4
Bem-Estar Subjectivo do Idoso .....	4
Saúde Física e Saúde Mental do Idoso.....	6
Objectivos .....	10
<b>Materiais e Métodos</b> .....	11
Desenho da Investigação .....	11
Procedimentos .....	11
Amostra.....	12
Instrumentos.....	14
Análise Estatística .....	16
<b>Resultados</b> .....	17
<b>Discussão dos Resultados</b> .....	23
<b>Conclusão</b> .....	27
<b>Bibliografia</b> .....	29

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> : <i>Caracterização de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (n = 45)</i> .....	13
<b>Quadro 2</b> : <i>Análise das Variáveis em Estudo</i> .....	18
<b>Quadro 3</b> : <i>Quadro 3 : Análise da Influência do Sexo no Bem-Estar Subjectivo e na Saúde do Idoso (n = 45)</i> .....	20
<b>Quadro 4</b> : <i>Análise da Influência da Resposta Social no Bem-Estar Subjectivo e na Saúde do Idoso (n = 45)</i> .....	21
<b>Quadro 5</b> : <i>Análise da Relação entre Saúde Física e o Bem-Estar Subjectivo dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (n = 45)</i> .....	21
<b>Quadro 6</b> : <i>Análise da Relação entre Saúde Mental e o Bem-Estar Subjectivo dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (n = 45)</i> .....	22
<b>Quadro 7</b> : <i>Análise da Relação do Exercício Físico com a Saúde Física e Mental dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (n = 45)</i> .....	23

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> : <i>Percentagem de Doenças mais Frequentes e o Grau de Interferência nas Actividades Indicadas Pelos Idosos Sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (n = 45)</i> .....	20
--	----

## Introdução

### Bem-Estar Subjectivo do Idoso

Actualmente, vivemos numa sociedade cada vez mais envelhecida, embora a principal causa esteja na baixa taxa de natalidade, a realidade é que o avanço da medicina também tem contribuído para uma diminuição da taxa de mortalidade e uma maior longevidade da esperança média de vida.

Até recentemente, a nossa sociedade apresentava uma visão da velhice como algo sempre negativo associado à doença, dependência, perdas biológicas, funcionais, psicológicas e sociais (Cardão, 2009; Rebelo, 2007; Oliveira, 2010). No entanto, tal concepção tem vindo a ser modificada, devido aos numerosos estudos que têm sido desenvolvidos, com o objectivo de aprofundar a investigação da área da gerontologia, de forma a estudar modos de promover e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos (Serra, 2006; Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra & Guedea, 2006). A percepção que o sujeito tem do seu bem-estar é um dos aspectos subjectivo fortemente ligado à qualidade de vida (Guedea et al., 2006).

O *bem-estar subjectivo* é um termo muito abrangente que inclui diversas dimensões (Oliveira, 2010), devido a sofrer influência de vários factores. Considera-se que *bem-estar subjectivo* é uma dimensão positiva da Saúde, (Galinha & Ribeiro, 2005) associado a um envelhecimento saudável, indicador de saúde mental (Guedea et al., 2006) e também sinónimo de felicidade, (George, 2010) ajuste e integração social (Diener, 2000). É uma área recente em Portugal, que tem suscitado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia. Os estudos para uma definição consistente do conceito de *bem-estar subjectivo* têm percorrido um caminho complexo sofrendo influências de vários autores. No entanto, actualmente já existe consenso em afirmar que este conceito é composto por uma componente cognitiva e uma componente emocional (Galinha & Ribeiro, 2005; Ranzjin & Luszcz, 2000; Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Diener (2000) define *bem-estar subjectivo* como sendo a avaliação que a própria pessoa faz da sua vida, podendo ser dividida em dois itens, o aspecto cognitivo e o aspecto afectivo. O aspecto cognitivo diz respeito ao julgamento da satisfação com a própria vida em geral ou em domínios específicos (como a capacidade física e mental



ou os relacionamentos sociais). O aspecto emocional diz respeito ao equilíbrio entre afectos positivos e afectos negativos relatados pela pessoa (Diener, 2000; Albuquerque & Tróccoli, 2004; Galinha & Ribeiro, 2005).

O *bem-estar subjectivo* ocorre quando o idoso sente prazer e poucas emoções pesadas, quando se está satisfeito com a própria vida. Neste sentido, Galinha, & Ribeiro (2005) referiram que, existem três elementos fundamentais na questão do bem-estar: em primeiro lugar, ele é subjectivo, ou seja, pertence ao âmbito da experiência particular; em segundo lugar, envolve uma avaliação pessoal da vida como um todo e também com todas as suas particularidades; por último, inclui a avaliação de afectos positivos e negativos (emoções, sentimentos, humor).

A velhice constitui um período de inúmeras mudanças, quer biológicas, psicológicas e sociais, bem como nas relações pessoa mundo. É neste etapa que ocorre maior mudança da vida do sujeito, por motivos de saúde, viuvez, uma institucionalização, ou seja, abandono da própria casa, perda de privacidade e autonomia, em que maior parte da sua vida fica controlada e dependente de regras e normas estipuladas por outros sem ter em conta a sua individualidade. Estas mudanças exigem ao idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida, pela profunda alteração a diferentes níveis, e pelo esforço que a personalidade terá de fazer para se adaptar. Trata-se de um momento de risco para o equilíbrio, bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa. Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002) afirmam que o bem-estar subjectivo é um critério essencial para a velhice bem-sucedida e factor fulcral promoção de qualidade de vida. Para se saber sobre o bem-estar subjectivo do idoso, é necessário fazer uma avaliação da sua qualidade de vida. Assim, da avaliação devem constar os recursos económicos e sociodemográficos (indicadores objectivos) do idoso, mas também indicadores sociais que inclui critérios de julgamento pessoal do bem-estar e da satisfação com a vida. Deste modo, Pereira, (1997) e Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) defendem que a avaliação da qualidade de vida do individuo deve ter em consideração o bem-estar objectivo, isto é as condições de vida, mas também o bem-estar subjectivo, ou seja o modo pelo qual as pessoas percebem os diversos domínios da sua própria vida, uma vez que os indicadores socioeconómicos apenas referem as condições de vida de uma pessoa por meio de

variáveis demográficas e económicas, não tendo em conta o nível de satisfação em relação a essas condições.

Neste sentido, os estudos a respeito do bem-estar subjectivo, baseiam-se em dois aspectos fundamentais. O primeiro aspecto corresponde à compreensão dos factores que dizem respeito ao individuo, isto é a características internas da personalidade: avaliação da qualidade de vida como um todo, em termos de satisfação, realizações e outras dimensões globais. O segundo aspecto procura compreender a influência dos factores culturais e sociais, ou seja correlacionar o bem-estar subjectivo com as vivências mais favoráveis que o individuo experiênciia ao longo da sua vida. Destas vivências podemos destacar, habitação, alimentação, educação, trabalho, prevenção e condições de tratamento de problemas de saúde, entre outros.

Os estudos têm demonstrado que este constructo é influenciado por diversos factores: pela capacidade funcional e saúde física, pela idade e género e pelas relações familiares (George, 2010; Moraes & Souza, 2005; Neri, 1993) e que as perdas e consequências negativas, não implicam em níveis de dificuldades adaptativas iguais entre outros idosos. Pesquisas demonstram uma correlação negativa entre a idade e a percepção dos problemas da vida, ou seja à medida que a idade aumenta a percepção dos problemas da vida diminuem.

Uma velhice satisfatória não é um atributo do individuo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interacção entre pessoas em mudança, que vivem em uma sociedade em mudança.

### **Saúde Física e Saúde Mental do Idoso**

A Saúde Física no Idoso caracteriza-se como o bom funcionamento do organismo e de suas funções vitais. Contudo, a maioria dos idosos é portadora de, pelo menos, uma ou mais doenças crónicas (diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, bronquite entre outros) (Almeida, 2006).

A experiencia de envelhecer é única, marcada por um processo multifacetado, dependente de um amplo número de factores fisiológicos, sociais e psicológicos. Assim, o envelhecimento fisiológico refere-se às mudanças biológicas sofridas por uma pessoa ao longo do tempo, após o processo de crescimento ter terminado (Squire,

2002). A saúde não é percebida como ausência total de doenças, mas sim, como uma avaliação ligada a expectativas sobre o que esperar da velhice (Guedea et al., 2006).

Envelhecer de certa forma é tornar-se menos apto. Caracteriza-se essencialmente por, alterações físicas no que diz respeito a cada um dos órgãos dos sentidos (visão, audição, olfacto, gosto e tacto), decadência das funções vitais (coração, pulmões e rins) e declínio das aptidões cognitivas (Brise & Vallier, 1985). Os sentidos são muito importantes para o indivíduo e também para a qualidade de vida da sua existência (Serra, 2006). Segundo o autor, os problemas de visão são os mais frequentes no idoso, devido a cataratas, glaucoma, degenerescência macular e retinopatia diabética. A falta de visão coloca grandes entraves, na condução de um automóvel, no simples passear pelas ruas, na leitura e na competência de outras tarefas que gostaria de realizar e já não consegue devido à perda da visão. Assim, por vezes, a vida social fica comprometida, uma vez que a pessoa passa a ficar dependente de outros para se movimentar. Deste modo, também a perda de audição representa uma grande limitação para os idosos, sendo um problema que também está muito presente nos idosos. O idoso vai perdendo a percepção às frequências elevadas, a capacidade de localizar sinais sonoros, de distinguir a origem de sons diferentes e dificuldade em compreender o discurso das outras pessoas. Perante estes factos, o idoso fica prejudicado, quer na sua comunicação adequada com os outros, quer em escutar sinais de alarme, barulho de uma torneia a correr e outras actividades gratificantes como ouvir música e ouvir o telefone (Serra, 2006; Squire, 2002). Também o declínio do gosto e do olfacto são marcantes para qualquer pessoa. O olfacto e gosto permitem que a pessoa possa saborear a comida e a bebida, assim como, detectar cheiros de fumos, gás, e de odores a comida. As pessoas idosas apresentam um atrofia das papilas gustativas, o que delimita o reconhecimento do sabor. A diminuição da acuidade gustativa e olfactiva fazem com que a comida não lhes saiba a nada (Serra, 2006). Para alguns idosos pode ser necessário níveis de estimulação mais elevados, com adição de sal ou outros aditivos (Squire, 2002). O prejuízo do tacto evidencia-se através da perda da sensibilidade da palma das mãos e na planta dos pés. Estas alterações podem levar a queimaduras com água quente ou objectos aquecidos, e a quedas quando um indivíduo muda de plano ao caminhar ou ao subir escadas (Almeida, 2006).

Nas alterações das funções vitais, destaca-se a diminuição da força muscular e todo um progressivo declínio dos órgãos fundamentais à sobrevivência: o coração do idoso o diminuí o bombeamento do sangue, reduz a pulsação e a frequência cardíaca; os pulmões de forma idêntica sofre um gradual declínio da capacidade respiratória; e os rins diminuem a sua capacidade de filtração para metade do normal (Squire, 2002; Almeida, 2006). Estas alterações ocorrem de modo idêntico na massa muscular e nos níveis hormonais (Serra, 2006). Todo este processo de evolução natural, torna o individuo idoso mais frágil e vulnerável perante acontecimentos da vida ameaçadores, quedas, infecções e o esforço físico. Estes factos explicam o paralelismo que usualmente se observa entre o avançar da idade e a ocorrência de doenças físicas: doença cardíaca, afecções respiratórias, cancerosas e outras.

As aptidões cognitivas atingem o seu pico máximo por volta dos 30 anos, mantendo-se estáveis até aos 50 - 60 anos, a partir daí começa a diminuir, sendo que aos 70 anos o declínio é mais acentuado (Almeida, 2006).

A capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem mantém-se estável em toda a vida adulta. No entanto, os idosos revelam mais dificuldade em compreender mensagens longas ou complexas e em restaurarem e reproduzirem rapidamente nomes ou termos específicos (Spar e La Rue, 2005). É notório também uma maior dificuldade ao nível da concentração e da realização de tarefas que exijam raciocínio e que requerem uma análise lógica e organizada de material abstracto ou não familiar. As pessoas de idade avançada apresentam maior lentidão nos aspectos perceptivos, mnésicos e cognitivos bem como nas funções motoras, e demonstram diminuição da capacidade de tomar atenção e filtrarem informação ocasional. Contudo, no que diz respeito à inteligência, esta tende a manter-se estável durante a maior parte da vida (Spar & La Rue, 2005).

É importante realçar que o modo como cada pessoa vive a sua velhice é um processo individual, em que cada indivíduo experiencia de forma diferente. Sendo este processo alvo de influências de alguns factores, tais como: os hábitos adquiridos; os diversos abusos – álcool, tabaco, alimentação; um higiene de vida racionalizada; e actividades físicas ou ocupação dos tempos livres podem desempenhar papéis determinantes. Por vezes a saúde na velhice tem mais a ver com a qualidade e potencial de vida de uma pessoa do que com a sua idade cronológica (Lima, 2004).

Apesar de todo o desgaste que o organismo do idoso sofre, nem todos ficam limitados, e muitos levam a sua vida perfeitamente normal, com as suas doenças controladas e expressando satisfação na vida (Oliveira, 2010). Deste modo, um idoso com uma ou mais doenças crónicas pode ser considerado saudável, enquanto outro idoso com as mesmas doenças, pode sofrer de inúmeras sequelas e incapacidades. A ausência de doenças nos idosos é um privilégio de poucos, mas o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (Lima, 2004).

Um idoso pode chegar aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como serão as suas actividades de lazer, convívio social e trabalho, certamente será considerado uma pessoa saudável. Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e se toma remédio para depressão. O importante é que, como resultado de um tratamento bem-sucedido, ela mantém a autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável (Forstmeier & Maercker, 2008). No entanto, outra pessoa com a mesma idade e as mesmas doenças, porém sem controlo destas, poderá apresentar um quadro completamente diferente. Inicialmente sob a influência da depressão, essa pessoa poderá apresentar uma progressiva reclusão social, com tendência ao sedentarismo, deficit cognitivo, perda de auto-estima e abandono de autocuidados. Paralelamente, a diabetes e o problema cardíaco, que de início não a limitavam, passam a limitar fisicamente, agravando o problema mental e aumentando o risco para complicações cardiovasculares. Nesse momento, a capacidade funcional, ou seja a saúde física encontra-se já bastante comprometida, com dependência física e mental para a realização de actividades da vida diária mais complexas, como, por exemplo, limpar a casa, fazer compras, cuidar das finanças. No momento seguinte, a chegada de um acidente vascular cerebral ou enfarto miocárdio não fatais pode remeter essa pessoa para um novo patamar de dependência, no qual será necessária assistência continuada para a realização das actividades mais básicas da vida quotidiana, como comer, vestir, ou tomar banho. Eventualmente, o adequado tratamento dessas doenças podem reverter o quadro, mas não a ponto de retornar ao patamar inicial. Nesse caso, ninguém hesitaria em caracterizar essa pessoa como doente (Ramos, 2003).

Em suma, a saúde física do idoso está intrinsecamente ligada à capacidade funcional do idoso, e esta, por sua vez, é influenciada pela saúde mental do idoso. Na verdade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios sem depender de outros.

A prática de actividade física regular tem muitos benefícios para a saúde física e mental em todas as faixas etárias. Na última década, alguns pesquisadores e clínicos começaram a concentrar a sua atenção sobre se a actividade física também pode melhorar a saúde dos idosos que apresentam pouco comprometimento cognitivo ou de demência. Assim, os resultados indicaram que o exercício físico pode ser factor potencial de prevenção e de estratégia para retardar o declínio da saúde mental (Lautenschlage, Kay, & Kurz, 2010) e reduzir o risco de várias doenças físicas relacionadas à idade — doenças cardiovasculares, resistência à insulina e hipertensão — bem como o aumento da longevidade dos seres humanos (Ludlow & Roth, 2010). Assim, quanto mais activa e funcional se encontrarem os idosos, melhor se encontra a sua saúde física e mental. As pessoas, mesmo estando na terceira idade, podem permanecer física e intelectualmente jovens. Os meios são numerosos: é preciso vigiar a saúde, exames médicos periódicos que em muitos casos permitem descobrir perturbações ou problemas graves; manter uma vida saudável, uma alimentação adequada, certo tipo de exercício físico e conservar o corpo em boa forma; e, talvez mais importante ainda, manter as faculdades intelectuais, um pensamento atento, positivo e optimista.

## **Objectivos**

Em síntese, o *Bem-Estar Subjectivo* dos idosos é uma concepção composta por uma componente cognitiva e por uma emocional. O *bem-estar subjectivo* ocorre quando o idoso está satisfeito com a própria vida e quando existe equilíbrio entre afectos positivos e afectos negativos (Diener, 2000; Albuquerque & Tróccoli, 2004; Galinha & Ribeiro, 2005). Para se saber sobre *Bem-Estar Subjectivo* do idoso, é necessário fazer uma avaliação da sua qualidade de vida, tendo em conta não só factores objectivos, mas também subjectivos.

Não encontramos estudos que relacionassem o *Bem-Estar Subjectivo* com a *Saúde Física* e a *Saúde Mental* nesta população, nem internacionais, nem portuguesas,

pelo que planeámos este estudo com o objectivo principal de identificar e descrever relações entre o *bem-estar subjectivo*, *saúde física* e *saúde mental* em pessoas idosas do concelho de Coimbra que se encontram institucionalizadas. Outro objectivo secundário consiste em ver se há relação entre o exercício físico e a saúde física e mental.

Antes destes objectivos e como objectivos prévios, queremos estudar a prevalência de idosos com e sem *bem-estar subjectivo* (medido pelo SWLS e pelo PANAS) e com e sem *saúde* (medidos pelo OARS). Depois, pretendemos verificar quais os problemas de saúde física mais frequentes e limitadores destes idosos. De seguida, pretendemos controlar o efeito das variáveis sociodemográficas que estão implicadas na saúde e no bem-estar subjectivo verificando então, qual a proporção de idosos com e sem saúde e com e sem bem-estar subjectivo entre os grupos definidos por essas variáveis sociodemográficas.

## **Materiais e Métodos**

### **Desenho da Investigação**

Este estudo fez parte do coorte I de um Projecto de Investigação baseado na população, *O Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência*. O objectivo principal do coorte I consistia no rastreio cognitivo e na avaliação multidimensional de todos os idosos que se encontram sob resposta social no concelho de Coimbra. A recolha de dados foi realizada em três sessões diferentes, assim este estudo centrou-se na primeira e na terceira sessão.

### **Procedimentos**

Após o contacto com as instituições<sup>1</sup> e estabelecimento de protocolos de parcerias, a recolha de dados foi efectuada por equipas de jovens investigadores (estudantes do 3º ano do 1º ciclo e estudantes do 1º ano do 2º ciclo de psicologia)<sup>2</sup>, supervisionadas por chefes de equipas e coordenadas por um investigador sénior.

---

<sup>1</sup> As instituições foram contactadas, inicialmente, por carta com descrição detalhada do estudo.

<sup>2</sup> Estes estudantes tiveram acções de formação e treino prático na administração dos testes.

Cada idoso voluntário, depois de ter dado consentimento<sup>3</sup>, era avaliado com uma bateria de testes dividida em duas sessões e administrada por dois estudantes separadamente. Na primeira sessão eram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS pelo aluno do 3º ano, durando cerca de 20 a 30 minutos. A segunda sessão, administrada pelo estudante do 1º ano e demorando cerca de 60 minutos, incluía o MOCA, a Figura Complexa de Rey, 3 testes de Fluência Verbal, teste Stroop, Rey 15-item e Teste do troco e do dinheiro.

Ambas as sessões foram acompanhadas por um mestrando que monitorizava e apoiava a administração por forma a corrigir eventuais erros.

Na terceira fase, que ainda decorre, foram administrados o OARS, FAB e CDR, pelos mestrandos do 2º ano.

O universo de participantes consiste em 1.914 idosos com idades compreendidas entre 65 e 105 anos. As avaliações iniciaram-se em Novembro de 2010 e continuam em curso. Em Maio de 2011, a taxa de recolha era de 26,6 %, com 509 sujeitos avaliados idosos. Foram excluídos da amostra 42 dois idosos por terem uma idade inferior a 65 anos e até à data 78 idosos não tinham respondido ao GDS. Assim, a amostra total ficou com 389 sujeitos. Esta amostra foi subdividida em dois subgrupos, um incluía sujeitos com *Defeito Cognitivo* (n = 136) e *Sem Defeito Cognitivo* (n = 251). Da subamostra *Sem Defeito Cognitivo* foram excluídos 2 sujeitos de algumas análises, um sujeito devido a problema físico e o outro não respondeu devido a outros problemas.

## **Amostra**

A amostra base deste estudo abrangeu idosos que se encontram em regime de Lar ou Centro de Dia em três IPSSs no concelho de Coimbra. A amostra total final incluiu 45 idosos avaliados com todos os instrumentos de avaliação necessários para o nosso estudo (SWLS, PANAS e OARS), sendo 9 (20,0%) do sexo masculino e 39 (80,0%) do sexo feminino.

Os idosos foram qualificados em categorias de acordo com variáveis sociodemográficas (ver Quadro 1). A idade média dos idosos que participaram no estudo é de 77,47 anos  $\pm$  7,17. Estes idosos são maioritariamente viúvos (53,3%) e apenas (15,6%) estão ainda casados. O grau de escolaridade presente nesta amostra é

---

<sup>3</sup> Ou alguém responsável pelo idoso.



bastante baixo: 46,6% dos idosos não possuem grau de ensino, embora 22,2% destes sabem ler e escrever, 44,4% detêm o ensino básico e somente 8,8% têm mais do que este grau. Relativamente à profissão, 68,9% dos idosos foram trabalhadores indiferenciados sem qualificação profissional ao longo da sua vida, sendo, nomeadamente, agricultores e domésticas.

### Quadro 1

Caracterização de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (N = 45).

	Descrição	n	%	$\chi^2$	p
<b>Idade</b>	65-70	10	22,3	22,89	< 0,001
	71-75	18	40,0		
	76-80	15	33,3		
	81-85	0	0,0		
	86-90	0	0,0		
	91-95	2	4,4		
<b>Sexo</b>	Masculino	9	20,0	16,20	< 0,001
	Feminino	36	80,0		
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	5	11,1	20,91	< 0,001
	Casado(a)	7	15,6		
	Divorciado (a)/Separado(a)	8	17,8		
	Viúvo (a)	24	53,3		
	Sem Resposta	1	2,2		
<b>Escolaridade</b>	Não sabe ler/escrever	10	22,2	38,6	< 0,001
	Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	11	24,4		
	Ensino básico primário	20	44,4		
	Ensino básico preparatório	2	4,4		
	Ensino secundário	1	2,2		
	Ensino superior	1	2,2		
	Sem Resposta	1	2,2		
<b>Profissão</b>	Grandes Empresários	1	2,2	98,91	< 0,001
	Profissões Liberais (curso_sup)	1	2,2		
	Pequenos Empresários	1	2,2		
	Operários Semi-qualificados	7	15,6		
	Assalariados Agrícolas	2	4,4		
	Trabalhadores Indiferenciados	31	68,9		
	Sem Resposta	2	4,4		
<b>Resposta Social</b>	Centro de Dia	36	80	16,20	< 0,001
	Lar	9	20		

Nota:  $\chi^2$  = Qui-Quadrado da Aderência (Comparação das frequências obtidos experimentalmente com as frequências esperadas).

## **Instrumentos**

O nosso estudo realizou-se através da utilização do SWLS (*Satisfaction with Life Scale*), do PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*), na primeira sessão e do OARS (*Olders Americans Research and Services*) na terceira sessão.

Para avaliação da *componente cognitiva* do *bem-estar subjectivo* escolhemos a **Escala da Satisfação com a Vida** (*Satisfaction with Life Scale*, **SWLS**) concebida por Diener e colaboradores (1985) e objecto de uma revisão por Pavot e Diener (1993). A SWLS é constituída por cinco itens respondidos numa escala tipo *Likert* que varia entre 1 (*Discordo Muito*) e 5 (*Concordo Muito*). Em Portugal, a escala foi validada primeiramente por Neto e colaboradores, em 1990, tendo encontrado uma consistência interna de 0,78 (alfa de Cronbach). Simões (1992) repetiu a validação da SWLS, reduzindo a amplitude da escala de resposta de sete para cinco pontos, encontrando uma consistência interna de 0,77 (alfa de Cronbach), que, no nosso estudo, é semelhante (0,79).

A *componente afectiva* do *bem-estar subjectivo* foi avaliada pela **Lista de Afectos positivos e Negativos** (*Positive and Negative Affect Schedule*; **PANAS**), desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988). A PANAS surge da necessidade de desenvolver medidas breves, fáceis de administrar e válidas, para avaliar o afecto positivo e negativo. A escala é constituída por 20 termos descritores da afectividade sentida pelo sujeito, dez dos quais se integram no domínio do afecto positivo e formam a subescala **Afecto Positivo (PA)**, os restantes dez são termos que descrevem o afecto negativo, dando lugar à subescala **Afecto Negativo (NA)** (Galinha & Ribeiro, 2005). A PANAS apresenta uma boa consistência interna (alfa de Cronbach), apresentando valores que se situam entre 0,86 e 0,90, para a subescala PA, e valores entre 0,84 e 0,87 na subescala NA. Assim, neste estudo, utilizámos a versão da PANAS validada por Simões (1993), tendo o investigador adicionado 1 item a cada uma das subescalas, revelando ambas bons índices de fidelidade, apresentando um alfa de Cronbach de 0,82, para a PA, e de 0,85 para a NA. No estudo de adaptação da versão para português, existiu a preocupação em utilizar a mesma metodologia, desenvolvendo um processo similar ao da construção da escala original. A adaptação da PANAS para a língua portuguesa apresenta propriedades semelhantes às da escala

original, podendo ser utilizada como uma escala breve de avaliação do afecto positivo e negativo. No estudo de Galinha e Ribeiro (2005), obteve-se uma correlação de -0,10, o que permite estabelecer a independência entre as duas listas do afecto. No nosso estudo, o PANAS revela uma boa consistência no PA ( $\alpha = 0,80$ ) e no NA ( $\alpha = 0,85$ ).

Na avaliação da saúde física e mental do idoso utilizou-se a parte da **Saúde Física e Mental** do **OARS** (*Olders Americans Research and Services*). O OARS foi traduzido e adaptado por Rodrigues (2008), avalia cinco áreas funcionais. Apresenta um alfa de Cronbach para as cinco escalas de avaliação funcional entre 0,64 e 0,91. O OARS fornece dados sociodemográficos, avalia a percepção subjectiva do idoso, a saúde física e mental (aspectos cognitivos e emocionais), independência no dia-a-dia, suporte social e familiar e utilização de serviços. O objectivo desse instrumento é proporcionar um perfil de saúde multidimensional, identificando quais as dimensões que mais directamente comprometem a capacidade funcional da população idosa. É constituído por 101 perguntas (já que uma entre 102 questões se refere à parte B), das quais 70 são dirigidas ao idoso (questões 1 a 70), 10 são sobre o idoso, mas são respondidas por um informante (questões 72 a 82), e 14 são sobre o idoso, mas são respondidas pelo entrevistador (questões 83 a 96). Cada uma das cinco escalas funcionais apresenta pontuação de 1 a 6 (questões 97 a 101). A incapacidade global é determinada a partir do somatório das pontuações de incapacidade em cada uma das áreas. Este questionário tem mostrado utilidade para o levantamento de informações significativas que auxiliem a centrar as intervenções comunitárias e a promover estratégias de intervenção mais adequadas a esse grupo populacionais. O alfa de Cronbach para as duas subescalas foi de 0,79 para a escala da saúde mental e 0,46 para a escala da saúde física.

Utilizámos também o **Rey-15 Item Test** (Rey, Simões et al., 2010) que é um teste que avalia a simulação dos indivíduos. Este teste é constituído por duas páginas: evocação e reconhecimento. A página da evocação é composta por 15 itens (letras, números e símbolos) organizados em três colunas com cinco linhas cada uma. A página do reconhecimento contém os 15 itens da página de estimulação original, intercalados com mais 15 itens semelhantes. Este teste é apresentado como uma tarefa de difícil realização, quando na realidade se trata de uma tarefa muito simples (Boone et al., 2002; Simões et al., 2010). O Rey-15 Item Test assenta numa base estratégica para a

detecção da simulação, partindo do pressuposto que o simulador ingénuo vai ser enganado e exagerar a sua tarefa, escolhendo uma execução pobre para uma tarefa simples (Boone et al., 2002). Os pontos de corte representativos e indicados mais comumente pela literatura dizem respeito a < 9 para o ensaio de evocação imediata e < 20 para o resultado combinado do ensaio de reconhecimento. Simões e colaboradores propõem uma pontuação inferior a 6 para idosos com declínio.

O resultado combinado do reconhecimento é igual ao número de itens correctamente evocados + (número de itens correctamente reconhecidos – número de falsos positivos) (Simões et al., 2010). Deste modo, este teste foi utilizado para verificar se ocorreu simulação no nosso estudo.

### **Análise Estatística**

Para a análise estatística usamos o *Statistical for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18 para Windows Vista SPSS, Inc., 2011.

Iniciámos a análise estatística com os resultados da amostra recolhida, fazendo uma análise univariada (variável a variável). Posteriormente efectuou-se o estudo da relação entre cada duas variáveis, as que nos pareceram mais relevantes.

No nosso estudo, as variáveis de critério foram o *Bem-Estar Subjectivos* medido pelo SWLS e pelo PANAS e o estado de *Saúde Física* e *Saúde Mental* avaliados pelo OARS. As variáveis independentes, para além das sociodemográficas, incluímos o exercício físico, todas elas registadas na avaliação do OARS:

Realizámos testes paramétricos e não paramétricos, tendo como critérios a dimensão da nossa amostra ( $N = 45$ ) e das subamostras e os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov e das medidas de curtose e simetria. Verificámos que a distribuição é normal no SWLS (Curtose = - 0,62; Simetria = - 0,62; KS = 0,11;  $p = 0,19$ ), e no PANAS Positivo (Curtose = - 0,18; Simetria = 0,80; KS = 0,07;  $p = 0,20$ ) e não é normal no PANAS Negativo (Curtose = - 0,18; Simetria = - 0,80; KS = 0,16;  $p = 0,010$ ), no OARS Saúde Física (Curtose = - 0,11; Simetria = 0,58; KS = 0,30;  $p = 0,00$ ) e no OARS Saúde Mental (Curtose = 1,52; Simetria = -1,44; KS = 0,26;  $p = 0,00$ ).

Utilizamos o  $\chi^2$  da aderência para uma amostra em que a variável é nominal com duas ou mais categorias e foi usado para comparar as frequências observadas com as frequências esperadas da população.

Empregamos o *t* teste para uma amostra com as variáveis em que dispúnhamos valores de referência portugueses (Rey 15-Item test), uma vez que este se aplica quando se descobre a variância populacional e se pretende testar se a média da população assume um determinado valor (Gageiro & Pestana, 2005)

Fizemos a análise das diferenças do Bem-Estar Subjectivo em relação ao sexo e ao tipo de resposta social. Para tal, utilizámos o teste  $\chi^2$  da Independência, através do qual verificámos se o Bem-Estar Subjectivo é interferido pelo sexo ou pelo tipo de resposta social que os idosos dispõem.

Verificámos quais os problemas de saúde física e seu grau de limitação através da análise de frequências. De um leque de 25 doenças físicas, reduziu-se o seu número às mais relevantes e que a literatura mostrou serem mais, importantes e limitantes.

Para testar se existia relação entre as variáveis *Saúde Física*, *Saúde Mental*, *Exercício Físico* e *Bem-Estar Subjectivo*, foi utilizado o teste Eta. Este teste é utilizado quando a variável dependente é quantitativa e a variável independente é qualitativa, nominal ou ordinal. O  $\text{Eta}^2$  é interpretado como a porção da variação na variável dependente que é explicada pela variável independente.

## Resultados

No Quadro 2 podemos observar as medidas de tendência central (Média) e de dispersão (Desvio-Padrão) de dois instrumentos de avaliação utilizados neste estudo, o SWLS ( $M = 17,6$ ;  $DP = 5,78$ ) e o PANAS Positivo ( $M = 30,4$ ;  $DP = 8,40$ ) e PANAS Negativo ( $M = 21,9$ ;  $DP = 8,9$ ). Podemos observar ainda as frequências e percentagens das categorias da *Saúde Física* e da *Saúde Mental* do OARS. Constatámos que um elevado número de idosos constituintes da nossa amostra se encontram insatisfeitos com a vida (80%), assim como, revelam poucas emoções positivas (84,4%) e poucas emoções negativas (84,4%). Observamos ainda que a maioria dos idosos do nosso estudo, está de moderada a gravemente limitados, física (78,3%) e mentalmente (76,7%).

Na saúde física, 100% dos inquiridos demonstram ter algum tipo de limitação, sendo a limitação moderada a que apresenta uma maior prevalência, 55%.

No que respeita à saúde mental, 46,7% dos idosos da amostra revelam uma limitação de grave a total, enquanto, que apenas 10% manifestam uma boa a excelente saúde mental.

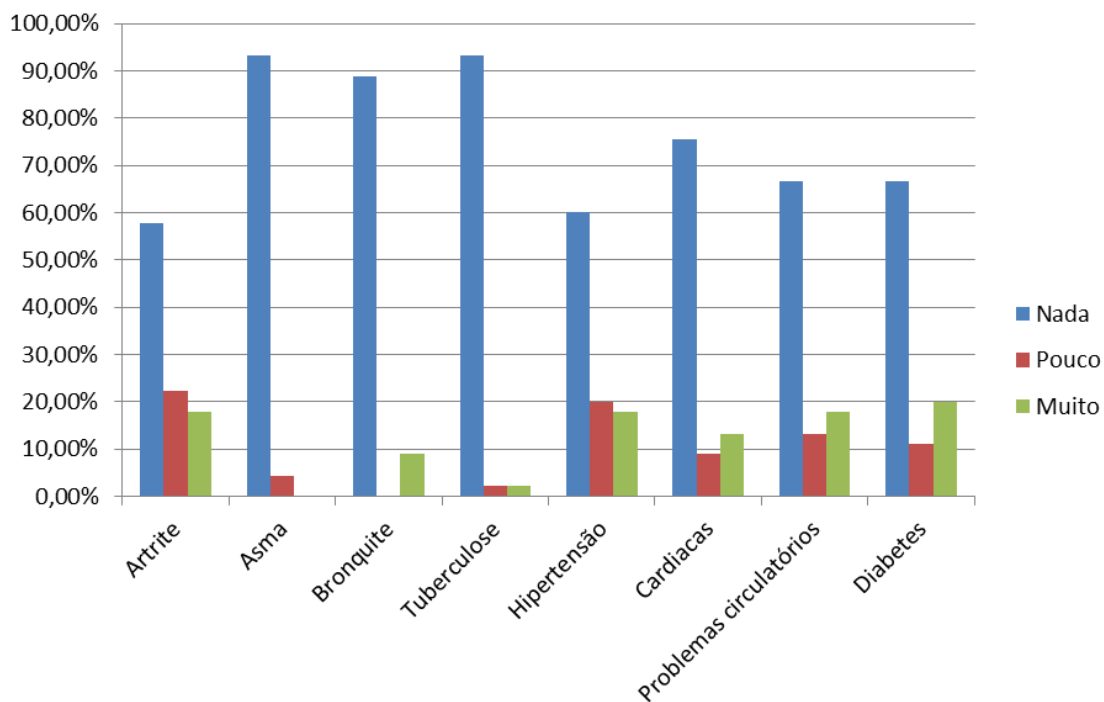
Em média, os idosos da nossa amostra apresentam uma média na evocação do Rey-15-item superior ao valor de referência.

## Quadro 2

*Análise das Variáveis em Estudo (N = 45).*

		Total N = 45					
		<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t/X<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
<b>SWLS</b>				17,6	5,78		
	Insatisfeitos	36	80,0				
	Satisfeitos	9	20,0				
						16,20	< 0,001
<b>PANAS Positivo</b>		30,4	8,40				
	Pouco Afecto	38	84,4				
	Muito Afecto	7	15,6				
						21,36	< 0,001
<b>PANAS Negativo</b>			21,9	8,9			
	Pouco Afecto	38	84,4				
	Muito Afecto	7	15,6				
						21,36	< 0,001
<b>OARS Saúde Física</b>							
	Excelente	0	0				
	Boa	0	0				
	Limitação Pequena	8	17,8				
	Limitação Moderada	25	55,6				
	Limitação Grave	12	26,7				
						—	—
<b>OARS Saúde Mental</b>		45	100				
	Excelente	4	8,9				
	Boa	0	0,0				
	Limitação Pequena	6	13,3				
	Limitação Moderada	14	31,1				
	Limitação Grave/Total	20	44,4				
						29,46	< 0,001
<b>Rey15.item</b>				4,28	3,90	2,21	< 0,05

Na Figura 1, podemos observar as 8 doenças que mais afectam os idosos do nosso estudo (artrite, asma, bronquite, tuberculose, hipertensão, problemas cardíacos, problemas circulatórios dos membros e diabetes). Da amostra em estudo, mais de 50% dos idosos referiram que, nas suas actividades, nada são afectados pelas doenças anteriormente expostas. Doenças como diabetes, artrite, hipertensão e problemas circulatórios, cerca de 20% dos idosos afirmam que são as doenças que afectam muito as suas actividades. Em relação à asma, bronquite e tuberculose quase 100% da amostra não sofre desta doença.



**Figura 1**

*Percentagem de Doenças mais Frequentes e o Grau de Interferência nas Actividades Indicadas pelos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (n = 45).*

No Quadro 3 apresentamos as frequências por categorias de *bem-estar subjectivo* e *saúde* divididas entre os idosos do sexo masculino e do sexo feminino. Na sequência de existirem categorias de valores para os quais não existia qualquer resposta, e para uma melhor compreensão dos resultados, recodificámos as variáveis *saúde física* e *saúde mental* em 2 categorias. As pontuações no SWLS e no PANAS foram também recodificadas em valores nominais através das respectivas médias somadas aos desvios-padrão. Nesta análise, pudemos verificar que o género não

influencia as pontuações em nenhuma das medidas, ainda que entre as mulheres haja uma proporção maior de insatisfação (66,7%), de poucos afectos positivos (71,1%), de poucos afectos negativos (64,4%), de limitação grave a total na saúde física (66,7%) e de limitação pequena a total na saúde mental (73,3%).

### Quadro 3

Análise da Influência do Sexo no Bem-Estar Subjectivo e na Saúde do Idosos (n=0)

		Masculino n = 9		Feminino n = 36		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
SWLS	Insatisfeitos	6	13,3	30	66,7	1,25	0,269
	Satisfeitos	3	6,7	6	13,3		
PANAS Positivo	Pouco Afecto	6	13,3	32	71,1	2,65	0,104
	Muito Afecto	3	6,7	4	8,9		
PANAS Negativo	Pouco Afecto	9	20,0	29	64,4	2,03	0,155
	Muito Afecto	0	0,0	7	15,6		
Saúde Física	Excelente-Limit. Pequena	2	4,4	6	13,3	*	-
	Limitação Grave —Total	7	15,6	30	66,7		
Saúde Mental	Excelente a Boa	2	4,4	2	5,7	2,31	0,129
	Limit. Pequena —Total	7	15,6	33	73,3		

Nota: n = Frequência; SWLS = *Satisfaction with Life Scale*; PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule*; OARS = *Olders Americans Research and Services*;

\* $\chi^2$  não foi calculado pois tínhamos mais de 20% de células com uma frequência esperada < 0,05%.

Para verificar se a *resposta social* tinha influência sobre as pontuações do SWLS, PANAS Positivo e Negativo, Saúde Física e Mental (Quadro 4) foi utilizado o teste do  $\chi^2$  da independência. Constatamos que a maioria dos idosos insatisfeitos (64,4%), com pouco afecto positivo (68,9%), com pouco afecto negativo (66,7%), com limitação grave a total na saúde física (62,2%) e limitação pequena a total na saúde mental (73,3%) está em centro de dia. Apesar destas frequências, não verificámos associação entre a *resposta social* e as medidas de *satisfação e saúde*.



**Quadro 4**

Análise da Influência da Resposta Social no Bem-Estar Subjectivo na Saúde do Idosos (n = 45).

		Lar n = 9		Centro de Dia n = 36		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
SWLS	Insatisfeitos	7	15,6	29	64,4	0,03	0,854
	Satisfeitos	2	4,4	7	15,6		
PANAS Positivo	Pouco Afecto	7	15,6	31	68,9	0,37	0,542
	Muito Afecto	2	4,4	5	11,1		
PANAS Negativo	Pouco Afecto	8	17,8	30	66,7	0,17	0,684
	Muito Afecto	1	2,2	6	13,3		
Saúde Física	Excelente-Limit. Pequena	0	0,0	8	17,8	—*	—
	Limitação Grave —Total	9	20,0	28	62,2		
Saúde Mental	Excelente a Boa	2	4,4	2	4,4	2,31	0,129
	Limit. Pequena —Total	7	15,6	33	73,3		

Nota: n = Frequência; SWLS = *Satisfaction with Life Scale*; PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule*; OARS = *Olders Americans Research and Services*

\* $\chi^2$  não foi calculado pois tínhamos mais de 20% de células com uma frequência esperada < 0,05%.

No Quadro 5 apresentamos as frequências por categorias de *bem-estar subjectivo* divididas entre os idosos com graus diferentes de saúde física.

**Quadro 5**

Análise da Relação entre Saúde Física e o Bem-Estar Subjectivo dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (n = 45)

		Saúde Física												Eta	%
		Excelente		Boa		Limitação Pequena		Limitação Moderada		Limitação Grave		Limitação Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
SWLS	Insatisfeito	0	0,0	0	0,0	7	15,5	20	44,5	9	20,0	0	0	0,10	1,02
	Satisfeito	0	0,0	0	0,0	1	2,22	5	11,1	3	6,70	0	0		
PA	Pouco Afecto	0	0,0	0	0,0	8	17,8	22	48,9	8	17,8	0	0	0,31	9,79
	Muito Afecto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,70	4	8,90	0	0,0		
NA	Pouco Afecto	0	0,0	0	0,0	7	15,5	21	46,7	10	22,2	0	0,0	0,04	0,12
	Muito Afecto	0	0,0	0	0,0	1	2,22	4	8,90	2	4,50	0	0,0		

Nota: SWLS = *Satisfaction with Life Scale*; PA = *Afecto positivo*; NA = *Afecto negativo*.

Os resultados do  $\text{Eta}^2$  que podemos observar no Quadro 5, indicam que a associação do Bem-Estar Subjectivo com a Saúde Física é muito fraca, uma vez que todos os valores são muito inferiores 50%.

Tal informação leva-nos a concluir que não existe uma relação entre *Saúde Física* e *Bem-Estar Subjectivo*, ou seja são independentes entre si.

No Quadro 6 podemos observar as frequências por categorias de *bem-estar subjectivo* divididas entre os idosos com graus diferentes de saúde mental.

### Quadro 6

*Análise da Relação entre Saúde Mental e o Bem-Estar Subjectivo dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (n = 45).*

		Saúde Física								Eta		%	
		Excelente		Limitação Pequena		Limitação Moderada		Limitação Grave/Total					
		n	%	n	%	n	%	n	%				
<b>SWLS</b>	Insatisfeito	3	6,70	4	8,90	12	26,7	16	35,5	0,07	0,5		
	Satisfeito	1	2,22	2	4,50	2	4,50	4	8,90				
<b>PA</b>	Pouco Afecto	3	6,70	3	6,70	14	31,1	17	37,8	0,17	3,0		
	Muito Afecto	1	2,22	3	6,70	0	0,0	3	6,70				
<b>NA</b>	Pouco Afecto	4	8,90	6	13,4	11	24,5	16	35,5	0,19	3,7		
	Muito Afecto	0	0,0	0	0,0	3	6,70	4	8,90				

Nota: SWLS = *Satisfaction with Life Scale*; PA = *Afecto positivo*; NA = *Afecto negativo*.

Os resultados obtidos através do teste Eta, na relação entre a *Saúde Mental* e o *Bem-Estar Subjectivo* indicam que não existe relação significativa, pois os valores observados são todos muito inferiores a 50%.

Finalmente, no Quadro 7 apresentamos as frequências por categorias de *bem-estar subjectivo* e de *saúde* divididas entre os idosos com graus diferentes de saúde mental.

### Quadro 7

Análise da Relação entre Exercício Físico, Satisfação com a Vida, Afectos, a Saúde Física e Saúde Mental dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (N = 45).

		Exercício Físico				Eta	%
		N = 45					
		Pratica		Não Pratica			
		n	%	n	%		
<b>SWLS</b>	Insatisfeito	12	26,7	22	48,9	0,12	1,4
	Satisfeito	4	8,90	4	8,90		
<b>PA</b>	Pouco Afecto	15	33,5	21	46,7	0,18	3,2
	Muito Afecto	1	2,22	5	11,1		
<b>NA</b>	Pouco Afecto	13	28,9	22	48,9	0,04	0,2
	Muito Afecto	3	6,70	4	8,90		
<b>Saúde Física</b>	Excelente a Limitação pequena	15	33,5	17	37,8	*	-
	Limitação Grave a Total	0	0,0	0	0,0		
<b>Saúde Mental</b>	Excelente a Boa	3	6,70	1	2,22	0,22	4,8
	Limitação Pequena a Grave/Total	15	33,5	25	55,6		

Nota: SWLS = *Satisfaction with Life Scale*; PA = Afecto positivo; NA = Afecto negativo.

\*Eta não obtém valor porque toda amostra apresenta problemas de saúde física

Não verificamos associação entre o exercício físico e as variáveis em estudo. Todos os idosos da nossa amostra têm limitações na saúde física, quer pratiquem ou não exercício físico. Na saúde mental, a maioria dos idosos não pratica exercício e tem algum tipo de limitação (55,6%). Finalmente, a maioria dos idosos está insatisfeita, tem pouco afecto positivo (50,0%) e pouco afecto negativo (52,4%) e não pratica exercício.

### Discussão dos Resultados

Antes de iniciar a discussão dos nossos resultados, consideramos importante realçar alguns aspectos importantes sobre a nossa amostra. Trata-se de uma amostra envelhecida com uma idade média de 77 anos, com pouca escolaridade e em que a maioria trabalhou toda a vida sem uma qualificação profissional (agricultores e domésticas). Através destes dados, analisámos e acabámos por perceber que se trata de uma amostra com muitas limitações a nível social-cultural. O baixo grau de escolaridade talvez seja o factor responsável por esta limitação, pois a maioria destes idosos depois do curto tempo de escola pouco ou nada evoluíram na leitura e na escrita. Chegamos a esta conclusão através das pontuações obtidas pelo Rey15. Os

resultados deste teste, indicaram que existe um elevado grau de simulação. No entanto, não nos parece ser a interpretação mais correcta. Estes resultados podem ser explicados por uma elevada percentagem de idosos com uma escolaridade tão reduzida que se mostraram incapazes de realizar esta tarefa. A maioria destes idosos, perante desempenhos que exigiam, leitura, escrita, utilização de caneta ou lápis manifestaram nervosismo, recusa e medo de errar, logo o seu desempenho fica comprometido.

Ao estudarmos a prevalência do Bem-Estar Subjectivo da nossa amostra, verificamos que 80% dos idosos não estão satisfeitos com a sua vida e 84,4% destes revelam experienciar poucas emoções positiva/negativas. O pouco afecto positivo caracteriza a depressão, enquanto muito afecto negativo alto se refere a depressão e ansiedade (Clark, Watson, & Mineka, 1994). Este último resultado revela-nos que estes idosos têm muito poucas experiências afectivas, quer positivas, quer negativas. Quando estas experiências diminuem de intensidade, as emoções dos idosos tornam-se mais rígidas do ponto de vista expressivo e mais distantes na comunicação social, significando um desinvestimento no contacto social (Oliveira, 2010). Deste modo, pensamos que, grande parte destes idosos demonstra estar num estado de apatia ou indiferença perante a vida. A pode ser definida como perda de motivação que se manifesta através de alterações afectivas, cognitivas e comportamentais. Esta alteração do estado psicológico do idoso, potencializam a redução de experiências emocionais, perda de autocritica e retracção (Starkstein, et al., 2005).

Perante estes resultados, achamos que o bem-estar subjectivo destes idosos é uma preocupação, pois a qualidade de vida da maioria não é satisfatória, e não corresponde às expectativas que estes traçaram ao longo da sua vida. Achamos que estes idosos, por se encontrarem institucionalizados, perderam o domínio da própria vida (lazer, finanças, vida pessoal, afectiva e grupo de pertença), passando esta a ser totalmente “controlada” por terceiros (Cardão, 2009). Assim, no processo de envelhecimento não acontecem apenas perdas corporais, existem ainda aquelas que se devem ao envelhecimento social. Uma das principais é a reforma, que traz consigo a falta de ocupação, a insuficiência económica, o isolamento social, a perda de poder e influência, a viuvez que impõe muitas vezes uma alteração radical da sua vida,

agravada quando tem de abandonar as suas casas e passar a habitar em casas de descendentes ou mesmo em lares ou outras instituições.

A velhice é um período normal do ciclo vital caracterizado por mudanças físicas e mentais. De facto, neste estudo pudemos verificar que nenhum idoso manifestava um estado de saúde física excelente, ou seja, todos apresentavam uma limitação física de pequena a grave. No que diz respeito à saúde mental, apenas 8,9% destes idosos mostra uma excelente saúde mental, enquanto 89% expressa um estado de saúde mental limitado, de pequeno a grave. Na nossa perspectiva, grande parte dos idosos/família procuram a institucionalização em último recurso. Deste modo, os idosos vão cada vez mais tarde para as instituições, e os que a procuram mais cedo são pessoas que, apesar da idade, têm as suas capacidades funcionais, cognitivas, ou emocionais bastante comprometidas. Deste modo, existe uma maior probabilidade de entrarem cada vez mais incapacitados, cansados (sedentários), renitentes à mudança, isolados e introspectivos. Assim, consideramos que esta realidade pode ser a razão destes idosos se encontrarem tão limitados, quer física, quer mentalmente.

Nos problemas de saúde física mais frequentes e limitadores dos idosos do nosso estudo, observámos que, mais de 50% diz que, apesar de sofrer de patologias, como Asma, Bronquite ou Tuberculose, estas em nada interferem nas suas actividades diárias, enquanto que 20% refere que a artrite, a hipertensão, os problemas cardíacos, os problemas circulatórios dos membros e a diabetes os limitam muito fisicamente nas suas actividades.

O Bem-Estar Subjectivo é influenciado por diversos factores: capacidade funcional, saúde física, mental e género (George 2010; Moares & Sousa, 2005; Neri, 1993), o que não se verificou neste estudo. No entanto, notámos que os idosos vivem esta etapa cheia de adversidades que lhes afectam o ânimo, o bem-estar, a saúde e a autonomia (George 2010).

Após as análises estatísticas realizadas, verificámos que as diferenças entre as subescalas do Bem-Estar Subjectivo, Saúde Física e Mental em relação ao sexo e à resposta social não foram significativas. Contudo, apesar de as diferenças não serem significativas, constatou-se que os idosos do sexo masculino afirmam ter uma maior satisfação com a vida do que os idosos do sexo feminino. Estes resultados foram semelhantes aos encontrados no estudo de Simões (1992) na validação do SWLS. Na

nossa amostra predominou o sexo feminino (80%), ora as mulheres têm uma esperança média de vida maior do que os homens, o que explica o elevado número de idosas com idade avançada, e que por conseguinte, a maior exposição a problemas de saúde que resultam em internamento hospitalar ou na necessidade de cuidados e assistência contínua (Martins, et al., 2009). Destes dois factores, idade avançada e probabilidade de maiores problemas de saúde, pode resultar a explicação de, na nossa pesquisa, o Bem- Estar Subjectivo se encontrar comprometido.

Os resultados permitiram ainda observar que, curiosamente, os idosos que se encontram em regime de lar também demonstram mais satisfação com a vida do que os que se encontram em centro de dia. Pensamos, que este resultado pode ser explicado pelo facto de muito destes idosos, no final do dia, regressarem a suas casas sozinhos.

Tendo por base os resultados da relação entre o Bem-Estar Subjectivo e a Saúde Física e Mental, verifica-se que a associação não é significativa. Tal informação leva-nos a concluir que não existe uma relação entre Saúde Física, Saúde Mental e Bem-Estar Subjectivo, ou seja, são independentes entre si. À semelhança de outros investigadores, consideramos que os idosos que não demonstram ter uma dimensão positiva da saúde, não têm um envelhecimento saudável (Galinha & Ribeiro, 2005), nem saúde mental (Guedea, et al., 2006), manifestando-se infelizes e desintegrados socialmente (George, 2010; Diener, 2000). Apesar de todo o desgaste que o organismo do idoso sofre, nem todos ficam limitados, e muitos levam a sua vida perfeitamente normal, com as suas doenças controladas e expressando satisfação na vida (Oliveira, 2010). Consideramos que isso não se passa com os idosos por nós estudados, pois todos eles apresentam limitações ao nível físico e mental. A ausência de doenças nos idosos é um privilégio de poucos, mas o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (Lima 2004).

A actividade física é um ponto importante na qualidade de vida do idoso. No entanto, a relação entre os idosos que praticam exercício físico e os que não praticam no nosso estudo não foram significativas, quer a nível físico, quer a nível mental. Contudo sabemos, a partir de outros estudos, que a prática de exercício físico pode ser um factor potencial de prevenção para retardar o declínio da saúde mental (Lautenschlage, Kay, & Kurz, 2010) e de redução do risco de várias doenças físicas (doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão) (Ludlow & Roth, 2001).

Com estes resultados, parece-nos evidente que os idosos estudados estão numa situação de discórdia com tudo aquilo que é referência para uma boa qualidade de vida, encontram-se insatisfeitos com a sua vida, revelam poucas experiências afectivas positivas e negativas e a saúde física e mental também está bastante comprometida.

## **Conclusão**

Este estudo permitiu-nos avaliar o Bem-Estar Subjectivo, a Saúde Física e Mental dos idosos que se encontram sob resposta social no Concelho de Coimbra. Concluímos que a satisfação com a vida não se encontra preservada e que estes idosos se encontram num estado de indiferença, desmotivação e apatia perante a vida. Em termos de Saúde Física e Mental verificamos que quase todos os idosos se encontram limitados, ou seja, tem problemas de saúde que interferem negativamente com as suas actividades e desempenhos.

Estes resultados permitiram reflectir criticamente sobre o ambiente humano deste tipo de serviços sociais e potenciou um meditar da necessidade de sensibilizar a rede institucional para a prevenção do surgimento e/ou agravamento de estados de saúde física, mental e emocional do idoso.

Dentre as questões que merecem especial atenção estão, o próprio funcionamento das instituições, com um o regulamento interior rígido que impõe regras, torna a vida dos residentes demasiado regulada e programada por terceiros, acabando por potenciar uma ruptura com o exterior, dado que todos os aspectos da vida são regulados por uma única entidade. O processo de institucionalização é uma das mudanças que nem sempre o idoso está preparado para receber ou a conseguir perceber da melhor forma. A perda da sua casa e da sua privacidade, o afastamento dos vizinhos de toda uma vida e da família, o contacto com novas pessoas, a existência de regras e horários iguais para todos sem ter em conta a sua individualidade, fazem com que o idoso encare a institucionalização de uma forma negativa e se mentalize de que, a partir daquele momento, “já nada faz sentido”.

Estes problemas obrigam à utilização de métodos e de estratégias que permitam uma avaliação correcta e completa, bem como uma visão global do complexo bio-psico-social que é o idoso (Cardão, 2009).

No contexto institucional, deparamo-nos com muitos idosos que necessitam de trocar afecto com alguém, muitas vezes não tem parentes próximos que possam desempenhar esse papel. É preciso saber escutá-los, esclarecê-los com paciência e até fazê-los rir; coisas simples, mas tão valiosas quanto tudo mais parece faltar.

A institucionalização do idoso tem maior probabilidade de obter um percurso positivo quando são respeitados os direitos humanos, como o direito à escolha, o direito à privacidade e o direito à integração e à participação activa nos pormenores da sua vida. Para isto, foi e continua ainda a ser necessário que estas instituições reformulem o seu modo de funcionamento e procurem outros moldes e estratégias. É necessário investir em programas de reabilitação para ajudar o idoso a elaborar as perdas que sofreu e a ultrapassa-las; dar valor ao que lhe resta, isto é tomar consciência de que ainda dispõe de forças e recursos que podem contribuir para a sua satisfação; descobrir e utilizar novas fontes de gratificação; reformular objectivos de vida; e dar um sentido à vida anterior e actual. É importante que nestas instituições existam métodos que adoptem essencialmente uma postura de suporte e contenção, procurando criar, em conjunto com o idoso, estratégias de intervenção psicológica para diminuir, aliviar, e até extinguir o sofrimento, para restabelecer o bem-estar e o equilíbrio emocional.

Em suma, devido a cada vez mais se valorizar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, estas entidades devem investir em toda uma equipa multidisciplinar, para contribuir para um melhor desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa e que, por isso mesmo, tenham em conta o sofrimento de perda que permanece muitas vezes escondido por detrás das queixas somáticas, sendo ignorado ou desvalorizado. Um dos principais objectivos é fazer com que alguns idosos não se auto-excluam de viver, devido às ideias preconcebidas de que já nada há a fazer.



## Bibliografia

- Adkins, G. M. (1996). Personality traits and states as predictors of subjective well-being in centenarians, octogenarians and sexagenarians. *Psychology and Aging, 11*, 408-416.
- Albuquerque, A. S. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teorias e Pesquisa, 20*, 153-164.
- Almeida, L. B. (2006). A Idade não Perdoa: O idoso à luz da neurologia gerontológica. Lisboa: Gradinha.
- Boone, K., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey 15-Item Recognition Trial: A Technique to Enhance Sensitivity of the Rey 15-Item Memorization Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 24*, 561-573.
- Brise, P. R. (1985). Uma vida nova: a terceira idade. Lisboa: Verbo.
- Cardão, S. (2009). O Idoso Institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler.
- Chatters, L. (1988). Subjective well-being in married men. *Psychology and Aging, 13*, 184-190.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research, 31*, 103-157.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*, 34-43.
- Diener, E. S. (1999). Subjective well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.
- Diner, E. E. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Forstmeier S., & Maercker, A. (2008). Motivational Reserve: Lifetime Motivational Abilities Contribute to Cognitive and Emotional Health in Old Age. *Psychology and Aging, 23*, 886 - 899.
- Galinha, I. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doença, 6*, 203-214.

- George, L. K. (2010). Still Happy After All These Years: Research Frontiers on Subjective Well-being in Later Life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 3, 331-339.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12, 43-50.
- Guedea, M. A., Albuquerque, F. J., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A., Seabra, M. A. & Guedea, R. L. (2006). Relação do Bem-Estar Subjectivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19, 301-308.
- Jacob, L. (2008). Animação de Idosos. (4ª Ed.) Lisboa: Ambar.
- Lautenschlager, N. T., Kay, C., & Kurz, A. F. (2010). Physical Activity and Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 10, 352-358.
- Lawton, M. D. (1995). Relationship of events and affect in the daily life of an elderly population. *Psychology and Aging*, 10, 469-477.
- Lima, M. P. (2004). Posso Participar. Porto: Ambar.
- Martins, J. J., Schneider, D. G., Coelho, F. L., Nascimento, E. R., Albuquerque, G. L., Erdmann, L. & Gama, F. O. (2009). Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enfermagem*, 22, 265-71.
- Morares, J. F. (2005). Factores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente activos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 302-308.
- Neri, A. L. (1993). Qualidade de Vida no Adulto Maduro Interpretações Teóricas Evidências de Pesquisa. Em qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papyrus Editora.
- Oliveira, B. (2010). Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. Livpsic.
- Oliveira, J. H. (2008). Psicologia do Idoso: Temas Complementares. Porto: Livpsic.
- Pais-Ribeiro, I. C. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): - II Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219-227.
- Pavot, W. E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.

- Pereira, C. A. (1997). Um panorama histórico-Conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e bem estar subjectivo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 49, 32-48.
- Pestana, M. H., & Gajero, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais* (4ª Ed.) Lisboa: Edições Silabo.
- Ramos, L. R. (2003) Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19, 793-798.
- Ranzjin, R. &. (2000). Measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging And Human Development*, 50, 263-278.
- Rebello, H. (2007). Psicoterapia na Idade Adulta Avançada. *Análise Psicológica*, 4, 543-557.
- Rodrigues, R. M. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Publica*, 23, 109-115.
- Serra, A. V. (2006). Que significa envelhecer. In H. Firmini, *Psicogeriatría* (21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Silva, F. (1999). *Crenças em relação à velhice: bem-estar subjectivo e motivos para frequentar Universidade da Terceira Idade*. Dissertação de Mestrado não publicado, Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 503-515.
- Spar, J. E. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Squire, A. (2005). Saúde e bem-estar para pessoas idosas, fundamentos básicos para a prática. Loures: Lusociência.
- Starkstein, S. E, Ingram, L. Garau M.L., Mizrahi R. (2005). On the overlap between apathy and depression in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 1070-1074,
- Strawbridge, W. W. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42, 727-733.