

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

QUALIDADE DE VIDA, COMPETÊNCIAS COGNITIVAS E
FUNCIONAIS NOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO
INSTITUCIONALIZADOS

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
Especialização em Psicologia da Saúde

ELSA CAMPÔA

FARO

2009

Nome: Elsa Filipa Reis Campôa

Departamento: Psicologia

Data: 14/12/2009

Titulo da Dissertação: Qualidade de vida, competências cognitivas e funcionais em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Júri:

Professora Doutora Ida Lemos

Professor Doutor Luís Sérgio Vieira

Professor Doutor José Pais Ribeiro

Agradecimentos

No final da realização deste trabalho de investigação, considero importante a dedicação de algumas palavras de agradecimento a todos os que contribuíram e facilitaram toda a realização do mesmo.

Todas as pessoas que me rodeiam influenciaram todo o trabalho promovendo controlo emocional e motivação mesmo nos momentos de maior fragilidade e fadiga.

Deste modo, um especial agradecimento ao Professor Doutor José Pestana Cruz, pela orientação e apoio prestado ao longo de todo o tempo mesmo quando este factor não era o mais importante. Agradeço-lhe especialmente o voto de confiança e de encorajamento nas competências pessoais.

A família tem sido sempre um aspecto central na minha vida, pelo que neste momento foram também um suporte e apoio ao longo de todo o trabalho, pelo que lhes agradeço com bastante carinho.

Quero também agradecer toda a ajuda proporcionada pelos colegas do Mestrado em Psicologia da Saúde pelo companheirismo e inter-ajuda proporcionada e também agradecer aos colegas do Mestrado Integrado em Medicina, que na fase final de realização do trabalho de investigação tiveram um papel bastante importante na motivação para a continuidade e conclusão deste projecto.

A todos os meus amigos, com especial destaque aos que me acompanharam durante toda esta fase da minha vida, um especial agradecimento pela paciência e colaboração, ajuda e apoio, mesmo nos momentos de maior tensão, pela sua continuidade de apoio e incentivo.

Um forte agradecimento também às Instituições que permitiram a realização deste trabalho e aos técnicos que nelas exercem as suas funções, por todo o apoio e demonstração da realidade das Instituições que nos rodeiam e do trabalho realizado nelas.

Um último agradecimento, mas talvez um dos mais importantes, a todos os idosos participantes neste estudo. Agradeço-lhes pela colaboração e disponibilidade mas sobretudo pelos ensinamentos relativamente à vida em geral que me transmitiram, pois há saberes e saberes, sendo que os que me transmitiram não os poderia adquirir de outra forma. Além de toda a experiência profissional e de investigação que me foi permitido ao longo da realização deste trabalho, o que melhor retirei foi um grande crescimento e maturação pessoal.

Resumo

A presente investigação teve por objectivo analisar a qualidade de vida, competências cognitivas e funcionais dos idosos institucionalizados e dos que frequentam centro de dia.

Por outro lado, procurou-se também verificar a influência de outros factores nestas variáveis, procurando-se compreender o papel moderador dos traços de personalidade e o papel mediador dos estilos de vida, estratégias de *coping* e suporte social percebido.

A amostra deste estudo é composta por 210 sujeitos de ambos os sexos, com média de idades de 81,19 anos, que frequentam Instituições de Terceira Idade nas respostas sociais de lar (52,4%) e centro de dia (47,6%).

Apesar de existir declínio cognitivo associado ao envelhecimento, os idosos em estudo apresentaram níveis de deterioração cognitiva moderados, destacando-se a influência dos estilos de vida, pela necessidade de presença de um estilo de vida activo.

Também ao nível da funcionalidade se reflecte a necessidade de um estilo de vida activo, surgindo também a importância do suporte social percebido pela importância que os idosos atribuem às relações familiares.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é baixa nos idosos em estudo reflectindo a baixa percepção de saúde física e de saúde mental. Verifica-se que a saúde física é fortemente influenciada pelos estilos de vida, *coping* e traços de personalidade. A saúde mental, por sua vez, é melhor influenciada pelos estilos de vida activos e traços de personalidade, nomeadamente pelo neuroticismo.

Considera-se bastante importante o incentivo à prática de estilos de vida activos aos vários níveis, especialmente ao nível da actividade, socialização e *coping* funcional.

Palavras-chave: idosos; qualidade de vida; competências cognitivas; competências funcionais.

Abstract

The present investigation proposed to study and analyze the quality of life, cognitive and functional competences of the institutionalized elderly population and those frequenting daytime activities.

On the other hand, there was attention to the influence of other factors in these variables, giving understanding to the moderating role of personality traits and the mediating role of lifestyles, coping strategies and perceived social support.

The sample for this study encompasses 210 subjects of both sexes, with an average age of 81,19 years old, frequenting Resting Homes in the institutionalized (52,4%) and daytime activities (47,6%) modalities.

Although there is a cognitive decline associated with aging, the elderly in study present moderate cognitive deterioration levels, giving emphasis to the influence of lifestyles, due to the need of an active lifestyle.

Functionality-wise, the need for an active lifestyle is clearly reflected and the importance attributed by the elderly to family relations also suggests the importance of perceived social support.

The life quality to health relation is low in the elderly in study, revealing the low physical and mental health perception. It is made clear that the physical health is strongly influenced by lifestyles, coping and personality traits. Mental health, on the other hand, is best influenced by active lifestyles and personality traits, namely neuroticism.

Incentive to the practice of active lifestyles in all levels, especially concerning activity, socialization and functional coping is considered highly important.

Keywords: elderly; quality of life; cognitive competences; functional competences.

Índice Geral

Introdução	1
Enquadramento conceptual	3
Envelhecimento e Qualidade de Vida	3
Envelhecimento e Competências cognitivas	15
Estilos de Vida e Envelhecimento	18
Suporte Social e Envelhecimento	21
Estratégias de Coping e Envelhecimento	28
Traços de Personalidade e Envelhecimento	35
Método	39
Objectivos e Questões de Investigação	39
Amostra	40
Instrumentos de recolha de dados e sua descrição	44
Questionário sócio-demográfico e clínico	44
Clifton – Procedimentos para avaliação de idosos	44
Questionário de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde MOS SF 36	46
Escala de avaliação de estilos de vida nos idosos (EEVI)	48
Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)	49
Brief COPE	50
Inventário de Personalidade NEO FFI 20	52
Questão aberta	53
Procedimentos de recolha e tratamento de dados	54
Definição das variáveis	55
Apresentação e discussão de resultados	62
Resultados médios das escalas	62
Balanço de vida dos idosos	65
Variáveis que influenciam as competências cognitivas dos idosos (CAS)	67
Variáveis que influenciam as competências funcionais dos idosos (BRS)	72
Variáveis que influenciam a percepção de saúde física dos idosos	76
Variáveis que influenciam a percepção de saúde mental dos idosos	80

Diferenciação entre sexos relativamente às variáveis dependentes	85
Diferenciação entre cada resposta social relativamente às variáveis dependentes ...	86
Diferenciação entre sexos relativamente às variáveis moderadoras e mediadoras ...	88
Diferenciação entre cada resposta social relativamente às variáveis moderadoras e mediadoras	91
Influência das variáveis moderadoras nas variáveis mediadoras	95
Conclusões do estudo	104
Referências	108
Anexos	114

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de relação das variáveis em estudo	40
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características sócio-demográficas da amostra	41
Tabela 2: Características clínicas da amostra	41
Tabela 3: Características institucionais da amostra	42
Tabela 4: Características da amostra em lar	42
Tabela 5: Características da amostra de centro de dia	43
Tabela 6: Resultados da análise descritiva dos resultados dos instrumentos	61
Tabela 7: Resultados da análise descritiva do balanço de vida dos idosos	64
Tabela 8: Resultados da regressão linear múltipla entre os estilos de vida e as competências cognitivas	66
Tabela 9: Resultados da regressão linear múltipla entre a satisfação com o suporte social percebido e as competências cognitivas	67
Tabela 10: Resultados da regressão linear múltipla entre as competências de <i>coping</i> e as competências cognitivas	68
Tabela 11: Resultados da regressão linear múltipla entre os traços de personalidade e as competências cognitivas	69
Tabela 12: Resultados da regressão linear múltipla entre os estilos de vida e as competências funcionais	71
Tabela 13: Resultados da regressão linear múltipla entre a satisfação com o suporte social percebido e as competências funcionais	72
Tabela 14: Resultados da regressão linear múltipla entre as estratégias de <i>coping</i> e as competências funcionais	73
Tabela 15: Resultados da regressão linear múltipla entre os traços de personalidade e as competências funcionais	74
Tabela 16: Resultados da regressão linear múltipla entre os estilos de vida e a percepção de saúde física	76
Tabela 17: Resultados da regressão linear múltipla entre a satisfação com o suporte	

social percebido e a percepção de saúde física	77
Tabela 18: Resultados da regressão linear múltipla entre as estratégias de <i>coping</i> e a percepção de saúde física	78
Tabela 19: Resultados da regressão linear múltipla entre os traços de personalidade e a percepção de saúde física	79
Tabela 20: Resultados da regressão linear múltipla entre os estilos de vida e a percepção de saúde mental	80
Tabela 21: Resultados da regressão linear múltipla entre a satisfação com o suporte social percebido e a percepção de saúde mental	81
Tabela 22: Resultados da regressão linear múltipla entre as estratégias de <i>coping</i> e a percepção de saúde mental	83
Tabela 23: Resultados da regressão linear múltipla entre os traços de personalidade e a percepção de saúde mental	84
Tabela 24: Média e desvio padrão de cada sexo relativamente às variáveis dependentes	85
Tabela 25: Resultados do teste t relativo às diferenças entre sexos nas variáveis dependentes	85
Tabela 26: Média e desvio padrão de cada resposta social relativamente às variáveis dependentes	86
Tabela 27: Resultados do teste t relativo às diferenças entre as respostas sociais nas variáveis dependentes	86
Tabela 28: Resultados do teste t relativo às diferenças entre sexos nas variáveis moderadoras e mediadoras	88
Tabela 29: Resultados do teste t relativo às diferenças entre as respostas sociais nas variáveis moderadoras e mediadoras	91
Tabela 30: Resultados da regressão linear múltipla entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas e as competências cognitivas	93
Tabela 31: Resultados da regressão linear múltipla entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas e as competências funcionais	94
Tabela 32: Resultados da regressão linear múltipla entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas e a percepção de saúde mental	94
Tabela 33: Resultados da regressão linear múltipla entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas e a percepção de saúde física	95
Tabela 34: Resultados da regressão linear múltipla entre os traços de personalidade e os estilos de vida	96

Tabela 35: Resultados da regressão linear múltipla entre os traços de personalidade e a satisfação com o suporte social	98
Tabela 36: Resultados da regressão linear múltipla entre os traços de personalidade e os estilos de <i>coping</i>	100

Índice de Anexos

Anexo A: Consentimento informado	115
Anexo B: Questionário sócio-demográfico e clínico	116
Anexo C: Clifton	118
Anexo D: Questionário de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde MOS SF 36	124
Anexo E: Escala de estilos de vida para idosos (EEVI)	127
Anexo F: Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)	129
Anexo G: Brief COPE	130
Anexo H: Inventário de personalidade NEO FFI 20	132
Anexo I: Questão aberta	133

O tema do envelhecimento tem sido central nas investigações das últimas décadas, especialmente nos seus aspectos sociais, tendo em consideração a importância atribuída ao envelhecimento satisfatório e à qualidade de vida. Associada à qualidade de vida está também a manutenção das competências cognitivas e funcionais dos sujeitos ao longo do processo de envelhecimento. Por outro lado, vários estudos têm demonstrado a importância das relações sociais, dos estilos de vida, das estratégias de *coping* e dos traços de personalidade para ajudar o indivíduo a lidar com as vicissitudes do processo de envelhecer (Freitas, 2006; Kafetsios, 2006).

Em Portugal, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (1999, cit in Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005), entre 1960 e 1998 o envelhecimento da população portuguesa traduziu-se num decréscimo de 35,1% na população jovem (entre os 0 e os 14 anos) e um incremento de 114,4% da população idosa (65 anos ou mais). A esperança média de vida tem aumentado, levando ao desenvolvimento de vários estudos sobre os factores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida (QV) na terceira idade. Verifica-se hoje que os idosos constituem 16,4% da população geral. A esperança média de vida é actualmente de 79,4 anos para as mulheres e 72,4 anos para os homens, com uma taxa de iliteracia elevada (55,1%), mais expressiva nas mulheres (64,7%) do que nos homens (41,3%) (INE, 2002, cit in Paúl et al., 2005).

A percentagem de famílias com pelo menos um idoso é de 32,5%. Cinquenta, vírgula cinco por cento dos idosos vivem sozinhos e 48,1% são casais, sendo a coabitação reduzida. Salienta-se que o número de famílias de idosos está a aumentar e as famílias multigeracionais a diminuir (INE, 2002, cit in Paúl et al., 2005).

Relativamente às actividades sociais, 68% dos idosos conversam diariamente com vizinhos. Ver televisão (96%) é a actividade de lazer mais frequente.

O nível de actividade e participação comunitária é muito baixo e menos de 5% dos indivíduos idosos referem participar em qualquer iniciativa ou organização comunitária e a maioria diz permanecer em casa todo o dia.

As mulheres afirmam ter pior saúde que os homens e referem ter ido ao médico pelo menos uma vez nos últimos três meses. Os estudos do INE mostram que os idosos portugueses são muito desfavorecidos, mas a sua condição psicossocial continua pouco conhecida (INE, 2002, cit in Paúl et *al.*, 2005).

Os estilos de vida revelam-se de extrema importância na promoção de QV e influenciam as competências cognitivas dos idosos, pois de acordo com pesquisas efectuadas em diversos países comprova-se que o estilo de vida é reconhecido como um dos determinantes mais importantes na saúde dos sujeitos, grupos e comunidades (Fonseca, 2006).

O presente estudo de investigação tem por objectivo analisar os níveis de QV, de competências cognitivas e funcionais dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, mais especificamente, os idosos residentes em instituições de longa permanência (lares) e os que frequentam centros de dia. Na análise destas variáveis pretende-se também verificar o papel moderador dos traços de personalidade e o papel mediador dos estilos de vida, da satisfação com o suporte social percebido e das estratégias de *coping* que os idosos utilizam para lidar com as alterações próprias do processo de envelhecimento.

Consideramos este tema fundamental, salientando a necessidade de desenvolvimento de trabalhos de investigação que contribuam ao nível dos conhecimentos científicos, sociais e clínicos através do conhecimento das variáveis que influenciam a QV e as competências cognitivas dos idosos de forma a tornar mais eficazes as intervenções nesta área social crítica. Este tipo de investigações pode trazer vários contributos para a intervenção na promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos, um aspecto fundamental tendo em consideração o envelhecimento populacional.

Enquadramento conceptual:

Envelhecimento e Qualidade de Vida

Ser idoso é uma condição que é compreendida na sequência das histórias de vida dos sujeitos e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. Existem várias formas de envelhecer, incluindo os idosos bem-sucedidos e activos e também os idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto em que vivem. A complexidade do envelhecimento e a heterogeneidade dos resultados emergem em termos de qualidade de vida (QV) ou outros indicadores psicossociais. Por outro lado, aspectos recorrentes parecem ser transversais à vivência dos mais velhos, como o sentimento de solidão, sendo este um dos resultados mais partilhados na singularidade de cada sujeito (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

O envelhecimento é visto como um evento negativo associado a doenças, contrastando com expectativas sociais e valores culturais que enfatizam a beleza e produtividade (Silva & Günther, 2000). Alterações nos hábitos de vida, condições de moradia, emprego e saúde interferem na QV dos idosos, o que gera um perfil diferenciado de envelhecimento, sendo que a motivação, educação e cultura favorecem os processos cognitivos, motores, sensoriais e intelectuais Baltes (1997, cit in Silva & Günther, 2000; Fonseca, 2006).

Considera-se que o envelhecimento tem três componentes: o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de um aumento da probabilidade de morrer chamada senescência; um envelhecimento social, relativo a papéis sociais, apropriado para as expectativas da sociedade nesta faixa etária; e o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções adaptando-se o processo de senescência e envelhecimento Schroots e Birren, (1980, cit in Paúl, 2005^a).

Actualmente o processo de envelhecimento é, preferencialmente, estudado sob três pontos de vista: psicologia, saúde e prestação de cuidados. Sob o ponto de vista da psicologia, a condição de ser idoso actualmente corresponde a padrões diversificados de histórias de vida e de comportamentos cuja complexidade necessita de um olhar psicológico, com a sua representação em termos de construção de sentidos e significados para o acto de envelhecer (Paúl & Fonseca, 2005).

Ao nível da saúde é importante considerar que ao alargamento do tempo de vida corresponde um aumento do risco de adoecer e da necessidade de recurso a serviços de saúde, sendo este um recurso adaptativo para os idosos, independentemente da sua origem social, cultural e económica, ganhando um papel cada vez mais importante no envelhecimento. O terceiro ponto de vista corresponde à prestação de cuidados, salientando-se, devido à grande heterogeneidade verificada entre os idosos, que suscita a necessidade de se analisar a adequação dos tipos de cuidados mais comuns, formais e informais, praticados junto da população idosa, bem como pela diversidade de modelos assistenciais existentes (Paúl & Fonseca, 2005).

Os estudos sobre o desenvolvimento adulto têm-se apoiado na perspectiva teórica do desenvolvimento de curso de vida, proposta por Baltes, Reese e Lipsitt (1980, cit in Silva & Günther, 2000). O desenvolvimento é um processo multidireccional e multifuncional, influenciado pelo contexto histórico e abrangendo todo o curso da vida, ocorrendo assim um constante equilíbrio entre ganhos e perdas, resultando numa variabilidade intra-individual e em plasticidade individual. Os efeitos negativos deste período podem ser minimizados pela activação das capacidades de reserva para o desenvolvimento, pelo que as perdas cognitivas podem ser compensadas por ganhos da inteligência prática (Baltes, 1991, cit in Silva & Günther, 2000).

Segundo Birren (1995, cit in Paúl, 2005), o envelhecimento é visto como um processo ecológico, uma interacção entre organismos com o seu padrão genético e diversos meios físicos

e sociais, pelo que o aumento da longevidade de 45 para 75 anos, teve maior influência da parte das mudanças económicas, tecnológicas e sociais do que propriamente dos factores biológicos e genéticos, tendo assim se desenvolvido vários modelos explicativos do envelhecimento humano (Paúl, 2005).

Na perspectiva de ciclo de vida, os teóricos do desenvolvimento Baltes e Smith (1999, cit in Paúl, 2005), juntam diferentes tipos de análise interdisciplinar, para explicar as mudanças relacionadas com a idade e resumem as perspectivas metateóricas do envelhecimento humano em três diferentes níveis de análise.

O primeiro nível corresponde às perspectivas biológicas e culturais do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida que assenta em duas proposições. A primeira proposição indica que a arquitectura co-evolutiva da ontogénese humana é incompleta do ponto de vista biológico e cultural, aumentando a incompletude com a idade devido à diminuição dos benefícios da selecção evolutiva, do aumento da necessidade de cultura e da eficácia da cultura que ocorre com esta mesma idade. A segunda proposição indica que a observação dos fenómenos nos idosos reflecte a arquitectura incompleta e sublinha o hiato crescente entre o que é desejável e o que é biológica e culturalmente possível (Paúl, 2005).

O segundo nível denomina-se de perspectivas de curso de vida das mudanças relacionadas com a idade: envelhecimento como multidimensional, multidireccional e dinâmico, da qual decorrem três proposições (Paúl, 2005).

A primeira proposição indica que as mudanças relacionadas com a idade devem ser feitas como multifacetadas e multifuncionais, tendo em consideração a dinâmica de ganhos e perdas, sendo que na velhice o balanço entre ganhos e perdas torna-se menos positivo, se não negativo; os défices, condições de perda ou limitação agem como catalisadores de novas formas de mestria e inovação; potenciais e limites, diminuindo a plasticidade do potencial humano com a idade; bem como a existência de um guião inerente ao curso de vida na

afecção de recursos a objectivos distintos, através da gestão do crescimento, da manutenção e das perdas (Paúl, 2005).

A segunda proposição deste segundo nível indica que o envelhecimento bem-sucedido envolve a interacção colaborativa de três componentes: selecção, compensação e optimização. A necessidade de coordenação efectiva destes três componentes, especialmente a compensação, aumenta na vida adulta tardia. A última proposição do segundo nível salienta que a velhice avançada é a forma mais radical de incompletude evolutiva e cultural (Paúl, 2005).

O terceiro nível, denominado envelhecimento em níveis de comportamento e mecanismos (por exemplo, inteligência ou personalidade), assenta na proposição de que a optimização do desenvolvimento humano torna-se mais difícil com o desenvolver até ao máximo do curso biológico (Paúl, 2005).

Baltes e Smith (1999, cit in Paúl, 2005) consideram a existência de uma grande inter-relação entre o funcionamento sensorial e intelectual, tal como observaram no seu Estudo do Envelhecimento de Berlim (*BASE Study*). Os factores biológicos (visão, audição, equilíbrio são preditores mais fortes do funcionamento intelectual do que a história de vida sociocultural (educação, prestígio, classe social e rendimento).

Tendo como base vários estudos, foi desenvolvido o conceito de quarta-idade, com início aos 80 anos, à qual corresponde menor qualidade de vida e um estado funcional mais pobre, em que a maioria das pessoas está inactiva e em que a funcionalidade se estende não apenas à dimensão física, mas também ao funcionamento psicológico e social. Assim, a incompletude da arquitectura biológico-genética e cultural-social do ciclo de vida é tão radical nesta quarta-idade como as perdas qualitativas, sendo igualmente um fenómeno dotado de universalidade (Paúl, 2005).

O aumento crescente da população idosa tem grandes implicações para a sociedade e para os indivíduos, nomeadamente no que diz respeito aos maiores níveis de incapacidade

funcional e respectiva contribuição para a diminuição da QV, autonomia e independência do idoso (Black & Rush, 2002, cit in Caeiro, et al., 2008).

Com o aumento do tempo de vida, o envelhecimento bem-sucedido e o envelhecimento activo têm sido conceitos centrais, correspondentes a um envelhecimento com níveis de QV satisfatórios (Paúl, 2005).

Neste sentido, um envelhecimento bem sucedido, ou seja, com QV, está em grande parte dependente da saúde do idoso, da sua autonomia e independência. Entende-se autonomia como a capacidade do idoso gerir a sua vida, tomando as próprias decisões sobre si, enquanto a independência é entendida como a capacidade de desempenho de actividades de vida diárias e de auto-cuidado. O declínio das funções cognitivas associado ao envelhecimento está também associado a factores externos comportamentais, ambientais e sociais, sendo estes na sua globalidade os grandes responsáveis pelo aparecimento de múltiplas situações de doença e incapacidade no idoso (Sequeira, 2007).

Perante as alterações na vida dos idosos torna-se necessário analisar os seus níveis de QV. Ao longo do tempo têm surgido várias definições para a QV, não havendo uma definição consensual (Arkar, Sari & Fidaner, 2004; Ogden, 2004). Pode ser considerada como o valor atribuído à duração da vida, modificado pelas incapacidades, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais influenciadas por doenças, lesões, tratamentos ou políticas (Ogden, 2004). A Organização Mundial de Saúde considera-o como um conceito alargado, afectado complexamente pela saúde física, psicológica, nível de dependência, relações sociais e meio envolvente do sujeito (WHOQOL Group, 1993, cit in Ogden, 2004).

Tendo em consideração a inexistência de concordância relativamente a uma definição de QV, considera-se que este conceito está relacionado com a auto-estima e o bem-estar subjectivo (BES), abrangendo aspectos como a capacidade funcional, nível socioeconómico, estado emocional, interacção social, actividade intelectual, auto-cuidado, suporte familiar,

estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosos, estilo de vida, satisfação com emprego e/ou actividades diárias e o ambiente em que vive (Arkar et *al.*, 2004; Vecchia et *al.*, 2005).

Relativamente aos idosos, verifica-se a existência de aspectos característicos que definem QV: BES, felicidade e realização pessoal. Podem considerar-se três grupos: valorização da afectividade e relações familiares; valorização da obtenção de prazer e conforto; valorização da sua QV em função dos objectivos atingidos em relação a esta (Vecchia et *al.*, 2005).

Para outros autores, a QV dos sujeitos pode basear-se em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconómico e satisfação (Takahashi, Tamura & Tokoro, 1997), pelo que se podem considerar quatro dimensões da QV: psicológica, que envolve o humor, sofrimento emocional ou mesmo adaptação à doença; social, abrangendo os relacionamentos e as actividades sociais e de lazer; ocupacional, relacionado com o trabalho pago e não pago; e física, envolvendo a mobilidade, dor, sono e apetite (Ogden, 2004; Arkar et *al.*, 2004).

Vários autores conceituam a QV sobre dois pontos de vista: uma mais geral que se encontra baseado numa definição proposta pela Organização Mundial de Saúde e o outro que define a QV sob o ponto de vista das disfunções e dificuldades causadas pelas doenças, a qual é denominada de qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS). Este termo é um indicador para contextualizar o objecto de estudo, um alerta para o facto de que, num contexto de doença, além dos diversos factores que podem afectar a QV, estão presente os factores relacionados à gravidade da doença (Soni & Cella, 2002, cit in Souza, 2007).

Considerando a QV, verifica-se que esta se pode delimitar em dois tipos: qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e qualidade de vida não relacionada com a saúde. A qualidade de vida não relacionada com a saúde inclui, de acordo com Cramer e Spilker (1998, cit in Araújo & Araújo, 2000) quatro domínios: interno pessoal, pessoal social, meio ambiente natural externo e meio ambiente social externo. Cada um desses domínios subdivide-se em diferentes componentes que dependem de factores individuais. Por outro lado, a QVRS

representa a parte da QV ligada directamente à saúde do sujeito. Assim, factores externos e internos afectam a percepção, a função e a sensação de bem-estar de uma pessoa (Araújo & Araújo, 2000).

A QVRS não pretende apenas medir a gravidade dos sintomas ou doenças mas permitir a descrição de experiências e preferências individuais em diferentes estados de saúde (Hays & Payers, 1998, cit in Souza, 2007). Assim, QV é um constructo que engloba as percepções individuais da saúde física e mental e as correlações com os riscos à saúde, funcionamento do corpo, suporte social, estado socioeconómico e todas as condições disponíveis, inclusive de políticas e práticas de saúde que podem influenciar a percepção e o estado de saúde de uma população (Souza, 2007).

Relativamente à QVRS pode considerar-se a existência de diferentes definições. De acordo com Guiteras e Bayés (1993, cit in Seidl & Zannon, 2004) a QVRS é a avaliação subjectiva que o sujeito faz de várias dimensões da sua vida e também em relação ao seu próprio estado de saúde. Outros autores indicam-na como referindo-se a vários aspectos da vida do sujeito que são afectados por mudanças no seu estado de saúde e que são significativos para a sua qualidade de vida (Cleary et al., 1995, cit in Seidl & Zannon, 2004).

No caso dos idosos, a QVRS é avaliada geralmente por medidas do domínio específico da saúde. Essa condição inclui vários aspectos como o nível de actividades diárias, nível de dor, vitalidade, entre outros aspectos. Num estudo realizado com 493 pacientes com média de 80 anos e boa saúde mental foi analisada a associação entre essa condição e a auto-percepção de QV. Foi ainda medida a QV global e quatro domínios de saúde: capacidade física, limitação na capacidade física diária, sofrimento psicológico e nível de dores. Nesse estudo, as correlações foram significativas e Covinsky et al (1999, cit in Araújo & Araújo, 2000) concluíram que, no geral, a condição de saúde é um razoável indicador de QV.

Vários estudos têm procurado estudar os efeitos da actividade física na QVRS sendo que Rejeski et al. (1996, cit in Araújo & Araújo, 2000) consideram que esses efeitos podem ser

directos ou indirectos. Assim, mudanças positivas tendem a acontecer quando os indivíduos passam a adoptar um estilo de vida mais activo fisicamente. Por outro lado, os efeitos indirectos relacionam-se com a ligação entre actividade física e QVRS, incluindo sensação psicológica de bem-estar, função física, cognitiva e social. Estudos indicam uma relação positiva entre a redução de níveis de ansiedade e de depressão e a prática de actividade física, o que resulta numa melhoria da aptidão física dos sujeitos (Rejeski et al., 1996, cit in Araújo & Araújo, 2000).

Considerando o processo de envelhecimento, estudos da Fundação MacArthur destacam três condições para envelhecer com qualidade: manter um baixo risco de doença (estilo de vida saudável), manter um funcionamento físico e mental elevado, bem como um envolvimento/compromisso activo com a vida. Um estudo realizado com 502 reformados destaca as seguintes categorias para uma boa adaptação à condição de reformado com índice de boa QV: vida conjugal e familiar, ocupação gratificante do tempo livre, (re)definição de objectivos, envolvimento em actividades de cultura e lazer e enriquecimento da rede social. Em Portugal estudos revelam que os idosos portugueses consideram a sua QV como: 27% “boa/muito boa”, 41% “nem boa nem má”, 32% “má/muito má”. Relativamente à satisfação com a sua vida 58% considera-se “insatisfeito/muito insatisfeito” (Fonseca, 2006).

A QV da população idosa está associada à manutenção da capacidade funcional ou da autonomia. Segundo Rowe e Kahn (1987, cit in Ribeiro, Silva, Modena & Fonseca, 2002), autonomia é a medida pela qual os indivíduos são capazes de tomar decisões em relação a escolha de actividades, métodos, modos de participação social, tempo de duração de actividades, entre outras.

Considera-se também que a QV do idoso está relacionada também à segurança socioeconómica, ao bem-estar psicossocial e à sensação de saúde, sendo que a saúde está relacionada com a história de vida anterior, estrutura genética e ambiente (Ribeiro et al., 2002).

No estudo qualitativo desenvolvido por Ribeiro et *al.* (2002) verificou-se que os idosos consideram a sua QV satisfatória considerando os seguintes factores: presença de saúde, realizar uma boa alimentação e estabelecer bons laços de relacionamento com os familiares. Outros estudos indicam-nos também que vários factores podem influenciar o envelhecimento bem-sucedido dos idosos socialmente activos, tais como os relacionamentos familiares e de amizade, a saúde e o bem-estar percebido, competências funcionais, bem como o suporte psicossocial (Wathier, Wilhelm, Giacomoni & Dell’Aglia, 2007).

Tendo em atenção a QV dos idosos considera-se que, se a saúde física não é condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar dos sujeitos, através de interacções complexas, directas e indirectas com outros factores (Paúl, 2005).

A percepção da doença e das capacidades de cada sujeito, ou seja, a sua auto-avaliação relativamente à sua condição de saúde, corresponde a uma avaliação subjectiva e complexa dos indicadores biológicos percebidos (Simões et *al.*, 2001; Paúl, 2005).

Andrade (1996, cit in Ribeiro, et *al.*, 2002) considera que a QV da população idosa pode estar associada também à impressão subjectiva da sua saúde. Essa impressão demonstra um impacto superior ao próprio estado de saúde constatado.

Outros autores (Rebellatto & Morelli, 2004, cit in Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) complementam esta ideia de QV indicando que esta compreende aspectos como a independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental e saúde.

As pessoas idosas podem permanecer activas e independentes por muito tempo, desde que lhes seja proporcionado apoio adequado. Essa capacidade de se manter independente funcionalmente, isto é, a capacidade de realizar actividades sem a interferência ou influência de outras pessoas é uma das questões mais significativas da velhice (Veras, 1994, cit in Ribeiro et *al.*, 2002).

Para alguns autores, envelhecer é visto como alterações físicas que se desenvolvem na idade adulta que originam um declínio nas capacidades funcionais. Deste modo, o sentimento de controlo e a ausência de incapacidades associadas pode contribuir para a manifestação de satisfação com a vida por parte dos idosos. No entanto, quando existe falta de autonomia e a necessidade de assistência ou de dependência nas actividades de vida diárias pode estar comprometida a QV (Ramos et *al.*, 1993, cit in Vivan & Argimon, 2009).

Com a idade ocorre uma deterioração da saúde física dos sujeitos que pode ser vivida como uma grande provação e conduzir a problemas emocionais. Deste modo, prevenir essa deterioração através da implementação de hábitos de vida de saúde – dieta adequada, exercício físico regular, condições de habitação livres de acidentes (tal como o risco doméstico de quedas) e o meio ambiente seguro – é muito importante podendo constituir-se uma estratégia preventiva susceptível de implementação pelo próprio sujeito, devidamente informado e esclarecido, activamente gerindo e controlando as condições da sua vida (Silva, 2005; Rabelo & Néri, 2006).

No mesmo sentido, muitos autores têm estudado o envelhecimento e o processo de declínio físico e cognitivo associado a ele. A evolução de doenças crónicas pode originar incapacidades físicas e/ou mentais, causando também dificuldades ao nível das actividades de vida diárias (Guedes & Silveira, 2004, cit in Vivian & Argimon, 2008).

No entanto, Rosa, Benício, Latorre & Ramos (2003) acrescentaram que, apesar de comumente se associarem as dificuldades funcionais com a presença de doenças, deficiências ou problemas médicos, a capacidade funcional também pode ser influenciada por factores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais.

Considera-se que a idade cronológica não é um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, pois a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas e cognitivas aumentam significativamente nas idades mais avançadas e o grupo dos

sujeitos considerados como “mais idosos” é que tem evidenciado um crescimento mais rápido WHO (2002, cit in Araújo et al., 2007).

Assim, embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo, abrangendo outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como os de autonomia e independência, na prática trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade. A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas actividades da vida quotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (Rosa et al., 2003; Araújo et al., 2007).

Nos idosos são considerados vários problemas, sendo a solidão um deles, bastante grave, aumentando com a idade devido às crescentes dificuldades funcionais do sujeito e à diminuição da integração social (Bowling & Stafford, 2007).

Os factores com maior associação às capacidades funcionais estão relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. No entanto, vários estudos assumem a hipótese da influência de factores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais. Deste modo, incluem-se comportamentos relacionados ao estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente, fazer exercício, ter stresse psicossocial agudo ou crónico, ter sentido de auto-eficácia e controle, manter relações sociais e de apoio como potenciais factores explicativos da capacidade funcional (Rosa et al., 2003).

Neste sentido, Silva (2003, cit in Vivan & Argimon, 2009), ao nível das capacidades funcionais, coloca uma grande importância nos factores de saúde, especialmente nas limitações do quotidiano, e verificou que a possibilidade dos idosos realizarem as suas actividades diárias sem necessitar da interferência ou influência de outras pessoas se encontra relacionada com os seus níveis de QV.

Pinho et al (2006, cit in Caeiro et al., 2008) realizaram um estudo que indica que os idosos com maior risco de declínio funcional são os do sexo feminino, com níveis económicos mais baixos, menor nível de escolaridade, pior percepção de saúde e medo de cair, assim como

os idosos com problemas cardíacos, osteoporose e/ou doenças reumáticas, incontinência urinária e um estilo de vida sedentário.

Alguns estudos, como Kington e Smith (1997, cit in Rosa et *al.*, 2003) verificaram a existência de associação entre sexo e dependência funcional. No entanto, Rosa et *al.* (2003) não confirmaram essa associação. Esta aparente contradição pode significar que a dependência moderada/grave deve incluir a incapacidade ou dificuldade nas actividades de vida diárias (AVD), que parecem ser menos susceptíveis às diferenças de sexo.

Por outro lado, sabe-se que o estado de viuvez pode influenciar negativamente a capacidade funcional do idoso (Roos & Havens, 1991, cit in Rosa et *al.*, 2003). Porém, verifica-se que a relação do estado civil com a capacidade funcional não é independente da idade, sexo e do arranjo familiar, ou seja, com quem a pessoa vive (Rosa et *al.*, 2003).

Em congruência verifica-se que quando os idosos estão aptos física e economicamente o facto de viverem sós pode até tornar-se um factor protector (Rosa et *al.*, 2003). No entanto, Mor et *al.* (1989, cit in Rosa et *al.*, 2003) consideram que os idosos que vivem sós apresentam maiores manifestações de declínio da capacidade funcional.

Rosa et *al.* (2003) no seu estudo, concluíram que entre as variáveis relacionadas à saúde que se associaram à dependência, a hospitalização na realidade não é, em si, risco para a incapacidade funcional, mas um indicador da ocorrência de tipos graves de doenças que necessitam de cuidados hospitalares e que podem desencadear um processo de incapacidade funcional. Outros autores, como Chapleski et *al.* (1997), já tinham anteriormente afirmado que o índice de comorbilidade é o melhor preditor das incapacidades funcionais.

Deste modo, Paúl (1997, cit in Araújo et *al.*, 2007) verificou que a perda da capacidade funcional revelou-se como a principal razão encontrada na decisão de institucionalização de muitos idosos.

Vários estudos têm indicado que a prática regular de actividades físicas e uma maior aptidão física estão associadas a uma menor mortalidade e uma melhor QV na população

adulta. Do mesmo modo, estudos revelam que o sedentarismo e o stresse são os responsáveis por muitas doenças hipocinéticas e reduções na QV, sendo que existem cada vez mais dados que demonstram que o exercício, a aptidão e a actividade física estão relacionados com a prevenção, reabilitação de doenças e com a QV (Araújo & Araújo, 2000).

Tendo em consideração a importância dos estilos de vida, verifica-se que os idosos que mantenham um estilo de vida activo podem ser capazes de manter por mais tempo a capacidade funcional do que aqueles que vivam na inactividade. Assim, a manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho e/ou com actividades agradáveis até idades mais avançadas (Rosa et al., 2003).

Envelhecimento e Competências Cognitivas

Associado à QV, capacidade intelectual e funcionalidade dos sujeitos está o declínio cognitivo dos idosos. Numa das primeiras revisões acerca das mudanças associadas ao envelhecimento, Denney (1982, cit in Fonseca, 2006) concluiu que a generalidade dos estudos constatava a existência de diferenças nas capacidades cognitivas entre os adultos jovens e idosos, favorecendo os primeiros. Considera-se que a idade em que se inicia o declínio cognitivo é diferente considerando as capacidades constatadas.

Vários investigadores têm diferenciado as competências cognitivas em dois grandes tipos de actividade. O primeiro indicado é denominado como inteligência fluida e reflecte determinantes genéticos ambientais. O segundo relaciona-se com as capacidades cristalizadas que representam a influência sociocultural no mundo em geral (Bengtson, Putney & Johnson, 2005).

A inteligência fluida declina com o processo de envelhecimento e está associada à performance em tarefas de aprendizagem, memória, raciocínio e capacidades espaciais. Um

tipo de explicação para este facto relaciona-se com mudanças no ambiente social e cultural em oposição a mudanças no próprio indivíduo, por exemplo, alterações nos padrões educacionais que podem levar ao declínio das funções cognitivas (Salthouse, 1999, cit in Bengston et al., 2005).

Assim, as características pessoais de cada indivíduo, como a idade, o nível de escolaridade, os interesses, os comportamentos, a saúde, a actividade(s) que desenvolve, a quantidade e qualidade dos estímulos a que é exposto, além dos aspectos psico-emocionais e socioculturais, influenciam as capacidades cognitivas.

O desempenho físico, emocional e cognitivo pode ser alterado no processo de envelhecimento e levar à diminuição da capacidade funcional. O desempenho físico está relacionado com as limitações impostas pelo funcionamento sensório-motor, o desempenho emocional com o modo como lida psicologicamente com os efeitos stressantes da vida e o desempenho cognitivo com a capacidade intelectual e raciocínio (Fonseca, 2006).

Considera-se que apesar das modificações em todas as capacidades, os resultados dos testes de vocabulário e de informação podem permanecer estáveis ou até melhorar ao longo da maior parte da vida, declinando apenas mais tarde na velhice, enquanto outras capacidades ligadas ao desempenho de tarefas piagetianas e à resolução de problemas iniciam o declínio mais cedo. Deve considerar-se a existência de uma larga variabilidade interindividual quanto à idade em que o declínio começa e à respectiva extensão (Fonseca, 2006).

Noutros estudos, Baltes e Smith (2003, cit in Fonseca, 2006) consideram que sob o ponto de vista das capacidades cognitivas, as pessoas que actualmente têm 70 anos de idade são comparáveis às pessoas que tinham 65 anos há trinta anos, falando-se em incremento das reservas cognitivas ao nível do pensamento entre os idosos. As razões para este aumento encontram-se, segundo os autores, no conjunto de forças de natureza cultural (melhor saúde, condições materiais favoráveis, instrumentos de literacia disponíveis, sistemas educacionais ao

longo da vida, entre outros) que os sujeitos têm ao seu dispor para desenvolver as suas capacidades cognitivas de forma quase ilimitada enquanto o estado físico permitir.

Continuam a existir poucas respostas relativamente aos factores que influenciam o declínio cognitivo dos sujeitos. Considera-se que certo tipo de memória, raciocínio abstracto, resolução de problemas e aprendizagem de novas tarefas declinam com a idade, mas a maior parte da variância observada entre pessoas relativamente às capacidades cognitivas não é influenciada com esta (aproximadamente 75%) o que impede prever e prevenir os efeitos cognitivos do envelhecimento (Salthouse, 1998, cit in Fonseca, 2006). Deste modo, se o declínio cognitivo não se encontra relacionado com a idade cronológica é de admitir que esteja relacionado à saúde e comportamento dos sujeitos ou à educação e posição social que ocupam (Fonseca, 2006). Para Zamarrón e Fernández-Ballesteros (2002, cit in Fonseca, 2006) a maior ou menor velocidade de processamento cognitivo das informações, assim como a facilidade de resolução de tarefas e o funcionamento cognitivo estão relacionados com os estilos de vida, estatuto social e com a saúde de cada sujeito. Salienta-se a promoção do exercício físico e o treino de capacidades cognitivas como medida de protecção relativamente ao declínio cognitivo (Fonseca, 2006).

As capacidades e competências do idoso dependem em grande parte da sua dependência. De acordo com Schaie e Willis (1999, cit in Sequeira, 2007), a competência para a vida diária dos idosos está relacionada com o padrão de funcionamento nas tarefas de rotina, de acordo com o modelo hierárquico de competências, onde o comportamento significativo tem por base dimensões subjacentes ao processo cognitivo (Sequeira, 2007).

Considera-se assim a existência de três abordagens diferentes e explicativas sobre as competências quotidianas dos idosos. De acordo com a teoria dos componentes considera-se a existência de diferentes dimensões latentes de competência na qual o meio ambiente desempenha um papel relevante ao nível da expressão e manutenção da competência. Neste sentido, com o envelhecimento a realidade torna-se mais pragmática, concreta e subjectiva,

sensível ao contexto interpessoal, de acordo com a vivência de cada um, devido à prevalência de um tipo de raciocínio pós-formal (Sequeira, 2007).

A segunda abordagem diz respeito à teoria do domínio específico e salienta que a competência é devida à automatização, à experiência anterior e à especialização, pelo que a resolução de problemas nos idosos está relacionada com a familiaridade com um determinado domínio (Sathouse, 1990, cit in Sequeira, 2007). A terceira e última abordagem é a da teoria da adequação ambiente/indivíduo, que refere que a competência está relacionada com a combinação entre as capacidades do indivíduo, as exigências e os recursos do meio, sendo que a discrepância entre a exigência do meio e a deterioração das capacidades do indivíduo leva ao aparecimento das perdas de competências (Paúl, 2005, cit in Sequeira, 2007).

Neste sentido, considera-se que a competência resulta da combinação de factores biológicos e cognitivos, da idade, do estatuto socioeconómico, da capacidade subjectiva e do estilo de vida do idoso (Fernández-Ballesteros et al., 2003, cit in Sequeira, 2007). Os factores biopsicossociais desempenham um papel determinante na manutenção de uma vida independente, sendo que a promoção deste envelhecimento com competência está dependente da promoção da saúde física e mental bem como de estilos de vida saudáveis (Sequeira, 2007).

Estilos de Vida e Envelhecimento

Referidos como um factor de grande importância na preservação das competências cognitivas ao longo do processo de envelhecimento encontram-se os estilos de vida. Considerando-se que os estilos de vida se caracterizam como um padrão de comportamentos, que constituem hábitos característicos de um indivíduo, sub-grupo ou grupo (Ramírez-Hoffmann, 2002; Pacheco & Jesus, 2007) alguns estudos indicam uma relação entre os estilos de vida e os níveis de BES dos sujeitos, pois contribuem para a QV e para a saúde. Belloc e Breslow (1972, cit in Gonzalez & Ribeiro, 2004) salientam que determinados estilos de vida

são adaptativos e promovem o BES, enquanto diversos trabalhos relacionam o suporte social e o exercício físico com a emocionalidade positiva.

Os estilos de vida podem considerar-se como o resultado da multidimensionalidade dos indivíduos, correspondendo ao seu modo de viver, sendo influenciados por diversos factores, como as opções disponíveis para determinado indivíduo, as escolhas em função das normas sociais e a sua individualidade. É um fenómeno sociocultural, pois os padrões comportamentais são resultantes dos valores e crenças do indivíduo e das oportunidades dos contextos socioeconómicos. Os determinantes dos estilos de vida são os factores envolvimentoais (políticas públicas e organizacionais), factores culturais, factores grupais (nomeadamente a família e os grupos de pares) e pessoais (Ramirez-Hoffman, 2002).

São diversos os padrões e comportamentos que se podem incluir no estilo de vida dos indivíduos, como a alimentação, a higiene, o consumo de tabaco e álcool, a prática de desporto/sedentarismo, os hábitos de sono ou a sexualidade. As investigações têm-se centrado mais em quatro comportamentos: consumo de álcool, tabaco, prática de exercício físico e alimentação, pelo que muitas vezes os estilos de vida são definidos nestes quatro factores. Neste sentido, um estilo de vida saudável, caracterizado por não fumar, ter dieta saudável e praticar actividade física reduzem o risco de mortalidade e atrasam a deterioração da saúde em populações idosas (Ramírez-Hoffmann, 2002).

Os estilos de vida têm um grande impacto na saúde dos indivíduos, contudo o seu relevo não se resume à saúde física, mas também à sua QV.

Considera-se então que os estados de mal-estar ou de doença são influenciados por um estilo de vida não saudável, tornando-se relevante a adopção de comportamentos de saúde nos estilos de vida de cada sujeito para aumentar as hipóteses de atingir um bom estado de saúde (Pacheco & Jesus, 2007). Por outro lado, verifica-se que os estilos de vida são os aspectos mais relevantes para a manutenção da independência numa idade avançada considerando o seu percurso de vida (Pacheco, 2005, cit in Pacheco & Jesus, 2007).

Clarkson-Smith e Hartley (1989, cit in Fonseca, 2006) verificaram a existência de uma relação entre o exercício físico e as capacidades cognitivas dos idosos, concluindo que os que praticavam exercício físico tinham melhores resultados em medidas de raciocínio, memória activa e tempo de reacção. Do mesmo modo, os autores indicam que a perda de vigor físico associado ao envelhecimento é função do estilo de vida sedentário de muitos idosos.

Outro estudo veio confirmar os resultados anteriormente mencionados indicando que os idosos com um estilo de vida activo garantem um elevado nível de performance cognitiva e melhor plasticidade cognitiva. Por outro lado, os resultados obtidos no modelo não revelam que os níveis globais e actividade anteriores à reforma sejam preditivos na plasticidade, ou seja, no declínio cognitivo ao longo do envelhecimento (Calero-García et al., 2007).

A literatura existente indica a existência de uma relação entre variáveis psicológicas e os níveis cognitivos dos sujeitos, afirmando-se que estilos de vida activos nas esferas física, mental e social são protectores na deterioração cognitiva e, associadas à plasticidade, indica-se a existência de uma relação entre três variáveis – nível de actividade, nível cognitivo e plasticidade cognitiva, bem como reforça a importância da manutenção de níveis elevados de actividades físicas, culturais e/ou sociais com o objectivo de manter níveis cognitivos satisfatórios ao longo do envelhecimento (Calero-García et al., 2007).

Os estudos de Christensen et al. (1995, cit in Calero-García et al., 2007) analisam a influência dos níveis de actividade na performance cognitiva, tendo concluído que o nível de actividade dos sujeitos não só influencia a performance cognitiva mas é também o factor que mais contribui para as variações no funcionamento cognitivo comparativamente com outras variáveis como o género, funcionamento sensorial, saúde física e nível de educação.

Concordantemente, Newsom e Schultz (1996, cit in Calero-García et al., 2007) consideram que a deterioração cognitiva se associa a um menor nível de contactos sociais, tanto de familiares como de amigos, bem como menores níveis de suporte social percebido. Em estudos longitudinais, Seeman et al. (2001, cit in Calero-García et al., 2007) analisou a relação

existente entre as relações, suporte social e padrões cognitivos ao longo do envelhecimento como parte do programa MacArthur sobre o envelhecimento bem-sucedido. Os resultados indicam que um melhor suporte emocional e relações sociais frequentes são factores associados com um melhor funcionamento cognitivo.

Do mesmo modo, Hultsch et *al.* (1999, cit in Calero-García et *al.*, 2007), num estudo longitudinal com duração de 6 anos, pretenderam estabelecer a relação existente entre os estilos de vida e as mudanças no funcionamento cognitivo, sendo que os participantes a que foram introduzidas novas actividades envolvendo um nível de estimulação mental apresentavam menores probabilidades de declínio cognitivo, confirmando a hipótese de que estas actividades contribuem na manutenção e aumento do nível de funcionamento cognitivo.

Assim, a literatura existente considera que elevados níveis de relações sociais, incluindo o estabelecimento de mais contactos com a família e amigos, e um maior nível de participação dos sujeitos em actividades em grupo são factores protectores relativamente ao declínio cognitivo (Takahashi, Tamura, & Tokoro, 1997; Calero-García et *al.*, 2007).

Tendo em consideração que continuam a existir poucas respostas, bem como um baixo grau de concordância relativamente aos factores que influenciam o declínio cognitivo dos idosos, verifica-se que os estilos de vida dos sujeitos após a reforma têm forte influência na plasticidade cognitiva e declínio cognitivo dos idosos (Calero-García, et *al.*, 2007).

Posto isto, a manutenção de um estilo de vida activo ao longo do envelhecimento, aos níveis físico, mental e social são protectores de declínio cognitivo. Verifica-se o mesmo ao nível da plasticidade cognitiva, sendo que elevados níveis de actividades diárias tornam mais eficiente a capacidade de comunicação e a activação de mais recursos e capacidades (Calero-García et *al.*, 2007).

Envelhecer com sucesso implica ser competente e empenhado na vida, sendo que autores, como por exemplo Krause (2001, cit in Paúl et *al.*, 2005), indicam o suporte social como aspecto central no envelhecimento bem-sucedido.

Ao nível do suporte social, este tem recebido uma enorme atenção por parte da gerontologia e outras disciplinas, sendo especialmente importante avaliar nos idosos o modo como se organizam perante os acontecimentos de vida e dentro das redes sociais (Kahn et *al.*, 2003, cit in Chalise, Saito, Takahashi & Kai, 2006). O suporte social é considerado como um apoio aos sujeitos que circunda as esferas emocional, real e de informação (Takahashi et *al.*, 1997; Bowling & Stafford, 2007). É um constructo multidimensional que envolve redes sociais, frequência de contacto com os membros dessas redes, suporte emocional, qualidade do suporte social e a ajuda recíproca entre os diferentes membros (Chalise et *al.*, 2007; Bowling & Stafford, 2007). O suporte social estabelece-se através de um conjunto de relações com os outros, comportamentos e consequências, tendo em consideração as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com os efeitos do stresse (Monahan & Hooker, 1997).

Pode distinguir-se o suporte social em aspectos estruturais (distais) e funcionais (proximais). Os aspectos estruturais dizem respeito ao tamanho da rede social, frequência das interacções, tipo de relacionamentos, entre outros. Os aspectos funcionais são muito utilizados nas investigações em psicologia e são geralmente denominados como: emocional, instrumental ou de informação, bem como a satisfação dos sujeitos com o suporte (Kafetsios, 2006; Bowling & Stafford, 2007).

O suporte social emocional pode ser demonstrado quando o indivíduo fornece cuidados e preocupação pelo bem-estar do outro; o suporte social instrumental representa o auxílio na resolução de um problema ou para completar uma tarefa; enquanto o suporte social informativo

diz respeito aos esclarecimentos, explicações e informações que são dadas ao sujeito de modo a promover um melhor entendimento e compreensão (Arkar et *al.*, 2004).

O Modelo do Comboio Social (Kahn & Antonucci, 1980, cit in Freitas, 2006) propõe um sistema útil para compreender as relações sociais nos idosos, sugerindo que ao longo da vida as pessoas são protegidas pelos seus relacionamentos sociais e estes ajudam nas negociações de sucesso dos desafios da vida, especialmente a família e os amigos. Este modelo baseia-se nas teorias de apego e de suporte social (Antonucci, 1991, cit in Freitas, 2006) sendo um modelo de desenvolvimento *life-span*, com a vantagem de oferecer uma ampla conceitualização em que se consideram experiências individuais específicas. À medida que o indivíduo envelhece, pessoas são incluídas ou excluídas do comboio, ficando mais ou menos próximas de acordo com os acontecimentos da vida. Este é um aspecto fundamental, que afecta a saúde e o bem-estar do sujeito, pois o comboio cria uma camada protectora, que é objectiva e subjectiva. Isto deve-se ao facto dos seus componentes oferecem ao indivíduo ajuda prática e uma base psicológica para traduzir e perceber o mundo à sua volta (Chalise et *al.*, 2006; Antonucci, 2001, cit in Freitas, 2006; Siqueira & Padovam, 2007).

Além do modelo anterior, foi desenvolvida a Teoria da Selectividade Sócio-Emocional (TSS) (Carstensen, 1991, cit in Freitas, 2006), baseada num modelo *life-span* para estudo do envelhecimento sócio-emocional, que vê as reduções da actividade social no envelhecimento como reflexo da culminação de processos selectivos que começam cedo na vida e têm grande valor adaptativo. Esta teoria foca os aspectos funcionais da interacção social, vista como um meio de alcançar objectivos desejados, um regulador de emoções frequente e eficaz que, ao nível psicológico, pode ser usado pelas pessoas para adquirir e manter o auto-conceito.

De acordo com a TSS, a diminuição do número de parceiros sociais e a redução do contacto social reflectem a relativa perda de significado de algumas metas, bem como o aumento do significado das emoções na vida dos idosos. Durante o processo de

envelhecimento, há uma selectividade social e não um afastamento social (Carstensen, 1991, cit in Freitas, 2006).

Além dos modelos teóricos anteriores realizaram-se vários estudos, demonstrando que o suporte social percebido é importante no acesso à compreensão dos recursos necessários dos sujeitos (Monahan & Hooker, 1997).

No sentido de demonstrar os benefícios das redes de suporte social, Berkman e Syme (1979, cit in Monahan & Hooker, 1997) indicaram que uma forte rede de suporte social e uma boa frequência de contactos estão associados ao decréscimo da mortalidade de homens e mulheres de todas as idades, mesmo quando os factores socioeconómicos e o estado de saúde foram controlados.

Krause, Liang e Keith (1990, cit in Monahan & Hooker, 1997) examinaram a interacção entre três dimensões do suporte social: contacto social, suporte recebido e suporte antecipado. Verificaram que os contactos com os familiares (mas não amigos) estavam associados com um aumento no suporte social recebido aumentando as percepções de suporte para o futuro. Salienta-se que o suporte social percebido é uma dimensão essencial na relação de cuidados. Pode considerar-se que o suporte social desempenha um papel importante ao nível da QV dos idosos, sendo que a possibilidade de receber suporte social para ajudar a superar situações difíceis é um aspecto relevante na vida destes, podendo ter efeitos muito benéficos na satisfação com a vida. Esta variável desempenha um papel importante ao nível da manutenção da saúde e diminuição da susceptibilidade à doença nos idosos (Minkler, 1985, cit in Monahan & Hooker, 1997). Neste sentido, verifica-se que o isolamento social se torna um factor de risco para a saúde (Siqueira & Padovam, 2007).

O apoio percebido corresponde à crença de que as pessoas que são significativas para o sujeito podem ajudar em caso de necessidade, sendo a experiência passada nesse sentido o que reforça ou não essa crença (Krause, 2001, cit in Paúl, 2005^a). Embora hajam inúmeras medidas do apoio social, as medidas de apoio percebido são as que parecem traduzir um efeito mais

forte e consistente na saúde e no bem-estar dos idosos (Norris & Kaniasty, 1996, cit in Paúl, 2005^a).

A associação entre relações sociais e saúde é de primordial importância para o envelhecimento activo, sendo também um dado crucial para a QV dos idosos. A maior parte das investigações inserem-se nos modelos de stress demonstrando os efeitos das redes sociais em minorar as consequências negativas deste, sobretudo através de medidas funcionais (Paúl & Fonseca, 2001, cit in Paúl, 2005^a).

Quando falamos nas redes sociais de que os idosos dispõem é necessário diferenciar entre as redes familiares e as redes de amigos, sendo que a primeira pode ser considerada como “involuntária” e baseada no sentido da obrigação, enquanto a segunda é uma escolha “voluntária”, o que produz efeitos diferentes na QV dos idosos, sendo potencialmente mais positivo o caso da rede de suporte de amigos e vizinhos (Litwak, 1981, cit in Paúl, 2005^a).

Vários estudos indicam que uma boa percepção de suporte social tende a reduzir os efeitos do stress (Krause & Borawski-Clark, 1994, cit in Monahan & Hooker, 1997; Kafetsios, 2006). Assim o suporte social tem-se demonstrado, em vários estudos, como fulcral nos efeitos de protecção da saúde no ciclo da vida adulta, tendo em especial atenção o relacionamento conjugal (Monahan & Hooker, 1997). O suporte social provido da vizinhança é forte influência relativamente ao funcionamento social dos idosos (Bowling & Stafford, 2007). Os resultados destes estudos são concordantes com a TSS, evidenciando que nos idosos pode considerar-se a presença de baixos níveis de ansiedade e neuroticismo, providos pelos efeitos do suporte social (Kafetsios, 2006).

O suporte proporcionado na relação conjugal é importante para a QV, pois a mortalidade é mais alta nos 6 primeiros meses subsequentes à morte de um cônjuge, especialmente de doença cardíaca ou suicídio, ocorrendo relação com a diminuição da QV dos sujeitos (Ogden, 2004). No caso dos idosos casados, a relação com o cônjuge é o melhor

preditor da satisfação com a vida e a principal fonte de ajuda para lidar com problemas de saúde e de incapacidade (Paúl *et al.*, 2005).

Estudos ao nível da QV nos idosos, como anteriormente referido, consideram que o suporte social é um factor protector relativamente à saúde mental e à doença, especialmente ao nível da diminuição de sintomatologia depressiva, funcionalidade, níveis de satisfação com a vida e diminuição da necessidade de institucionalização (Cummings, 2002). A insatisfação com o suporte social recebido e uma menor percepção de suporte prediz o aumento de sintomatologia depressiva Fry (1993, cit in Cummings, 2002).

Assim, a falta de competências sociais e da percepção de suporte social constitui um factor explicativo fundamental da saúde mental, particularmente em relação aos problemas neuróticos, o que leva à conclusão que também a QV dos indivíduos será afectada (Martins, 2004).

As interações sociais envolvendo pessoas idosas parecem ser fortemente regidas pela norma da reciprocidade social, com a perceptiva de que quem recebe nesse momento, pode no futuro dar assistência à mesma pessoa que o ajudou antes. Neste sentido, muitos idosos demonstram estar menos satisfeitos com o suporte social percebido pois consideram terem doado mais do que recebem actualmente. Assim, adultos insatisfeitos com o suporte social recebido são mais propensos a sofrer stresse do que os idosos que se sentem mais satisfeitos com o suporte social que recebem. Torna-se então importante considerar que as pessoas sob stresse podem perceber menor suporte social por causa dos problemas sociais criados pela deterioração da condição mental (Krause, 1987, cit in Siqueira & Padovam, 2007).

Estas situações demonstram o lado negativo da influência do suporte social, sendo que a primeira se refere às interações que recordam conflitos ou sentimentos negativos e a segunda situação ocorre quando cada contacto que gera apoio da rede implica obrigações decorrentes de se ter recebido suporte social (Rook, 1984, cit in Siqueira & Padovam, 2007).

A existência de uma boa rede social protege as pessoas de doenças, actuando como facilitador nos processos de cura e aumentando a sobrevivência mediante casos de doenças graves (Sluzki, 2003, cit in Siqueira & Padovam, 2007). Estudos indicam que a quebra de vínculos sociais aumentava a susceptibilidade a várias doenças tais como a hipertensão arterial, depressão e tuberculose, o que também permitiu que os autores reafirmassem a estreita relação entre redes sociais e saúde (Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001, cit in Siqueira & Padovam, 2007).

Deste modo, o suporte social surge como um conceito central no campo da psicologia da saúde, tornando-se um mediador entre os eventos stressores e a saúde. Existem três modelos básicos que influenciam os estudos sobre os efeitos do suporte social na saúde. O modelo de efeito directo indica que o suporte social tem a capacidade de fortalecer o bem-estar independentemente da exposição a factores de stress. O modelo de protecção ao stress por seu lado, indica que o suporte social actua como um amortecedor dos efeitos negativos das situações stressoras sobre a saúde e bem-estar, considerando-se a possibilidade dos seus efeitos benéficos somente ocorrerem quando os sujeitos são submetidos a situações de stress. O terceiro modelo, de stressores-recursos conjugados, indica que os efeitos protectores do suporte social contra o stress ocorrem na medida em que o indivíduo percebe os recursos do suporte disponível como ajustados às suas necessidades, produzidas pelo evento stressor (Siqueira & Padovam, 2007).

Os estudos realizados com adultos e idosos de ambos os sexos revelaram que as pessoas que vivem sozinhas, casais sem filhos ou com filhos adultos possuem uma redução das actividades em família, um convívio menor que também propicia um empobrecimento na qualidade das relações sociais (Siqueira & Padovam, 2007).

Neste sentido, mediante estudos com adultos idosos verifica-se que a integração social pode gerar o seu envolvimento em vários aspectos colectivos. Assim, a integração social pode ser dividida em duas partes: primeiro, a rede de relacionamentos informais (amigos e relativos)

e, segundo, o relacionamento formal no qual se incluem as actividades proporcionadas por várias organizações. O envolvimento em actividades sociais pode ser bastante positivo sobre o sujeito proporcionando melhores níveis de QV (Berkman et *al.*, 2001, cit in Siqueira & Padovam, 2007).

No entanto, o envolvimento nas redes sociais dos sujeitos pode não originar apenas benefícios, sendo que a relação de dependência dos sujeitos para com a sua rede social também pode ser determinante para a saúde mental ou não, principalmente quando se percebe que algumas pessoas são mais dependentes das redes do que outras. Neste tipo de situações, os resultados encontrados indicaram relações negativas com a boa saúde mental, pelo que indivíduos mais dependentes da rede social teriam menos saúde mental do que os mais independentes. Por outro lado, estudos identificaram a extensão dos benefícios com que os componentes de uma rede social podem desfrutar em termos de saúde e de adopção de novos hábitos de vida que proporcionem QV (Berkman et *al.*, 2001, cit in Siqueira & Padovam, 2007).

O suporte social desempenha um papel muito importante na QV dos sujeitos, pelo que um suporte precário constitui um dos factores de risco aquando da institucionalização. Os idosos institucionalizados apresentam pior saúde, menor nível de independência, percentagens mais elevadas de depressão e menor grau de satisfação com as suas vidas, pelo que indicam que sentirem-se úteis, com expectativas modestas, ausência de preocupações e sensação de respeito e amor da sua família contribuía para uma boa QV (Cummings, 2002).

Analisando a relação entre o suporte social e a saúde verifica-se que o suporte social exerce um papel protector sobre a saúde, agindo como facilitador na adaptação em crises emocionais, sendo que diversos estudos têm sido desenvolvidos para analisar a sua influência sobre o ajustamento psicológico em sujeitos com diversas doenças (Siqueira & Padovam, 2007). Resultados de vários estudos também sugerem que as pessoas insatisfeitas com a quantidade de suporte social que recebem da sua rede poderão sofrer de perturbações

psicológicas Krause et al. (1989, cit in Siqueira & Padovam, 2007). Por outro lado, uma pessoa com perturbações emocionais pode encontrar-se menos satisfeito com a sua rede social do que as pessoas que têm melhor saúde mental Arling (1987, cit in Siqueira & Padovam, 2007).

Estratégias de *Coping* e Envelhecimento

De entre as variáveis psicossociais indicadas anteriormente que têm contribuição significativa na QV dos idosos é necessário referenciar as estratégias de *coping*. Estas são mecanismos que os sujeitos utilizam para minimizar os efeitos do stresse, resolvendo ou lidando com o problema com o objectivo de voltar à normalidade de funcionamento pessoal o mais rápido possível. Assim, estas estratégias podem ter efeitos amortecedores perante as situações adversas experimentadas pelo idoso (Guedea et al., 2006).

Perante uma variedade de situações de stresse com que os idosos têm de lidar é necessário que estes tenham os recursos necessários. Referimo-nos, então, às estratégias de *coping* (Santos, Ribeiro & Guimarães, 2003). É neste sentido que o *coping* tem sido definido como um factor estabilizador pois facilita o ajustamento individual ou a adaptação perante situações ou momentos stressantes (Antoniazzi, et al., 1998). Assim *coping* pode ser qualquer esforço de gestão de stresse ou um esforço de evitamento ao sofrimento perante os acontecimentos de vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o *distress* psicológico ou as condições stressantes Holahan e Moos (1987, cit in Ribeiro & Rodrigues, 2004).

De acordo com o DSM-IV, *coping* e mecanismos de defesa apresentam-se como sinónimos, pois para Gerlder, Gath, Mayou e Cowen (1996, cit in Ribeiro & Rodrigues, 2004) ambos podem reduzir os efeitos de emoções fortes provocadas por stressores. Salientam ainda que a utilização repetida de determinadas estratégias de *coping* constitui-se como estilo de *coping*. Segundo Carver et al. (1989, cit in Ribeiro & Rodrigues, 2004) considera-se a

existência de estilos de *coping* pois as pessoas abordam cada contexto de *coping* com um repertório de estratégias relativamente fixas através do tempo e das circunstâncias, defendendo que há modos preferidos de *coping* em função das dimensões de personalidade.

Lazarus e Folkman (1984, cit in Ribeiro & Rodrigues, 2004) consideram o *coping* como os esforços comportamentais e cognitivos que mudam constantemente com o objectivo de gerir as exigências internas ou externas específicas que são percebidas como excedendo os recursos pessoais, verificando-se a existência de concordância entre as opções de enfrentamento disponíveis e variáveis como os valores, objectivos, crenças e compromissos que condicionam o sujeito (Lazarus & Folkman, 1991, cit in González-Celis & Padilla, 2006; Limonero et al., 2008).

Segundo Folkman (1984, cit in Vivan, 2006), as estratégias de *coping* podem ser classificadas em dois tipos: focalizada na emoção e focalizada no problema. O primeiro tem como objectivo alterar o estado emocional do indivíduo, procurando reduzir a sensação física desagradável do estado de stresse. O *coping* focalizado no problema procura alterar a dificuldade existente na relação entre as pessoas e o ambiente, podendo direccionar sua acção interna ou externamente (Antoniazzi et al., 1998; Limonero et al., 2008). Os esforços efectuados nem sempre implicam a resolução do problema, pois a eficácia depende dos recursos disponíveis e do tipo de situação indutora de stresse. Podem ser orientados para a resolução directa do problema, para a atenuação das emoções sentidas ou para a procura do apoio social (Santos et al., 2003).

Fortes e Neri (2004, cit in Wathier et al., 2007) consideram que a adaptação a uma situação de vida stressante depende da noção do que é funcional para a pessoa ou seja, do modo como cada um avalia a situação vivida.

De acordo com o modelo de avaliação cognitiva para o *coping* o indivíduo avalia a situação, os recursos pessoais e as pressões ambientais, sendo que depois o sujeito deve escolher e aplicar determinada estratégia de *coping*. Caso a estratégia seleccionada tenha

sucesso, essa estratégia será mantida e utilizada em situações futuras semelhantes. No entanto, caso não funcione será necessária uma reavaliação da situação e implementada nova estratégia (Lazarus & Folkman, 1984, cit in Wathier, et al., 2007).

Quando se aborda este constructo é importante distinguir o que muitos autores têm denominado de estratégias de *coping* e estilos de *coping*. De um modo geral, os estilos de *coping* têm sido mais relacionados a características de personalidade, enquanto as estratégias se referem a acções cognitivas ou de comportamento usadas para lidar com um stressor (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986, cit in Grassi-Oliveira, Daruy-Filho & Brietzke, 2008). Por outro lado, verifica-se que os estilos de *coping* podem influenciar a extensão das estratégias seleccionadas embora se tratem de fenómenos distintos (Ryan-Wenger, 1992, cit in Grassi-Oliveira et al., 2008).

De um modo geral, as estratégias de *coping* consistem em categorias básicas usadas para classificar como cada um se adapta frente a um stressor, como procura a ajuda para a resolução dos seus problemas, se recorre à negação ou reestruturação cognitiva (Grassi-Oliveira, et al., 2008).

Sendo que ao longo de todo o ciclo vital os sujeitos têm de adaptar-se a várias situações, vários estudos indicam a diversidade de processos adaptativos ao envelhecimento, sendo que o tipo de situação geradora de stresse e as estratégias de *coping* utilizadas variam de acordo com as várias etapas de desenvolvimento. Frequentemente os idosos são submetidos a situações problemáticas fora do seu controlo pessoal, tais como as doenças crónicas, morte de familiares, amigos, incapacidades e a proximidade da própria morte, utilizando principalmente estratégias que se centram no controlo do *distress* emocional associado à situação (Stefani & Feldberg, 2006).

Considera-se também que a própria condição do envelhecimento pode ser em si um factor de stresse, tendo em consideração a tendência das pessoas dessa faixa etária manterem vínculos de dependência devido à sua autonomia diminuída (Kroeff, 2001, cit in Wathier et al.,

2007). Por outro lado, deve ter-se também em consideração a perda dos papéis sociais e ocupacionais e também as perdas afectivas que ocorrem com maior facilidade nos idosos, originando diferentes graus de ansiedade, consoante as histórias condições estruturais dos sujeitos (Hamarat et *al.*, 2002, cit in Wathier et *al.*, 2007).

Vários estudos têm revelado a influência dos estilos de *coping* na QV dos sujeitos, sendo que McCrae e Costa (1986, cit in Wathier et *al.*, 2007) consideram que pessoas com elevados níveis de bem-estar e QV relatam o uso das seguintes estratégias de *coping*: acção racional, procurar ajuda, extrair força da adversidade e fé.

Chatters (1988, cit in Guedea et *al.*, 2006), numa amostra de idosos norte-americanos, verificou a existência de uma correlação negativa entre a idade e a percepção dos problemas de vida, sendo que com o aumento da idade a percepção dos problemas de vida diminui. No mesmo sentido, Martínez e Garcia (1994, cit in Guedea et *al.*, 2006), num estudo com idosos espanhóis, verificaram que o passar dos anos não deteriora a auto-avaliação da saúde, pois avaliam-na como boa quando é suficiente para viver. Por outro lado, para muitas pessoas o envelhecimento é vivido como uma etapa cheia de acontecimentos adversos que afectam a percepção de bem-estar geral e é marcada pela vulnerabilidade e fragilidade do organismo e pela dependência económica, social, afectiva e física (Gracia, 1997, cit in Guedea et *al.*, 2006).

Neste sentido, surge a necessidade de avaliar quais os recursos pessoais que permitem que os idosos se adaptem perante diversos graus do processo de envelhecimento geradores de stresse. Verifica-se que os factores demográficos raramente explicam mais do que 10% da variância do equilíbrio dos afectos ou da satisfação com a vida. Por outro lado, as variáveis psicossociais como as estratégias de *coping* apresentam uma contribuição significativa para o bem-estar geral dos idosos, sendo que estas estratégias podem ter efeitos amortecedores das condições adversas experimentadas por estes (Aldwin, Sutton & Lachman, 1996, cit in Guedea et *al.*, 2006).

No estudo de Guedea et al. (2006) consideram-se como estratégias de *coping* o enfrentamento directo e re-avaliativo em oposição ao evitamento. Verificou-se que os idosos recorreram mais à estratégia directa e re-avaliativa do que ao evitamento, comprovando que os idosos utilizam mais as re-avaliações positivas para enfrentar condições de vida stressantes comparativamente com as pessoas mais jovens (Diehl, Cole & Labouvie-Vief, 1996, cit in Guedea et al., 2006).

No mesmo sentido, Lachman (2000, cit in Guedea et al., 2006) sugere que as avaliações positivas dos problemas são características dos idosos pois funcionam como um mecanismo compensatório frente às possíveis perdas que o idoso vai experimentando nesta etapa da vida. Hanson e Mintz (1997, cit in Guedea et al., 2006) também encontraram altos níveis de estratégias de *coping* relacionados à solução do problema, saúde psicológica e conservação da autonomia.

Por outro lado, de acordo com Pratt e Norris (1994, cit in Guedea et al., 2006), os idosos recorrem principalmente a dois tipos de estratégias para lidar com as mudanças relacionadas com a idade: comportamento instrumental focalizado na prevenção e alívio de perdas que podem influenciar negativamente a própria identidade; e processos de acomodação que procuram alterar fins e concepções através da revalorização, sendo que esta estratégia reflecte a flexibilidade e acomodação e adaptação e não o evitamento.

Vivan e Argimon (2009) observaram no seu estudo que os estilos de *coping* mais utilizados pelos idosos eram de auto-controlo e de resolução de problemas. O estilo de auto-controlo diz respeito à tentativa de regulação de sentimentos e acções enquanto que o estilo de resolução de problemas se relaciona com o esforço para a gestão ou solução do problema.

Assim, de acordo com Ryan-Wenger (1996, cit in Vivan & Argimon, 2009), as estratégias de *coping* centradas no problema tornam-se mais adaptativas do que as centradas na emoção, uma vez que permitem que ocorra uma mudança na situação.

No estudo realizado por Fortes (2005, cit in Wathier et *al.*, 2007) verifica-se a existência de uma relação entre as estratégias de *coping* utilizadas e a saúde mental, nomeadamente ao nível do risco para a depressão. Assim, verificou-se que o risco para a depressão estava associado ao uso de estratégias de enfrentamento com foco na expressão de emoções negativas, experiências de vida incontroláveis e a avaliação da auto-eficácia no enfrentamento como inadequada.

As estratégias de *coping* utilizadas pelos idosos têm influência no seu funcionamento social e moral. No funcionamento social verifica-se que, quando se encontra adaptado, o idoso funciona melhor socialmente, tem mais recursos para si mesmo e maior rendimento intelectual. No funcionamento moral, que se refere ao que as pessoas pensam delas próprias e sobre as suas condições de vida, tendo sentido ao nível da felicidade, satisfação e bem-estar, em que as emoções tidas em cada situação variam na medida em que esta se desenvolve e o resultado reflecte as avaliações realizadas relativamente à proximidade da obtenção dos seus objectivos e o grau de satisfação com os resultados (Guedea et *al.*, 2006).

Relativamente à saúde as pessoas que respondem de forma positiva perante as situações apresentam taxas de mortalidade mais baixas, seguidas das que respondem com a ira ou o mau humor, sendo que as que respondem perante as situações com a negação são as que sofrem as piores consequências ao nível da sua saúde. Neste sentido, é reforçada a importância da adaptação do idoso ao seu ambiente e actividades (González-Celis & Padilla, 2006).

Neste sentido, os idosos não devem ser vistos apenas como receptores passivos de ajuda e compreensão, pois atingir os seus próprios objectivos contribui para o seu bem-estar geral e QV, considerando-se que a autonomia funcional desempenha também um papel importante nesta variável (Guedea et *al.*, 2006).

Num estudo desenvolvido por Stefani e Feldberg (2006), comparando idosos institucionalizados com não institucionalizados, verificou-se que os não institucionalizados utilizam estratégias mais adaptativas comparativamente com os institucionalizados. Considera-

se que os idosos que vivem na sua própria casa e que são funcionalmente mais independentes têm maior probabilidade de apresentar maior percepção dos seus acontecimentos de vida quotidianos e por conseguinte, respostas predominantemente activas perante os acontecimentos de vida stressantes.

Por outro lado, nesse estudo verificou-se que ambos os grupos utilizavam pouco as estratégias que poderiam coadjuvar o mal-estar ou a perda de vínculos da rede social como o evitamento cognitivo e a descarga emocional (Stefani & Feldberg, 2006).

Os recursos pessoais do idoso são muito importantes para a sua adaptação no processo em que ocorrem perdas. Tais recursos podem ser promovidos, apoiados ou inclusive colocados nos espaços de relações sociais significativas, mediante o acesso a vínculos sociais compensatórios que possam proteger as pessoas com idade avançada dos sentimentos negativos derivados das perdas (Guedea et al., 2006).

Relativamente aos estilos de *coping* dos idosos verifica-se a existência de diferenciação entre as estratégias mais utilizadas pelas mulheres ou pelos homens. Neste sentido, denota-se que existe um maior consumo de substâncias pelo sexo feminino do que pelo sexo masculino o que poderá ser explicado pelo facto do sexo feminino ao ter uma componente emocional mais acentuada quando lida com os problemas e tenderá a consumir com maior frequência bebidas alcoólicas e medicamentos (Pacheco & Jesus, 2007).

Traços de Personalidade e Envelhecimento

Mediante a importância dos recursos pessoais do idoso, denota-se que os traços de personalidade podem contribuir para a adaptação ao processo de envelhecimento, influenciando ao nível da saúde e longevidade. Apesar do conhecimento relativamente a essa associação não se encontrar ainda muito desenvolvido, existem evidências relativamente à

importância da personalidade nos níveis de QV dos idosos (Fonseca, 2006; Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998, cit in Irigaray & Schneider, 2007).

As pessoas diferem muito no modo como vivem os últimos anos das suas vidas, acabando frequentemente a personalidade por ser influenciada e modelada pelas reacções e comportamentos individuais ao longo da vida (Fonseca, 2006).

Personalidade não apresenta uma definição consensual variando consoante a teoria de personalidade utilizada. De acordo com a teoria de Murray (Hall, Lindzey & Campbell, 2000, cit in Irigaray & Schneider, 2007), a personalidade refere-se a um conjunto de acontecimentos que abrangem toda a vida de um indivíduo, reflectindo tanto elementos duradouros e recorrentes do comportamento como elementos novos e únicos, desempenhando neste sentido uma função organizadora do indivíduo.

Por outro lado, de acordo com Neri (2005, cit in Irigaray & Schneider, 2007), a personalidade diz respeito aos comportamentos, experiências e crenças relativamente a si e aos outros que cada um tem. Outros autores como Kaplan, Sadock e Grebb (1997, cit in Irigaray & Schneider, 2007) definem a personalidade como a totalidade de traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo no seu quotidiano.

Assim, as características da personalidade descrevem padrões distintos e recorrentes de pensamentos, sentimentos e acções que ocorrem como resposta a situações particulares (Mischel, 2004, cit in Wright, Feczko, Dickerson & Williams, 2007).

Ao longo do tempo surgiram várias teorias que tentam explicar o desenvolvimento da personalidade na velhice. Inicialmente verificou-se que a personalidade se tornava mais rígida com o envelhecimento e que se desenvolvia muito pouco nessa etapa da vida (Tavares, 2005, cit in Irigaray & Schneider, 2007). Posteriormente foi sugerida uma estabilidade dos traços de personalidade ao longo da vida adulta e da velhice, não se tornando mais rígida mas mantendo-se como antes (Costa, Herbst, McCrae & Siegler, 2000, cit in Irigaray & Schneider, 2007).

As teorias actuais da personalidade consideram o desenvolvimento humano como um processo multidimensional e multidireccional, composto pela ocorrência de ganhos, perdas e estabilidades. Assim, as pessoas possuem potenciais para a mudança (plasticidade) e para a manutenção e recuperação da adaptação perante acontecimentos limitadores e facilitadores do processo de desenvolvimento normal durante toda a vida (Maiden, Peterson, Caya & Hayslip, 2003, cit in Irigaray & Schneider, 2007).

Neste sentido, com o envelhecimento os traços de personalidade podiam modificar-se, principalmente porque nessa fase da vida as pessoas têm maior probabilidade de confronto com acontecimentos de vida stressantes que requerem adaptação. Assim, embora muitos sujeitos possam manter a personalidade estável sob circunstâncias da vida normais, infere-se que diante situações mais complexas a personalidade mudaria para se adaptar às transformações da vida (Maiden, e tal., 2003, cit in Irigaray & Schneider, 2007).

A teoria mais saliente dos traços de personalidade é a teoria dos *Big Five* (McCrae & Costa, 1991, cit in Piedmont & Weinstein, 1993), que considera os cinco domínios principais Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A), Conscienciosidade (C). Este modelo revelou-se compreensível e estável ao longo do tempo nos adultos e preditivo de várias situações ao longo da vida. Deste modo, em relação aos traços de personalidade há um elevado consenso ao nível da estabilidade ao longo do tempo que diverge de outros aspectos como os objectivos, valores e estratégias de *coping*, que são mais permeáveis à mudança (Bengston et al., 2005).

Estudos efectuados relacionando os traços de personalidade com o envelhecimento bem-sucedido permitem a existência de algum conhecimento sobre a influência dos mesmos. Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (2001, cit in Fonseca, 2006) verificaram numa amostra portuguesa do estudo EXCELSA a existência de uma tendência geral para o aumento do neuroticismo, ainda que de forma irregular, à medida que se avança na velhice; ao contrário, a extroversão tende a diminuir com o avanço da idade. Por outro lado, Caprara (1995, cit in

Fonseca, 2006) concluiu que a abertura à experiência constitui um factor importante para a manutenção das capacidades de natureza cognitiva.

Investigadores têm-se preocupado com o estudo das relações existentes entre os traços de personalidade e os níveis de suporte social. Sarason e Sarason (1985, cit in Martins, 2004) verificaram que as pessoas que se consideram pouco apoiadas socialmente apresentam níveis mais elevados de hostilidade e de neuroticismo, denotando-se em simultâneo menores níveis de extroversão. Do mesmo modo, Argyle et al. (1989, cit in Martins, 2004) indicam que quanto maior o nível de extroversão mais elevado será o grau de envolvimento em actividades sociais. Este resultado é semelhante ao encontrado por Garrido-Luque et al. (1995, cit in Martins, 2004), que detectou forte correlação entre a saúde e a extroversão.

Os factores de personalidade exercem uma influência significativa no comportamento dos indivíduos, podendo constituir-se modeladores das suas emoções, contribuindo para um melhor estado de saúde, numa perspectiva circular e sistémica (Martins, 2004).

Neste sentido, salienta-se o papel moderador dos traços de personalidade na QV e competências cognitivas dos idosos. Assim, uma boa capacidade cognitiva, suporte social efectivo, continuidade de uma ocupação produtiva, manutenção da competência em actividades instrumentais da vida diária e humor positivo são factores que podem melhorar a QV. Por outro lado, a incapacidade funcional, défices cognitivos, depressão, dificuldade em restabelecer a identidade e restrição à possibilidade de desempenhar actividades e papéis que contribuem para a auto-definição podem ter o efeito inverso (Rabelo & Néri, 2006).

Os recursos pessoais dos idosos são muito importantes para a sua adaptação no processo em que ocorrem as perdas. Esses recursos podem ser promovidos, apoiados ou colocados nos espaços de relações sociais significativas, mediante o acesso a vínculos sociais compensatórios que possam proteger as pessoas com idade avançada dos sentimentos negativos derivados das perdas (Guedea et al., 2006).

Na promoção de QV na terceira idade é necessário o recurso a várias estratégias individuais, tais como: procurar que a transição da vida profissional para a reforma não se efectue de modo radical, cultivar sempre projectos, evitar a “ditadura” do relógio social, investir em modalidades de participação social ou voluntariados, estimular as capacidades cognitivas, evitar o isolamento e promover a ligação aos outros, investir nas relações intergeracionais, manter um estilo de vida saudável, ter uma atitude positiva e optimista face à vida, entre outras possíveis estratégias (Fonseca, 2006).

Em Portugal pode considerar-se que o panorama da QV é bom, sendo necessário prestar atenção à diminuição das competências cognitivas, ao comprometimento das competências motoras e da autonomia (Fonseca, 2006; Chalise et al., 2006).

Assim, o aumento da longevidade, associado a doenças crónicas e incapacidades coloca novos desafios aos profissionais de saúde, uma vez que se torna importante terem em consideração a QV dos idosos pois “tão importante como dar anos à vida, é necessário dar vida aos anos” (Araújo, et al., 2007, p.60).

Objectivos e Questões de Investigação

Ao longo da nossa vida passamos por diferentes etapas, onde desempenhamos diferentes papéis sociais e desenvolvemos competências cognitivas diferentes. Com o envelhecimento ocorrem várias mudanças nos hábitos de vida, papéis sociais e nas capacidades cognitivas dos sujeitos, sendo relevante o aprofundamento destas temáticas tendo em consideração o envelhecimento populacional que se verifica. Salienta-se também, que face à elevada controvérsia relativamente aos factores que influenciam as competências cognitivas e funcionais é relevante conhecer a influência de factores como os estilos de vida, o suporte social percebido e as estratégias de *coping* nas competências dos idosos e também na sua QV.

O presente estudo insere-se numa linha de investigação empírica, exploratória, quasi-experimental e transversal que procura uma melhor compreensão dos factores que influenciam a QV, as Competências Cognitivas e Funcionais dos idosos Institucionalizados e dos que frequentam Centros de Dia.

O foco da investigação foi dirigido à influência mediadora do Suporte Social Percebido, dos Estilos de Vida e das Estratégias de *Coping* na Qualidade de Vida e Competências Cognitivas e Funcionais dos Sujeitos do Estudo, tendo em conta duas condições: institucionalização e frequência de centros de dia.

Foi também estudado o papel moderador das características de personalidade, porque se sabe que estas características podem ter um papel relevante nas variáveis em análise e desejámos por isso controlar a sua influência.

Neste sentido, pode considerar-se que este projecto apresenta o seguinte desenho de investigação:

Condição quasi-experimental: estar institucionalizado vs. frequentar centros de dia.

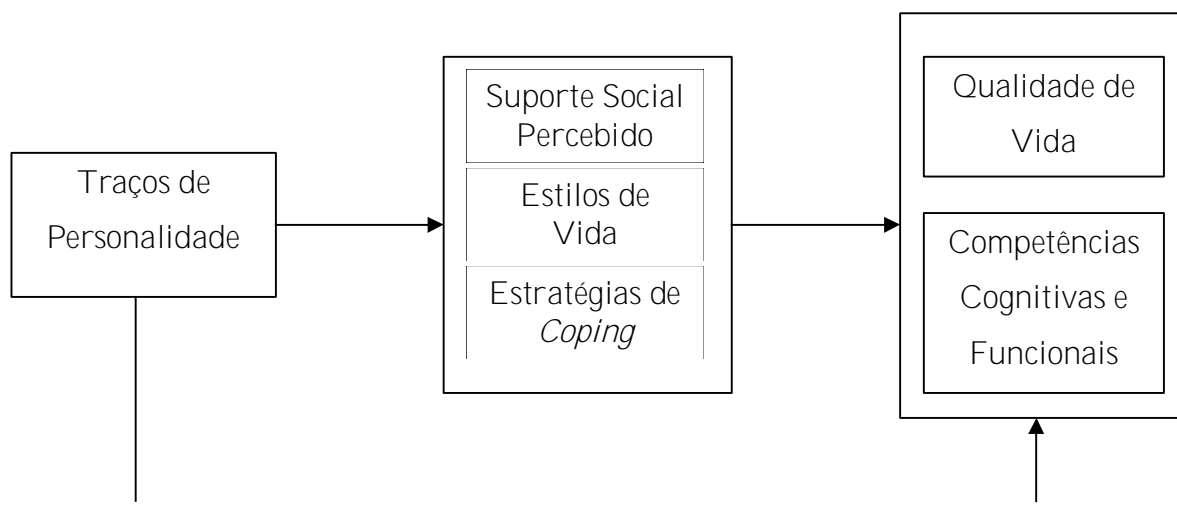


Figura 1: Modelo de relação das variáveis em estudo

Amostra

Participaram neste estudo 210 sujeitos que frequentam Instituições de 3ª idade na região do Barlavento Algarvio, nas respostas sociais de lar (n = 110; 52.4%) e centro de dia (n = 100; 47.6%). Os dados foram recolhidos numa amostra de conveniência de entre a população idosa do Barlavento Algarvio, nomeadamente nos concelhos de Portimão e Lagoa.

Os idosos participantes neste estudo, maioritariamente do sexo feminino (n = 135; 64,3%), apresentam uma média de idades de 81,19 anos (amplitude 66-101; DP = 7.077), sendo que 80,5% da amostra tem filhos, numa média de 1,81 filhos (amplitude 0-12; DP = 1,674).

Nas tabelas seguintes são apresentadas as características sócio-demográficas, clínicas e relativas à Instituição e resposta social que frequentam.

Tabela 1: *Características sócio-demográficas da amostra*

		<i>n</i> (%)
Sexo	Masculino	75 (35,7)
	Feminino	135 (64,3)
Habilitações literárias	Iltrado(a)	79 (37,6)
	Primária/Básica	121 (57,6)
	Secundária/Superior	10 (4,8)
Profissão anterior	Sector Primário	35 (16,7)
	Sector Secundário	48 (22,9)
	Sector Terciário	73 (34,8)
	Doméstico(a)	54 (25,7)
Nível sócio-económico	Baixo	94 (44,8)
	Médio	73 (34,8)
	Médio-alto	29 (13,8)
	Alto	14 (6,7)
Estado Civil	Viúvo (a)	148 (70,5)
	Casado (a) /União de facto	24 (11,4)
	Solteiro (a)	29 (13,8)
	Divorciado (a)	9 (4,3)

Da Tabela 1 destaca-se que a maioria da amostra é do sexo feminino (64,3%) e apresenta literacia primária/básica (57,6%). Denota-se ainda que 70,5% da amostra é viúvo(a).

Tabela 2: *Características clínicas da amostra*

		<i>n</i> (%)
Doenças Crónicas	Hipertensão arterial	24 (11,4)
	Diabetes	43 (20,5)
	Hipertensão arterial e Diabetes	27 (12,9)
	Inexistência	86 (41,0)
	Outras	30 (14,3)
Acuidade Visual	Boa	134 (63,8)
	Média	45 (21,4)
	Má	31 (14,8)
Acuidade Auditiva	Boa	166 (79,0)
	Média	28 (13,3)
	Má	16 (7,6)

Na tabela 2 destaca-se que a grande maioria da amostra não revela dificuldades ao nível da acuidade visual (63,8% apresentam boa acuidade visual) nem ao nível da acuidade auditiva (79,0% apresentam boa acuidade auditiva).

Tabela 3: *Características Institucionais da amostra*

		<i>n</i> (%)
Frequência da resposta social	Lar	110 (52,4)
	Centro de Dia	100 (47,6)
Duração da Frequência	Menos de 1 ano	58 (27,6)
	De 1 a 3 anos	67 (31,9)
	Mais de 3 anos	85 (40,5)
Opção de integração	Pessoal	108 (51,4)
	Família	102 (48,6)
Vontade de integração	Concordante	143 (68,1)
	Discordante	30 (14,3)
	Dúvidas	37 (17,6)

Dos dados apresentados na tabela 3 destaca-se que a maioria dos participantes frequentam uma resposta social na sua maioria (68,1%) concordantes com a sua vontade sem especial distinção se por opção própria ou da família.

Tabela 4: *Características da amostra em Lar*

		<i>n</i> (%)
Sexo	Masculino	33 (33,0)
	Feminino	67 (67,0)
Duração da Frequência	Menos de 1 ano	31 (31,0)
	De 1 a 3 anos	41 (41,0)
	Mais de 3 anos	28 (28,0)
Com quem vivia antes	Sozinho	64 (58,2)
	Família nuclear	44 (40,0)
	Outros	2 (1,8)
Zona de Residência anterior	Urbana	85 (77,3)

	Rural	25 (22,7)
Frequência anterior de Centro de Dia	Sim	17 (15,5)
	Não	93 (84,5)

Relativamente aos dados da tabela 4, relativa aos participantes que frequentam a resposta social lar, verifica-se que na sua maioria anteriormente viviam sozinhos (58,2%) e que a sua maioria não frequentava centro de dia anteriormente (84,5%).

Tabela 5: *Características da amostra de Centro de Dia*

		<i>n</i> (%)
Sexo	Masculino	42 (38,2)
	Feminino	68 (61,8)
Duração da Frequência	Menos de 1 ano	27 (24,5)
	De 1 a 3 anos	26 (23,6)
	Mais de 3 anos	57 (51,8)
Com quem vive actualmente	Sozinho	45 (45,0)
	Família nuclear	55 (55,0)
Zona de Residência actual	Urbana	87 (87,0)
	Rural	13 (13,0)
Deslocações para o Centro	Centro	63 (63,0)
	Sozinho(a)	26 (26,0)
	Família nuclear	11 (11,0)

A tabela 5 relativa aos participantes que frequentam a resposta social centro de dia é indicativa que a maioria dos idosos que frequentam esta condição social vivem com as suas famílias nucleares (55%).

Instrumentos de recolha de dados e sua descrição

Para a recolha de dados foi utilizado um conjunto de instrumentos seleccionados para o efeito. O primeiro instrumento a ser aplicado foi um questionário sócio-demográfico e clínico expressamente construído para esta investigação.

Posteriormente foram utilizados um conjunto de escalas específicos que permite responder às questões de investigação do presente estudo: Clifton – Procedimentos de avaliação de idosos; Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde MOS-SF-36; Escala de Estilos de Vida para Idosos EEVI; Escala de Satisfação com o Suporte Social ESSS; Brief COPE; Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e ainda uma questão aberta relativa ao balanço de vida dos idosos.

Questionário sócio-demográfico e clínico (construído para o efeito) (Anexo B)

Através do questionário sócio-demográfico pretende-se obter informação necessária relativamente às variáveis externas que podem influenciar a investigação. Neste sentido, será recolhida informação pessoal demográfica e social do sujeito, bem como informação clínica necessária.

Clifton – Procedimentos para Avaliação de Idosos (Pattie & Gillear, 1997) (Anexo C)

O teste Clifton foi elaborado especialmente para os idosos e permite avaliar o funcionamento cognitivo, os seus níveis de deterioração e incapacidade, a sua funcionalidade e dependência/independência no quotidiano (Pattie & Gillear, 1997).

Este instrumento de avaliação psicológica não se encontra adaptado à população portuguesa, sendo que se utiliza a adaptação à população espanhola, encontrando-se resultados válidos e fidedignos. É composto por dois níveis de medida independentes que podem ser

utilizados em simultâneo para a avaliação global da deterioração cognitiva e comportamental do sujeito ou isoladamente (Pattie & Gilleard, 1997).

O teste é constituído pela Escala de Avaliação Cognitiva – CAS (Pattie & Gilleard, 1975, cit in Pattie & Gilleard, 1997) e pela Escala de Valorização do Comportamento – BRS, inspirada na Escala de Avaliação Geriátrica de Stockton (Meer & Baker, 1966 cit in Pattie & Gilleard, 1997), tendo inicialmente obtido o nome de Escala Breve de Avaliação Geriátrica de Stockton (Gilleard & Pattie, 1977, cit in Pattie & Gilleard, 1997).

A adaptação da prova à população espanhola foi efectuada primeiramente pela equipa dirigida por Ballesteros (Fernández-Ballesteros & Guerrero, 1984, cit in Pattie & Gilleard, 1997), sendo que dadas as características da prova efectuou-se uma adaptação o mais ligeira possível e manter a estrutura e o conteúdo da prova original em tudo o que não se reduz em torno de todo o seu valor diagnóstico, sendo que as maiores adaptações são ao nível da prova CAS (Pattie & Gilleard, 1997).

A escala de avaliação cognitiva CAS, permite-nos o conhecimento do grau de dependência cognitiva dos idosos e é composta por três sub-escalas: 1) informação/orientação – que permite a avaliação das capacidades de informação geral e de orientação espaço-temporal; 2) capacidades mentais – envolve a avaliação de capacidades mentais mais complexas resultantes de aprendizagens anteriores; 3) psicomotricidade – mediante a prova do labirinto permite avaliar as competências de psicomotricidade dos idosos (Pattie & Gilleard, 1997).

A escala de avaliação de comportamentos BRS que por sua vez permite o conhecimento do grau de dependência comportamental dos idosos, ou seja, o seu grau de funcionalidade, é composta por quatro sub-escalas: 1) dificuldades físicas – permite o conhecimento das dificuldades do idoso ao nível da sua mobilidade; 2) apatia – permite a recolha de informação ao nível da relação com os outros e do seu grau de participação no quotidiano; 3) dificuldades de comunicação – permite o conhecimento do grau de dificuldades sentidas pelo idoso na

comunicação com os outros; 4) dificuldades de socialização – permite o conhecimento do grau de relacionamento com os outros relativamente ao incómodo que pode causar ao nível social (Pattie & Gilleard, 1997).

Relativamente à cotação, são atribuídos pontos consoante o desempenho dos idosos nas tarefas propostas de acordo com os critérios que são apresentados na própria folha de aplicação. Nessa mesma encontram-se os padrões de resultados normativos, como pode ser consultado no anexo C.

A selecção desta prova para o presente estudo pode ser entendida segundo vários factores: 1) é uma prova de curta extensão, fácil aplicabilidade e elevada sensibilidade o que se torna um facilitador para a população em estudo por não se tornar cansativa para os idosos; a prova foi desenvolvida especificamente para a população idosa apresentando padrões normativos para essas idades, podendo-se aplicar a níveis de capacidades muito diferentes; e também pois, avalia o grau de competências cognitivas e funcionais dos idosos, sendo essa uma das variáveis do próprio estudo.

Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde MOS-SF-36 (Ferreira, 2000, cit in Severo et al., 2006) (Anexo D)

Este questionário foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992, cit in Severo et al., 2006) e adaptado para a população portuguesa por Ferreira (2000a, 2000b, cit in Severo et al., 2006) é constituído por 36 itens e destina-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos à funcionalidade e BES de cada um, abrangendo 8 dimensões de estado geral de saúde, que detectam tanto os estados positivos como negativos.

Este instrumento não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento, podendo ser administrado a sujeitos com idade superior a 14 anos de idade. Por outro lado, foi concebida para a auto-administração, administração telefónica ou administração durante a entrevista (Severo et al., 2006).

A primeira dimensão denomina-se de “função física” (10 itens) mede desde a limitação para executar actividades físicas menores até às actividades mais extenuantes, passando por intermédias. A segunda dimensão corresponde ao “desempenho físico” (4 itens), sendo a terceira dimensão composta por 3 itens e correspondendo ao “desempenho emocional”. A segunda e terceira dimensão medem a limitação da saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. A “dor física” (2 itens), representa a intensidade e o desconforto causado pela dor e também o modo como esta interfere nas actividades normais. A “saúde em geral” (5 itens) pretende medir o conceito da percepção holística de saúde, incluindo a saúde actual, a resistência à doença e a aparência saudável (Severo et al., 2006).

A “vitalidade” (4 itens) inclui os níveis de energia e de fadiga, permitindo captar melhor as diferenças de BES. A “função social” (2 itens) pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais bem como o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas actividades. A última dimensão, “saúde mental” (5 itens), pretende medir os níveis de ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico (Severo et al., 2006).

Estas 8 sub-escalas (dimensões) podem ser agrupadas em duas componentes – saúde física e saúde mental – que se obtêm através de análises factoriais de categorias principais. A componente de saúde mental engloba a própria saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade. A componente física engloba a função física, desempenho físico, dor física e a saúde em geral (Severo et al., 2006).

Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, sendo que para avaliação da fiabilidade da versão portuguesa foi utilizado o método teste-reteste calculando-se o coeficiente alfa. Deste modo, os valores de alfa de Cronbach globais foram de 0,82 e 0,87 respectivamente para as dimensões física e mental não aumentando com a eliminação de qualquer das sub-escalas. Através da determinação da validade de conteúdo, discriminante e de critério verificou-se que este instrumento revela uma boa validade (Severo et al., 2006).

A cotação da presente escala é efectuada consoante os valores directos escolhidos pelos sujeitos, sendo agrupados e somados consoante as respectivas sub-escalas, com excepção da segunda questão que é analisada consoante a percentagem de cada opção de resposta, sendo que quanto mais elevada a percentagem obtida pelo sujeito será um melhor indicador da sua QV (Severo et al., 2006).

A presente escala por ser um indicador genérico do estado de saúde, pela linguagem utilizada, extensão e características psicométricas revela-se a mais adequada ao presente estudo.

Escala de Estilos de vida nos Idosos (EEVI) (Campôa, Ribeiro & Cruz, 2009) (Anexo E)

A EEVI desenvolvida por Campôa, Riebeiro e Cruz (2009), é uma escala de avaliação dos estilos de vida da população idosa, constituída por 27 itens nos quais o sujeito deve indicar a frequência com que executa cada uma das situações/comportamentos indicados. A consistência interna total da escala é de 0,857, valor que é considerado muito satisfatório.

Da totalidade dos 27 itens, extraem-se 5 factores que no seu conjunto explicam 54,272% da variância total. O primeiro factor diz respeito à “actividade” (itens 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 16, 20), explicando 18,528% da variância total, com alpha de 0,863. O segundo factor “socialização” (itens 2, 9, 11, 15, 19, 23, 26, 27) explica 11,232% da variância total, com alpha de 0,753. O terceiro factor “*coping* adaptativo” (itens 13, 17, 21, 24) explica 9,276% da variância total, com alpha de 0,621. O quarto factor “cuidados com a alimentação” (itens 6, 18, 22, 25) explica 8,337%, com alpha de 0,635. O quinto e último factor, “cuidados com a saúde” (itens 4, 8) explica 6,899% da variância total e apresenta um alpha de cronbach de 0,675 (Campôa et al., 2009).

A escala apresenta uma boa estabilidade temporal, apesar dos itens 3, 6, 7 e 8 demonstraram menor estabilidade temporal (Campôa et al, 2009).

Nas instruções é solicitado aos sujeitos que indiquem o grau em que as actividades referidas constituem os seus hábitos de vida. As respostas são assinaladas numa escala de Likert de 5 graus que vão desde 1 - Nunca a 5 - Sempre. Os itens são cotados de 1 a 5 com excepção dos itens 3, 21 e 24 que são de cotação inversa. Os resultados da escala são de cotação directa podem variar entre 27 e 135, sendo que quanto mais elevada a pontuação do sujeito melhores serão os seus estilos de vida (Campôa et al., 2009).

Esta escala demonstrou qualidades psicométricas muito boas tendo em atenção a relativa dispersão das dimensões do construto estilos de vida. Considera-se que esta escala é a mais indicada a utilizar no presente estudo tendo em consideração que foi desenvolvida especificamente para a população idosa que é a população em estudo e é uma escala de aplicação breve.

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 1999) (Anexo F)

A ESSS desenvolvida por Ribeiro (1999) é composta por 15 frases, em que o sujeito deve indicar o seu grau de concordância numa escala de Likert de 5 posições: 1-concordo totalmente, 2-concordo na maior parte, 3-não concordo nem discordo, 4-discordo na maior parte, 5-discordo totalmente (Ribeiro, 1999).

A consistência interna total da escala é de 0,85, sendo que esta é composta por quatro factores do suporte social: “a satisfação com os amigos”, mede a satisfação com as amizades e amigos que tem e inclui 5 itens, apresentando consistência interna de 0,83 explicando 35% da variância total; a “intimidade” mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui 4 itens, com consistência interna de 0,74, explicando 12,1% da variância total; a “satisfação com a família” mede a satisfação com o suporte social familiar existente, inclui 3 itens, apresentando uma consistência interna de 0,74 e explicando 8,7% da variância total; por último, as “actividades sociais” que medem a satisfação do sujeito relativamente às

atividades sociais que realiza inclui 3 itens e tem consistência interna de 0,64, explicando 7,3% da variância total (Ribeiro, 1999).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens, sendo a nota de cada dimensão resultado da soma dos itens de cada dimensão ou sub-escala. A cotação dos itens é feita de 1 a 5, com exceção dos itens invertidos (4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15). Neste sentido, a nota para a escala total pode variar entre 15 e 75 sendo que à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social (Ribeiro, 1999).

Tendo em consideração a brevidade da escala e a fácil inteligibilidade dos itens e a possibilidade de aplicação a qualquer idade, considera-se que esta seja a mais adequada ao presente estudo.

Brief COPE (Ribeiro & Rodrigues, 2004) (Anexo G)

O Brief COPE é uma escala de 28 itens que permite avaliar o *coping* disposicional (estilos de *coping*) e o *coping* situacional, mediante a alteração da formulação da resposta. Por exemplo “nunca faço isto” (formato disposicional) ou “fiz isto” (formato situacional) (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Este instrumento propõe responder à necessidade de uma avaliação adequada das qualidades psicológicas importantes do modo mais breve possível, pelo que foi desenvolvido um questionário com 14 escalas com dois itens em cada escala, sofrendo alterações relativamente à versão de 60 itens. Várias escalas focam apenas os aspectos teóricos significativos do *coping* enquanto outras foram incluídas com base na evidência da importância destes aspectos particulares do *coping* (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A versão portuguesa do instrumento apresenta propriedades idênticas à versão longa da escala original de 60 itens desenvolvida por Carver. Esta versão conserva as propriedades da versão de 28 itens de Carver, sendo por isso recomendada ao nível da investigação sobre o

coping. A adaptação da escala para a população portuguesa foi efectuada por Ribeiro e Rodrigues (2004).

Os 28 itens da escala, dividem-se em 14 escalas compostas por 2 itens cada. A cotação dos itens efectua-se numa escala de Likert de 0 a 3, de “nunca faço isto” a “faço sempre isto” (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Neste sentido, a versão breve explica 67,47% da variância total, podendo as escalas agrupar-se em vários factores, por outro lado, o estudo da consistência interna com recurso ao Alfa de Cronbach mostra valores adequados tendo em consideração a existência de apenas dois itens em cada escala (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O primeiro factor agrupa os itens das escalas “utilizar suporte instrumental” ($\alpha = 0.81$) e “utilizar suporte social emocional” ($\alpha = 0.79$); o segundo factor agrupa as escalas “*coping* activo” ($\alpha = 0.65$), “planear” ($\alpha = 0.70$) e “desinvestimento comportamental” ($\alpha = 0.78$); o terceiro factor agrupa as escalas “negação” ($\alpha = 0.72$) e “auto-culpabilização” ($\alpha = 0.62$); as restantes escalas agrupam-se cada uma por um factor com a seguinte ordem “religião” ($\alpha = 0.80$), “uso de substâncias” ($\alpha = 0.81$), “aceitação” ($\alpha = 0.55$), “auto-distracção” ($\alpha = 0.67$) e “expressão de sentimentos” ($\alpha = 0.84$) (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A versão reduzida, pelo seu tamanho e variedade de estratégias de *coping* apresentadas revela-se uma boa escala para ser utilizada em investigação em contexto de saúde (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

De acordo com os autores é dada uma definição para cada uma das sub-escalas, que são apresentadas em seguida: 1) *coping* activo – iniciar uma acção ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o stressor; 2) planear – pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de coping activos; 3) utilizar suporte instrumental – procurar ajuda, informações ou conselho acerca do que fazer; 4) utilizar suporte social emocional – conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém; 5) religião – aumento da participação em actividades religiosas; 6) reinterpretação positiva – fazer o melhor da situação crescendo a

partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável; 7) auto-culpabilização – culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu; 8) aceitação – aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real; 9) expressão de sentimentos – aumento da consciência do stress emocional e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos; 10) negação – tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante; 11) auto-distracção – desinvestimento mental do objectivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir ou auto-distracção; 12) desinvestimento comportamental – desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o stressor está a interferir; 13) uso de substâncias (medicamentos/álcool) – virar-se para o uso de álcool ou outras drogas (medicamentos) como meio de desinvestir do stressor; 14) humor – fazer piadas acerca do stressor (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

No presente estudo foi seleccionada esta escala que mediante o formato disposicional, que permite avaliar os estilos de *coping* dos idosos, neste sentido, pretende-se obter padrões de respostas comportamentais perante as vicissitudes do envelhecimento e não perante um agente stressor específico. Tendo em consideração o seu carácter breve e de fácil interpretação considerou-se adequada para o presente estudo tendo em atenção as características da amostra em estudo.

Inventário de Personalidade NEO-FFI-20 (Bertoquini & Ribeiro, 2006) (Anexo H)

Este inventário tem por base avaliar os traços de personalidade de acordo com a teoria dos *Big Five*, destacando as dimensões de Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Este inventário de 20 itens foi construído com base no inventário NEO-PI-R, que mediante várias análises estatísticas permitiu a extracção dos 20 itens que a constituem. O conjunto dos itens seleccionados demonstrou uma estrutura factorial bem definida, com elevadas cargas factoriais (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Esta escala demonstra ter uma estrutura factorial clara e uma consistência interna aceitável para as cinco dimensões, bem como um excelente ajustamento na análise factorial confirmatória. Verifica-se que apresenta uma validade convergente (as escalas do NEO-FFI-20 encontram-se fortemente correlacionadas com as escalas e facetas do NEO-PI-R equivalentes); discriminante (as intercorrelações entre os factores do NEO-FFI-20 foram baixas a moderadas) e concorrente (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Os 20 itens da escala tendem a agrupar-se nas cinco dimensões principais: Neuroticismo (itens 1, 6, 11, 16), Extroversão (itens 2, 7, 12, 17), Abertura à Experiência (itens 3, 8, 13, 18), Amabilidade (itens 4, 9, 14, 19) e Conscienciosidade (itens 5, 10, 15, 20). A cotação dos itens é efectuada de 0 a 4, exceptuando nos itens de cotação invertida (itens 1, 3, 11, 13, 14, 18, 19) (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Apesar das escalas do NEO-FFI-20 serem apenas constituídas por quatro itens, os coeficientes alfa atingem um valor mínimo de 0,70, variando entre 0,70 e 0,76 (Neuroticismo = 0,71; Extroversão = 0,71; Abertura à Experiência = 0,72; Amabilidade = 0,70; Conscienciosidade = 0,76) (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Esta escala revela-se a mais adequada ao presente estudo pois, tal como Bertoquini e Ribeiro (2006) indicam, quando a personalidade não é o principal objecto de estudo esta escala torna-se muito útil para avaliar as cinco grandes dimensões da personalidade. Por outro lado, a brevidade da escala tornam-se outro factor de destaque para a sua selecção, tendo em consideração as características da própria amostra em estudo.

Questão aberta: "Agora que chegou a esta idade, que balanço faz da sua vida?" (Anexo I)

Através desta questão, pretendia-se obter informação relativa ao balanço que os próprios idosos faziam da sua vida. Nesta questão não orientada os idosos falavam dos aspectos que consideravam mais significativos na sua vida. Dos temas apresentados pelos

idosos foi possível distribuí-los em sete unidades de sentido: felicidade, saúde, sucesso profissional, família, recordações/memórias, objectivos de vida e situação financeira.

Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados

Para a recolha dos dados para o presente estudo inicialmente efectuaram-se os pedidos de autorização às diferentes Instituições (lares de terceira idade). Após solicitação e recepção da autorização das Instituições para a realização das entrevistas semi-estruturadas, os sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos, foram convidados individualmente a participar nos estudos sendo explicados todos os procedimentos, bem como processos éticos e efectuado o consentimento informado (Anexo A).

As entrevistas, de realização individual, foram efectuadas numa única sessão de aplicação, mediante leitura oral dos itens e anotação das respostas dos idosos por parte da investigadora, tendo em consideração a necessidade de uniformização dos resultados mediante as características da população em estudo e especificamente as elevadas taxas de iliteracia observadas.

A prova Clifton, neste estudo apresentava um carácter eliminatório tendo em consideração que os participantes que obtivessem um grau de dependência grave não prosseguiam a sua participação no estudo, tendo em consideração as suas próprias dificuldades ao nível da participação. Relativamente aos restantes participantes prosseguia-se com o protocolo de aplicação da entrevista.

A utilização de entrevista semi-estruturada, no presente estudo, é justificada através de um estudo piloto com 15 idosos que manifesta que o construto de questionários de auto-aplicação não se aplica à realidade dos idosos, devido à frequente diminuição da acuidade

visual dificultando a leitura do instrumento, bem como o analfabetismo de muitos idosos (Jóia, Ruiz & Donalísio, 2007).

Após a realização das entrevistas os dados foram trabalhados segundo procedimentos meramente estatísticos através do programa estatístico SPSS 15.0, *versão Windows*.

Definição das Variáveis

As variáveis em estudo podem ser agrupadas em diferentes categorias:

- Características sócio-demográficas, definidas mediante 8 variáveis:
 1. Sexo (1 – masculino; 2 – feminino)
 2. Idade
 3. Habilitações Literárias (1 – iletrado(a); 2 – primário/básico; 3 – secundário/superior)
 4. Profissão anterior (1 – sector primário; 2 – sector secundário; 3 – sector terciário; 4 – doméstica)
 5. Nível socioeconómico (1 – baixo; 2 – médio; 3 – médio-alto; 4 – alto)
 6. Estado Civil (1 – viúvo(a); 2 – casado(a)/união de facto; 3 – solteiro(a); 4 – divorciado(a))
 7. Existência de filhos (1 – sim; 2 – não)
 - a. Número de filhos
- Características clínicas, definidas por 3 variáveis:
 1. Doenças crónicas (1 – hipertensão arterial; 2 – diabetes; 3 – hipertensão arterial e diabetes; 4 – inexistência; 5 – outras)
 2. Acuidade visual (1 – boa; 2 – média; 3 – má)
 3. Acuidade auditiva (1 – boa; 2 – média; 3 – má)

- Características da resposta social, definidas por 12 variáveis:

1. Frequência da valência (1 – lar; 2 – centro de dia)
2. Duração da frequência (1 – menos de 1 ano; 2 – de 1 a 3 anos; 3 – mais de 3 anos)
3. Opção de integração (1 – opção pessoal; 2 – opção da família)
4. Vontade da integração (1 – concordante com a minha vontade; 2 – discordante da minha vontade; 3 – dúvidas)
5. Questões direccionadas para participantes que frequentam Lar:
 - 5.1. Partilha do quarto, indica o número de pessoas com as quais o participante partilha o quarto
 - 5.2. Vivia antes (1 – sozinho(a); 2 – família nuclear; 3 – outros)
 - 5.3. Zona de residência anterior (1 – urbana; 2 – rural)
 - 5.4. Frequência de centro de dia anterior (1 – sim; 2 – não)
 - 5.5. Duração da frequência de centro de dia (1 – menos de 1 ano; 2 – de 1 a 3 anos; 3 – mais de 3 anos)
6. Questões direccionadas para participantes que frequentam Centro de dia:
 - 6.1. Com quem vive actualmente (1 – sozinho(a); 2 – família nuclear; 3 – outros)
 - 6.2. Zona de residência (1 – urbana; 2 – rural)
 - 6.3. Deslocações para o centro (1 – centro; 2 – sozinho(a); 3 – família nuclear)

- Características do balanço de vida, compostos por 7 variáveis:

1. Felicidade (1 – muito feliz; 2 – feliz; 3 – pouco feliz; 4 – não referido)
2. Saúde (1 – muito satisfatório; 2 – satisfatória; 3 – pouco satisfatória; 4 – não referido)
3. Sucesso profissional (1 – muito; 2 – algum; 3 – pouco; 4 – não referido)
4. Família (1 – muita proximidade; 2 – alguma proximidade; 3 – pouca proximidade; 4 – não referido)
5. Recordações/Memórias (1 – boas; 2 – más; 3 – neutras; 4 – não referido)

6. Objectivos de vida (1 – atingidos; 2 – não atingidos; 3 – por atingir; 4 – não referido)
7. Situação financeira (1 – boa; 2 – razoável; 3 – má; 4 – não referido)

- Resultados aos instrumentos, compostos pelas seguintes variáveis:

1. Informação_Orientação, valor obtido na sub-escala Informação/Orientação da escala CAS da prova Clifton, através do somatório dos itens referentes a esta sub-escala.
2. Capacidades_mentais, valor obtido na sub-escala Capacidades mentais da escala CAS da prova Clifton, mediante somatório dos itens a ela referentes.
3. Psicomotricidade, valor obtido na sub-escala Psicomotricidade da escala CAS da prova Clifton, através do somatório dos itens que a constituem.
4. CAS, valor obtido na escala CAS da prova Clifton, mediante somatório das suas sub-escalas.
5. Capacidades_físicas, valor obtido na sub-escala Capacidades físicas da escala BRS da prova Clifton, através do somatório dos itens que a constituem.
6. Apatia, valor obtido na sub-escala Apatia da escala BRS da prova Clifton, através do somatório dos itens que a constituem.
7. Dificuldades_comunicação, valor obtido na sub-escala Dificuldades de comunicação da escala BRS da prova Clifton, resultante da soma dos itens que a constituem.
8. Dificuldades_socialização, valor obtido na sub-escala Dificuldades de socialização da escala BRS da prova Clifton, através do somatório dos itens que a constituem.
9. BRS, valor obtido na escala BRS da prova Clifton, resultante do somatório das suas sub-escalas.
10. Função_social, valor obtido na dimensão Função física, primeira dimensão da escala MOS SF 36, mediante somatório dos itens correspondentes.
11. Desempenho_físico, valor obtido na dimensão Desempenho físico, segunda dimensão da escala MOS SF 36, resultante do somatório dos itens que a constituem.

12. Desempenho_emocional, valor obtido na dimensão Desempenho emocional, terceira dimensão da escala MOS SF 36, obtido através da soma dos itens dessa dimensão.
13. Dor_física, valor obtido na dimensão Dor física, quarta dimensão da escala MOS SF 36, mediante a soma dos seus itens constitutivos.
14. Saúde_geral, valor obtido na dimensão Saúde em geral, quinta dimensão da escala MOS SF 36, através do somatório dos itens que a constituem.
15. Vitalidade, valor obtido na dimensão Vitalidade, sexta dimensão da escala MOS SF 36, resultante do somatório dos itens que a constituem.
16. Função_social, valor obtido na dimensão Função social, sétima dimensão da escala MOS SF 36, mediante a soma dos seus itens constitutivos.
17. Saúde_mental, valor obtido na dimensão Saúde mental, oitava dimensão da escala MOS SF 36, resultante da soma dos itens que a constituem.
18. T_Saúde_Mental, valor obtido no factor Saúde Mental, que corresponde ao total dos itens relativos à saúde mental e resulta do somatório das dimensões que o constituem.
19. T_Saúde_Física, valor obtido no factor Saúde Física, correspondendo ao total dos itens relativos à saúde física e que resulta do somatório das dimensões que a constituem.
20. Actividade, valor referente ao primeiro factor da escala EEVI, obtido mediante somatório dos itens a este correspondentes.
21. Socialização, valor referente ao segundo factor da escala EEVI, obtido através do somatório dos seus itens constitutivos.
22. Coping_funcional, valor referente ao terceiro factor da escala EEVI, obtido pelo somatório dos itens que o constituem.
23. Cuidados_alimentação, valor referente ao quarto factor da escala EEVI, obtido mediante o somatório dos itens correspondentes.
24. Cuidados_saúde, valor referente ao quinto factor da escala EEVI, obtido através do somatório dos seus itens constitutivos.

25. EEVI_total, valor referente ao somatório da totalidade dos itens da escala EEVI.
26. Satisfação_amizades, valor referente à primeira dimensão da escala ESSS, obtido através do somatório dos itens correspondentes.
27. Intimidade, valor referente à segunda dimensão da escala ESSS, obtido mediante somatório dos seus itens constitutivos.
28. Satisfação_família, valor referente à terceira dimensão da escala ESSS, obtido através da soma dos itens dessa dimensão.
29. Actividades_sociais, valor referente à quarta dimensão da escala ESSS, obtido mediante a soma dos itens dessa dimensão.
30. ESSS_total, valor referente ao somatório dos itens da escala ESSS.
31. Coping_activo, valor referente à sub-escala Coping activo da escala Brief COPE, resultante dos itens que a constituem.
32. Planear, valor relativo à sub-escala Planear da escala Brief COPE, resultante dos seus itens constituintes.
33. S_Instrumental, valor referente à sub-escala Utilizar suporte instrumental da escala Brief COPE, obtido mediante a soma dos seus itens constituintes.
34. S_Social_emocional, valor relativo à sub-escala Utilizar suporte social emocional da escala Brief COPE, através da soma dos itens que a constituem.
35. Religião, valor relativo à sub-escala Religião da escala Brief COPE, resultante do somatório dos itens dessa escala.
36. Reinterpretação_positiva, valor referente à sub-escala Reinterpretação positiva da escala Brief COPE, mediante somatório dos itens que a constituem.
37. Auto_culpabilização, valor relativo à sub-escala Auto-culpabilização da escala Brief COPE, através do somatório dos itens que a constituem.
38. Aceitação, valor referente à sub-escala Aceitação da escala Brief COPE, através da soma dos seus itens constitutivos.

39. Expressão_sentimentos, valor referente à sub-escala Expressão de sentimentos da escala Brief COPE, mediante somatório dos seus itens constituintes.
40. Negação, valor relativo à sub-escala Negação da escala Brief COPE, através do somatório dos itens que a constituem.
41. Auto_distracção, valor referente à sub-escala Auto-distracção da escala Brief COPE, mediante somatório dos itens que a constituem.
42. Desinvestimento_comportamental, valor relativo à sub-escala Desinvestimento comportamental da escala Brief COPE, através do somatório dos seus itens constituintes.
43. Uso_substâncias, valor relativo à sub-escala Uso de substâncias (medicamentos/álcool) da escala Brief COPE, mediante a soma dos itens que a constituem.
44. Humor, valor relativo à sub-escala Humor da escala Brief COPE, através da soma dos itens que a constituem.
45. Neuroticismo, valor referente à dimensão Neuroticismo da escala NEO FFI 20, obtido através do somatório dos itens correspondentes.
46. Extroversão, valor referente à dimensão Extroversão da escala NEO FFI 20, mediante a soma dos itens correspondentes a esta dimensão.
47. Abertura_experiência, valor relativo à dimensão Abertura à experiência da escala NEO FFI 20, através da soma dos seus itens correspondentes.
48. Amabilidade, valor referente à dimensão Amabilidade da escala NEO FFI 20, obtido mediante a soma dos itens que a constituem.
49. Conscienciosidade, valor referente à dimensão Conscienciosidade da escala NEO FFI 20, obtido através da soma dos itens referente a essa dimensão.

Apresentação e Discussão de Resultados

Resultados médios das Escalas

Tabela 6: Resultados da análise descritiva dos resultados dos instrumentos.

	Mínimo	Máximo	Média N = 210	Desvio Padrão
Clifton - CAS	5	35	22.38	7.716
Informação / Orientação	2	12	8.65	2.679
Capacidades Mentais	0	12	6.39	3.469
Psicomotricidade	0	11	7.26	4.250
Clifton - BRS	0	13	5.41	3.756
Capacidades Físicas	0	8	2.47	1.971
Apatia	0	7	2.14	1.949
Dificuldades de Comunicação	0	2	0.04	0.215
Dificuldades de Socialização	0	8	0.76	1.179
<i>Qualidade de vida</i>				
Saúde Mental (total)	25	54	40.55	5.706
Saúde Mental	7	22	15.32	3.530
Desempenho Emocional	3	6	4.93	1.426
Função Social	4	8	5.76	0.819
Vitalidade	6	23	14.53	3.188
Saúde Física (total)	32	65	47.24	6.326
Função Física	10	30	18.18	6.677
Desempenho Físico	4	8	5.30	1.763
Dor Física	2	11	5.31	2.984
Saúde em Geral	12	24	18.46	2.882
Estilos de Vida (total)	50	117	86.79	13.109
Actividade	9	38	19.50	7.064
Socialização	16	39	31.29	5.236
Coping Funcional	4	20	12.00	2.931
Cuidados com a Alimentação	10	20	17.57	2.484
Cuidados com a Saúde	2	10	6.43	1.850
Suporte Social (total)	22	75	49.37	12.403
Satisfação com as Amizades	5	25	16.69	4.871
Intimidade	4	51	13.23	4.705
Satisfação com a Família	3	15	9.79	4.207
Actividades Sociais	3	15	9.66	2.872
<i>Brief - COPE</i>				
Coping Activo	0	6	2.81	2.077
Planear	0	6	2.18	1.858
Utilizar Suporte Instrumental	0	6	0.28	0.860
Utilizar Suporte Social Emocional	0	6	3.53	2.064
Religião	0	6	0.76	1.753
Reinterpretação Positiva	0	4	0.33	0.765
Auto-culpabilização	0	6	0.26	0.825
Aceitação	0	6	1.18	1.336
Expressão de Sentimentos	0	6	3.23	2.058
Negação	0	6	1.19	1.902
Auto-distração	0	6	2.63	1.908
Desinvestimento Comportamental	0	6	2.05	2.420
Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	0	6	0.17	0.915
Humor	0	4	0.20	0.733

Personalidade – NEO-FFI-20				
Neuroticismo	2	17	10.98	3.437
Extroversão	2	15	9.01	3.351
Abertura à Experiência	0	14	7.52	3.633
Amabilidade	2	16	12.25	3.040
Conscienciosidade	6	16	11.48	2.069

Os resultados descritivos da tabela anterior revelam-nos os níveis gerais da amostra em estudo (N = 210) em relação aos diversos factores em análise.

As competências cognitivas médias dos idosos em estudo, avaliadas mediante a prova CAS, situam-se no nível da deterioração moderada, tanto ao nível geral, como das suas sub-escalas informação/orientação e capacidades mentais. Apenas na sub-escala psicomotricidade se verifica a existência de uma deterioração ligeira. O nível de deterioração cognitiva dos idosos em estudo é por isso mais elevado do que a população de referência, o que está aparentemente associado a alguns factores que serão analisados mais adiante neste estudo.

Ao nível das competências funcionais, destaca-se a existência de deterioração ligeira em todas as sub-escalas, com excepção das capacidades de comunicação, que se encontram mantidas. Considera-se que este resultado reflecte alguma capacidade de manutenção de independência e autonomia, considerados como aspectos bastante importantes na QV dos idosos (Ramos et al., 1993, cit in Vivan & Argimon, 2009; Ribeiro, et al., 2002).

Relativamente aos factores de percepção de saúde mental e saúde física da escala de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, verifica-se que ambos apresentam valores baixos. Ao nível da saúde mental este valor é especialmente influenciado pelo valor sub-escala saúde mental. No que concerne à saúde física o valor é influenciado pela sub-escala desempenho físico.

Os resultados à escala EEVI, que avalia os estilos de vida dos idosos, revela-nos que a amostra em estudo apresenta estilos de vida satisfatórios, tendo em consideração que se obteve um valor médio de 86,79, para um máximo possível de 135, sendo que quanto mais elevado o valor mais satisfatórios são os estilos de vida dos idosos. De entre os factores da avaliação dos

estilos de vida denota-se que a área em que os idosos revelam níveis menos satisfatórios é a actividade, no entanto é também este o factor que apresenta maior variância ao nível dos resultados. Este resultado indica-nos que, no geral, os idosos em estudo revelam uma forte tendência para o imobilismo. Por outro lado, destacam-se os valores bastante satisfatórios ao nível da socialização e dos cuidados com a alimentação.

A escala de satisfação com o suporte social demonstra-nos que os idosos estão satisfeitos com o suporte social de que dispõem em todas as suas dimensões: nas relações de amizade, de intimidade, familiares e também nas actividades sociais que realizam.

Relativamente aos estilos de *coping*, medidos através da escala Brief-COPE, denota-se que os estilos de *coping* mais utilizados pelos idosos são principalmente os da esfera emocional, como a utilização de suporte social emocional e a expressão de sentimentos, apesar de também utilizarem com frequência o *coping* activo e a auto-distração. Ao nível dos estilos de *coping* menos utilizados pelos idosos, verifica-se o uso de substâncias, humor, auto-culpabilização, utilização de suporte instrumental e a reinterpretação positiva como os estilos de *coping* menos utilizados.

Dos dados anteriormente mencionados, é importante referir que o facto do estilo de *coping* humor se encontrar entre os menos utilizados pelos idosos pode ser considerado como um aspecto negativo, tendo em consideração que a literatura indica a utilização do humor é bom para a qualidade de vida e para a própria saúde (González-Celis & Padilla, 2006). Por outro lado, verifica-se que na sua maioria os idosos do presente estudo utilizam estilos de *coping* centrados nas emoções, verificando-se na literatura que os centrados na resolução de problemas são considerados mais adaptativos pois têm capacidade de provocar a mudança (Ryan-Wenger, 1996, cit in Vivan & Argimon, 2009).

Os traços de personalidade, avaliados pelo inventário NEO FFI 20, que mede as cinco dimensões da personalidade de acordo com o modelo dos *Big Five* apresentam valores normativos ao nível da extroversão e abertura à experiência, mas no entanto revelam valores

mais elevados ao nível do neuroticismo, amabilidade e conscienciosidade. Estes resultados são concordantes ao que já Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (2001, cit in Fonseca, 2006) indicaram de que com a idade há um aumento do neuroticismo e diminuição da extroversão.

Balanço de Vida dos idosos

Tabela 7: Resultados da análise descritiva do balanço de vida dos idosos (questão aberta)			
Indicadores		Frequência	%
<i>Felicidade</i>			
	Muito Feliz	69	32,9
	Feliz	104	49,5
	Pouco Feliz	37	17,6
<i>Saúde</i>			
	Muito Satisfatória	5	2,4
	Satisfatória	12	5,7
	Pouco Satisfatória	23	11,0
	Não Referido	170	81,0
<i>Sucesso Profissional ao longo da vida</i>			
	Muito	76	36,2
	Algum	36	17,1
	Pouco	11	5,2
	Não Referido	87	41,4
<i>Família</i>			
	Muita Proximidade	137	65,2
	Alguma Proximidade	34	16,2
	Pouca Proximidade	27	12,9
	Não Referido	12	5,7
<i>Recordações/Memórias</i>			
	Boas	132	62,9
	Más	32	15,2
	Neutras	41	19,5
	Não Referido	5	2,4
<i>Objectivos de Vida</i>			
	Atingidos	104	49,5
	Não Atingidos	21	10,0
	Por Atingir	6	2,9
	Não Referido	79	37,6
<i>Situação Financeira</i>			
	Boa	20	9,5
	Razoável	35	16,7
	Má	8	3,8
	Não Referido	147	70,0

A tabela 7 reflecte a organização das respostas dos participantes ao balanço da sua vida, organizadas por nós através de indicadores, em função das unidades de sentido expressas.

Em relação ao primeiro indicador (felicidade) ele é abordado por todos os idosos, considerando 82,4% que a sua vida foi feliz ou muito feliz, como se pode verificar em algumas unidades de sentido do discurso dos idosos “Eu tive uma vida muito boa (...)” (caso 12), “A vida foi boa, feliz” (caso 20) e “Fui muito feliz e tive uma vida muito feliz.” (caso 61). Apenas 17,6% que consideraram ter tido uma vida pouco feliz, indicado pelos próprios por exemplo

como “A minha vida foi triste (...)” (caso 116) e “A minha vida foi o que foi, não foi nada de bom” (caso 137).

Quanto ao indicador Saúde, apenas 19% dos idosos inquiridos se referem a ele, sendo que só 11% de todos os idosos consideraram que a sua saúde foi pouco satisfatória ao longo da vida, “Desde criança que tive estes problemas de saúde que não me deixaram ter uma vida muito boa (...)” (caso 74). Indicando por oposição ao anterior, um caso de boa percepção de saúde verifica-se, “Acho que mais ou menos consegui atingir os objectivos para a minha vida: ir chegando à idade que estou, tendo saúde.” (caso 4). De salientar que é possível que a elevada taxa de ausência de referências a este indicador se deva a que os idosos considerarem os seus níveis de saúde dentro dos padrões normais.

Relativamente ao sucesso profissional, apesar de 41,4% dos participantes não referirem este indicador, 36,2% de todos os idosos consideraram que ao longo da vida tiveram muito sucesso profissional, especificamente ao nível do sentimento de realização profissional, como indicam “Trabalhei muito e estava a fazer o que gostava” (caso 19).

Quanto à qualidade das relações familiares, 65,2% dos idosos referiram que consideravam que as suas relações familiares tinham sido marcadas por níveis de intimidade muito elevados, ilustrando-se por “(...) sempre me dei bem com o meu marido e ele fazia-me muito feliz (...)” (caso 163), face a apenas 12,9% que consideraram que elas tinham sido marcadas por níveis baixos de intimidade, “Os meus filhos também não me ligam e não se preocupam comigo” (caso 196). A importância atribuída pelos idosos a este indicador é expressa no número muito baixo de sujeitos que não se pronunciaram em relação a ele (apenas 5,7%).

As recordações e memórias dos idosos são na sua maioria boas (62,9%), muitas vezes relacionando-se com acontecimentos específicos de vida, como por exemplo, passeios e bailes ou ainda “Lembro-me às vezes do meu passado. Tive uma vida maravilhosa (...)” (caso 8). Também este indicador estava presente na esmagadora maioria das referências dos idosos.

Relativamente a recordações mais negativas verifica-se por exemplo “Eu tive uma vida de muito trabalho (...) e sofri muito quando era pequenina” (caso 41). Apenas 2,4% dos participantes não se referiram às suas memórias.

Objectivos de vida foi outro indicador observado nas respostas dos idosos participantes. Um pouco menos de metade (49,5%) dos idosos considera que os seus objectivos de vida foram atingidos, “acho que atingi todos os objectivos que tinha para a minha vida (...)” (caso 1) contra 12,9% que considerou que eles não foram atingidos, “fui para a escola e era inteligente mas o meu pai tirou-me da escola para ir trabalhar (...)” (caso 41). Trinta e sete, vírgula seis por cento dos idosos, não se referem a este tema. Consideramos relativamente baixo o número de idosos que avaliou os seus objectivos de vida como atingidos, o que talvez signifique a existência de expectativas irrealistas em relação à vida, ou a percepção que é demasiado tarde para atingir uma parte desses objectivos.

Relativamente à situação financeira ao longo da vida, destaca-se que não é um aspecto muito valorizado pelos idosos, tendo em consideração que 70% não o referem. Uma minoria de 16,7% considera que tiveram uma situação financeira razoável ao longo da vida, como se ilustra “não era rica mas tinha as coisinhas todas que precisava e a minha família nunca teve de passar fome” (caso 171) e “(...) nunca faltou nada nem a mim nem às minhas meninas” (caso 103).

Assim, destaca-se que os idosos quando realizam uma retrospectiva da sua própria vida valorizam especialmente os aspectos da felicidade e da família, o que nos sugere que todos os outros factores sejam secundários aquando da avaliação da própria vida.

Do mesmo modo, considera-se positiva a percentagem de idosos que consideram que a sua vida foi feliz, ou seja que estão satisfeitos com a vida que tiveram, pois os resultados anteriormente encontrados na literatura apresentavam-nos um panorama diferente de que 58% dos idosos se encontrava “insatisfeito/muito insatisfeito” com a sua vida (Fonseca, 2006),

enquanto no presente estudo se verifica que 49,5% consideram-se satisfeitos e felizes com a sua própria vida.

Variáveis que influenciam as competências cognitivas dos idosos (CAS)

Tabela 8: *Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os estilos de vida e as competências cognitivas*

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Estilos de Vida	0.184	10,408**	5			0.000
Constante					0.556	0.579
Actividade				0.308	4.396**	0.000
Socialização				0.016	0.224	0.823
Coping Funcional				0.014	0.201	0.841
Cuidados com a alimentação				0.112	1.628	0.105
Cuidados com a saúde				0.233	3.616**	0.000

Variável dependente: competências cognitivas

** Muito significativo

Na tabela 8 verifica-se que os estilos de vida têm uma influência muito significativa nas competências cognitivas dos idosos, explicando 18,4% da sua variância. De entre os vários factores componentes dos estilos de vida destaca-se a influência positiva e muito significativa da actividade e dos cuidados com a saúde. Os outros factores não parecem ter influência significativa na variação das competências cognitivas dos idosos, globalmente consideradas.

Estes resultados confirmam os resultados dos trabalhos de Christensen et al. (1995, cit in Calero-Garcia et al., 2007), que sugeriam que os idosos que praticavam mais actividade física dispunham de níveis mais elevados de competências cognitivas. Anteriormente já outros estudos haviam também indicado a importância da actividade nas capacidades cognitivas (Clarkson-Smith & Hartney, 1989, cit in Fonseca, 2006).

No instrumento que utilizámos para avaliar os estilos de vida, o EEVI, o factor actividade é composto por itens que reflectem um conceito mais vasto de actividade já que inclui, além da actividade física, outras facetas duma vida activa, como passear, viajar, praticar jardinagem, etc.

A influência muito significativa duma vida mais activa na preservação das capacidades cognitivas, conjugada com o facto dos idosos da nossa amostra terem níveis de actividade média muito baixos, pode contribuir para explicar os baixo nível cognitivo encontrado na nossa amostra.

No mesmo sentido, verifica-se que os idosos com graus superiores de preocupação e cuidados relativamente à sua saúde e bem-estar tendem também a apresentar melhores níveis de competências cognitivas. Denota-se que os estilos de vida promotores de saúde revelaram-se preditores nas competências cognitivas dos idosos.

Assim, vários estudos salientam e reforçam os resultados obtidos indicando que um estilo de vida activo promove uma melhor performance cognitiva (Calero-García et al., 2007).

Tabela 9: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre a satisfação com o suporte social percebido e as competências cognitivas

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Satisfação com o suporte social	0.050	3.733**	4			0.006
Constante					7.339**	0.000
Satisfação com as amizades				0.277	3.327**	0.001
Intimidade				- 0.148	- 1.816	0.071
Satisfação com a família				0.004	0.048	0.962
Actividades sociais				0.063	0.849	0.397

Variável dependente: competências cognitivas

** Muito significativo

Os dados apresentados na tabela 9 indicam-nos que a satisfação com o suporte social é uma variável que influencia as competências cognitivas dos idosos, no entanto a capacidade explicativa deste modelo é bastante baixa pois o modelo apenas explica 5% da variância das competências cognitivas.

Através do valor da constante apresentado na tabela podemos considerar que esta variável dependente é melhor explicada por outros factores que não a satisfação com o suporte social.

De entre os factores que influenciam as competências cognitivas destaca-se a satisfação com as amizades. Assim, considera-se que os idosos que se encontram satisfeitos com o tipo de

relacionamento que estabelecem com os outros e que sentem apoio e suporte por parte dos amigos mantêm melhores competências cognitivas. Estes resultados são apoiados pela literatura existente de que um maior nível de contactos sociais com os amigos, entre outros, são factores protectores da preservação das competências cognitivas (Newsom & Schultz, 1996, cit in Calero-Garcia, et al., 2007).

Deste modo, elevados níveis de relações sociais e de satisfação com o suporte social percebido, especificamente na satisfação nas relações de amizade são factores protectores do declínio cognitivo (Takahashi et al., 1997; Calero-García et al., 2007).

Assim, verifica-se que as pessoas mais isoladas tendem a revelar deterioração cognitiva com maior facilidade.

Tabela 10: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre as estratégias de coping e as competências cognitivas.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Coping	0.223	5.283**	14			0.000
Constante					9.390**	0.000
Coping activo				0.231	2.154*	0.032
Planear				0.272	2.719**	0.007
Utilizar suporte instrumental				0.069	1.087	0.278
Utilizar suporte social emocional				0.017	0.165	0.869
Religião				- 0.70	- 0.993	0.322
Reinterpretação positiva				0.147	1.913	0.057
Auto-culpabilização				0.138	1.931	0.055
Aceitação				- 0.096	- 1.184	0.238
Expressão de sentimentos				- 0.164	- 1.478	0.141
Negação				- 0.137	- 1.393	0.165
Auto-distracção				0.123	1.818	0.071
Desinvestimento comportamental				0.125	1.181	0.239
Uso de substâncias				0.087	1.173	0.242
Humor				- 0.167	- 2.271*	0.024

Variável dependente: competências cognitivas

* Significativo

** Muito significativo

O modelo explicativo apresentado na tabela 10 é bastante significativo tendo em consideração que os estilos de *coping* utilizados revelam uma influência significativa nas competências cognitivas e explicam 22,3% da variância das mesmas.

Denota-se também que a existem outros factores que não os estilos de *coping* que explicam as variâncias das competências de cognitivas.

Verifica-se que os sujeitos que utilizam estilos de *coping* do tipo de *coping* activo e planear mantêm níveis de competências cognitivas mais satisfatórios. Assim, considera-se que os idosos que fazem esforços para remover ou circunscrever as dificuldades, ou mesmo os idosos que planeiam os esforços para confrontar as dificuldades tendem a manter melhores níveis de competências cognitivas. Estes resultados são concordantes com a literatura existente, pois os estilos de *coping* mencionados relacionam-se com modos de resolução do problema e verifica-se que este tipo de estilo de *coping* são mais adaptativos para os idosos pois tendem a provocar mudança (Ryan-Wenger, 1996, cit in Vivan & Argimon, 2009).

Por outro lado denota-se que no presente estudo o humor reflecte uma influência negativa nas competências cognitivas, ou seja, a maior utilização do humor como estilo de *coping* apresenta-se neste estudo como promotor de menores níveis de competências cognitivas. Relativamente a estes resultados não se verificou na literatura confirmação ou explicação deste resultado pelo que se considera a necessidade de realização de novos estudos para melhor compreensão dos mesmos.

Tabela 11: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os traços de personalidade e as competências cognitivas.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Personalidade	0.193	10.987**	5			0.000
Constante					2.984**	0.003
Neuroticismo				- 0.124	- 1.707	0.089
Extroversão				- 0.043	- 0.586	0.558
Abertura à experiência				- 0.120	- 1.705	0.090
Amabilidade				- 0.136	- 2.042*	0.042
Conscienciosidade				0.453	5.846**	0.000

Variável dependente: competências cognitivas

* Significativo

** Muito significativo

Através da análise proposta verifica-se que os traços de personalidade exercem uma forte influência na variância das competências cognitivas, tendo em consideração que explicam 19,3% da sua variância.

De entre os traços de personalidade do modelo *Big Five* verifica-se que a amabilidade e a conscienciosidade são os traços que apresentam maior influência sob as competências cognitivas dos idosos, com especial destaque para a última.

A amabilidade apresenta uma influência negativa nas competências cognitivas o que nos sugere que as pessoas que procuram constantemente ajudar os outros tendem a apresentar menores níveis de competências cognitivas. Pode interpretar-se este resultado tendo em consideração as características do próprio traço de personalidade que pode ser negativo mediante a tendência destes idosos para a dependência e preocupação com a necessidade de aprovação externa mais do que em relação ao desenvolvimento das suas próprias competências.

Por outro lado, a conscienciosidade apresenta uma forte influência positiva, resultado este que nos indica que os idosos mais preocupados e responsáveis tendem a apresentar melhores níveis de competências cognitivas. Estes resultados relacionam-se também com a necessidade de rigor característica das pessoas com elevados níveis de conscienciosidade, que procuram constantemente vários estímulos e apresentam um forte empenho nas suas actividades o que parece relacionar-se com a manutenção dos níveis de competências cognitivas.

Por outro lado salienta-se que a abertura à experiência não apresentou uma influência significativa sobre as competências cognitivas. Este resultado é contrário ao esperado, pois de acordo com a literatura, a abertura à experiência é um factor importante para a manutenção das capacidades de natureza cognitiva (Caprara, 1995, cit in Fonseca, 2006).

Variáveis que influenciam as competências funcionais dos idosos (BRS)

Tabela 12: *Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os estilos de vida e as competências funcionais.*

	R ² a	F	GL	Beta	T	P
Estilos de Vida	0.412	30.253**	5			0.000
Constante					11.455**	0.000
Actividade				- 0.209	- 3.513**	0.001
Socialização				- 0.518	- 8.385**	0.000
Coping Funcional				- 0.084	- 1.442	0.151
Cuidados com a alimentação				0.057	0.982	0.327
Cuidados com a saúde				- 0.024	- 0.436	0.663

Variável dependente: competências funcionais

** Muito significativo

Os dados apresentados indicam-nos que os estilos de vida exercem uma influência bastante significativa nas competências funcionais dos idosos, já que 41,2% da variância das competências funcionais dos idosos é explicada pelos estilos de vida.

Por outro lado, verifica-se que para além dos estilos de vida existem outras variáveis que explicam a variância das competências funcionais nos idosos.

Mediante os resultados obtidos verifica-se que a actividade exerce uma influência bastante significativa na explicação das competências funcionais. Os idosos que praticam mais actividades tendem a revelar melhores níveis de funcionalidade e autonomia.

Do mesmo modo, os idosos que apresentam maiores níveis de socialização tendem também a revelar melhores níveis de competências funcionais, considerando-se assim que os contactos sociais exercem uma influência positiva na manutenção da autonomia dos idosos.

Estes resultados são concordantes com dados já anteriormente apresentados na literatura que indicam que o estilo de vida é o aspecto mais relevante para manter a independência e bons níveis de funcionalidade e autonomia na idade avançada tendo em consideração todo o percurso de vida anterior (Pacheco, 2005, cit in Pacheco & Jesus, 2007).

Tabela 13: *Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre a satisfação com o suporte social percebido e as competências funcionais.*

	R ² a	F	GL	Beta	T	P
Satisfação com o suporte social	0.275	20.859**	4			0.000
Constante					11.993**	0.000
Satisfação com as amigas				- 0.477	- 6.571**	0.000
Intimidade				0.049	0.684	0.495
Satisfação com a família				- 0.199	- 2.969**	0.003
Actividades sociais				0.100	1.549	0.123

Variável dependente: competências funcionais

** Muito significativo

As competências funcionais são também influenciadas pela satisfação com o suporte social dos idosos. Denota-se que estes têm capacidade explicativa de 27,5% da variância da variável dependente.

Outros factores que não a satisfação com o suporte social têm também influência e importância na explicação da variação das competências funcionais.

A influência da satisfação com o suporte social na variável dependente é especialmente derivada a dois dos seus factores que também revelaram uma relação significativa, sendo estes a satisfação com as amigas e a satisfação com a família.

Os factores satisfação com as amigas e satisfação com a família revelam assim uma relação positiva significativa com a variável dependente.

Deste modo, verifica-se que os idosos que revelam maior satisfação com as relações de amizade que estabelecem tendem a apresentar também melhores níveis de funcionalidade. Estes resultados reflectem que os idosos que estabelecem mais relações com os outros, tendem a isolar-se menos e conseqüentemente a revelar melhores níveis de autonomia e funcionalidade nas suas actividades de vida diárias.

No que diz respeito à satisfação com a família, verifica-se que também a satisfação nestes relacionamentos promove melhores níveis de funcionalidade. Estes resultados reflectem os dados anteriormente obtidos e reforçam a importância da família na qualidade de vida dos idosos.

Estes resultados são satisfatórios pois apresentam as relações familiares e de amizade como modo de satisfação e de promoção de autonomia e não no sentido dependência, tal como era indicado na literatura de que, com a diminuição das capacidades funcionais e consequentemente dos níveis de autonomia verifica-se uma maior necessidade de assistência por parte dos amigos e familiares (Ramos et al., 1993, cit in Vivan & Argimon, 2009).

Tabela 14: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre as estratégias de coping e as competências funcionais.

	R ² a	F	GL	Beta	T	P
Coping	0.192	4.547**	14			0.000
Constante					8.434**	0.000
Coping activo				- 0.302	- 2.769**	0.006
Planear				- 0.130	- 1.274	0.204
Utilizar suporte instrumental				- 0.052	- 0.806	0.421
Utilizar suporte social emocional				0.036	0.329	0.742
Religião				- 0.062	- 0.866	0.387
Reinterpretação positiva				- 0.006	- 0.077	0.939
Auto-culpabilização				0.009	0.127	0.899
Aceitação				0.057	0.689	0.491
Expressão de sentimentos				- 0.146	- 1.289	0.199
Negação				0.061	0.607	0.545
Auto-distração				- 0.045	- 0.653	0.515
Desinvestimento comportamental				0.080	0.743	0.458
Uso de substâncias				- 0.258	- 3.418**	0.001
Humor				0.130	1.727	0.086

Variável dependente: competências funcionais
 ** Muito significativo

As competências funcionais são também influenciadas pelos estilos de *coping* que os idosos adoptam para lidar com as vicissitudes do envelhecimento, inclusive com as suas dificuldades que limitam a sua autonomia e independência. Deste modo verifica-se que os estilos de *coping* apresentam capacidade explicativa de 19,2% da variância total das competências funcionais.

Apesar de se verificar esta relação significativa denota-se também que existem outros factores que não os estilos de *coping* que revelam também capacidade explicativa significativa da variância da variável dependente em estudo, como se pode verificar pelo valor da constante ($t = 8.434$; $p = 0.000$).

Os estilos de *coping* que revelam influência significativa na variável dependente são o *coping* activo e o uso de substâncias, sendo que ambos revelam uma relação de influência positiva.

Assim, considera-se que os idosos que realizam esforços para lidar e circunscrever as dificuldades próprias das vicissitudes do envelhecimento tendem a revelar melhores níveis de autonomia. Neste sentido pode considerar-se que estes idosos utilizam bons estilos de *coping* para lidar com as suas dificuldades, permitindo-lhes manter bons níveis de autonomia. Estes resultados sugerem que os idosos que procuram enfrentar as suas limitações e encontrar estratégias para ultrapassar as suas dificuldades apresentam melhores níveis de funcionalidade.

Por outro lado, também se verifica que os idosos que tendem a recorrer ao uso de substâncias como o consumo de álcool ou de medicamentos para lidar com as dificuldades com que se deparam revela influência positiva na variável dependente em estudo. Estes resultados reflectem o elevado consumo de medicamentos por parte da população em estudo e não derivado ao eventual consumo de álcool, considerando-se que este elevado consumo de medicamentos facilita a manutenção da autonomia dos idosos nas suas actividades diárias.

Tabela 15: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os traços de personalidade e as competências funcionais.

	R ² a	F	GL	Beta	T	P
Traços de Personalidade	0.307	19.506**	5			0.000**
Constante					8.066**	0.000
Neuroticismo				0.072	1.073	0.284
Extroversão				- 0.245	- 3.578**	0.000
Abertura à experiência				0.092	1.405	0.162
Amabilidade				- 0.148	- 2.391*	0.018
Conscienciosidade				- 0.356	- 4.954**	0.000

Variável dependente: competências funcionais

* Significativo

** Muito significativo

Os resultados apresentados na tabela anterior reflectem a importância dos traços de personalidade e a influência que estes exercem ao nível da funcionalidade dos idosos. Denota-se que estes têm capacidade explicativa de 30,7% da variável dependente em estudo.

Apesar desta forte influência dos traços de personalidade ao nível do grau de funcionalidade dos idosos verifica-se que existem outras variáveis que não se encontram abrangidas por este modelo em estudo que revelam melhor capacidade explicativa para a variância desta variável dependente.

Mediante os resultados da tabela verifica-se a existência de uma influência positiva dos traços de personalidade: extroversão, amabilidade e conscienciosidade.

Estes resultados sugerem que, ao nível da extroversão, os idosos mais alegres e participativos tendem a revelar maiores níveis de funcionalidade. Como nos indica a literatura existente, ao longo do envelhecimento verifica-se que os níveis de extroversão dos idosos diminui (Paúl et al, 2001, cit in Fonseca, 2006), no entanto verifica-se que estes exercem influência na manutenção da funcionalidade.

Relativamente ao traço de personalidade amabilidade, este também revela uma influência significativa sobre os níveis de funcionalidade dos idosos. Este resultado indica-nos que os idosos mais proactivos com os outros são os que apresentam maiores níveis de funcionalidade, o que nos parece sugerir que a actividade constante de ajuda dos outros é um facilitador na manutenção da sua autonomia.

A conscienciosidade exerce também uma influência positiva sobre a funcionalidade dos idosos, verificando-se que os idosos mais responsáveis e rigorosos tendem a apresentar menores níveis de autonomia. Estes resultados sugerem que o rigor e precisão característicos das pessoas com elevados níveis de conscienciosidade facilitam a manutenção da sua autonomia no seu quotidiano.

Variáveis que influenciam a percepção de saúde física dos idosos (componente da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde)

Tabela 16: *Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os estilos de vida e a percepção de saúde física.*

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Estilos de Vida	0.205	11.778**	5			0.000
Constante					12.866**	0.000
Actividade				0.481	6.954**	0.000
Socialização				0.021	0.287	0.774
Coping Funcional				- 0.083	- 1.226	0.221
Cuidados com a alimentação				- 0.065	- 0.952	0.342
Cuidados com a saúde				0.032	0.506	0.613

Variável dependente: saúde física

** Muito significativo

O presente modelo em análise pretende verificar a influência dos estilos de vida na percepção da saúde física dos idosos, componente esta pertencente à avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde nesta população.

Os resultados apresentados na tabela anterior indicam-nos que os estilos de vida são uma variável com influência bastante significativa na explicação da variância da percepção de saúde física, explicando 20,5% da sua variância total, apesar de se considerar a existência de outros factores que não o estilo de vida que também influenciam a percepção de saúde física.

Dos factores componentes dos estilos de vida verifica-se que a actividade é aquela que exerce maior influência ao nível da percepção de saúde física, apresentando uma influência significativa relativamente a esta. Neste sentido os idosos mais activos, nas várias esferas entre as quais a actividade física, tendem a apresentar níveis superiores de percepção de saúde física.

Tabela 17: *Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre a satisfação com o suporte social percebido e a percepção de saúde física.*

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Satisfação com o suporte social	0.069	4.847**	4			0.001
Constante					23.144**	0.000
Satisfação com as amizades				0.317	3.846**	0.000
Intimidade				- 0.122	- 1.506	0.134
Satisfação com a família				- 0.129	- 1.690	0.093
Actividades sociais				0.095	1.287	0.200

Variável dependente: saúde física

* Significativo

** Muito significativo

Os dados apresentados na tabela 17, procuram verificar a influência da satisfação com o suporte social percebido na saúde física dos idosos. No entanto verifica-se que apesar da satisfação com o suporte social percebido revelar resultados significativos a sua capacidade explicativa da variância da variável dependente é muito baixa (6,9%). Deste modo, verifica-se a existência de outras variáveis que exercem influência na variação da percepção da saúde física dos idosos para além da satisfação com o suporte social percebido.

De entre os factores da satisfação com o suporte social percebido, verifica-se que a satisfação com as relações de amizade é o factor que apresenta uma influência significativa na percepção de saúde física dos idosos, denotando-se que maiores níveis de satisfação com as amizades influenciam uma melhor percepção de saúde física. Estes resultados são bastante favoráveis tendo em consideração a indicação existente na literatura de que a ruptura com os vínculos sociais e as relações de amizade tendem a aumentar a susceptibilidade para determinadas doenças de natureza física, afectando de igual modo a QV (Paúl, 2005^a; Chor et al., 2001, cit in Siqueira & Padovam, 2007).

Assim, mediante maior número de interacções com os amigos maior será a promoção de competências intelectuais e de saúde física porque revela um estilo de vida mais activo e uma menor tendência para o isolamento. Estes resultados são concordantes com a literatura

existente que considera que o isolamento social é um factor de risco para a saúde (Siqueira & Padovam, 2007).

Tabela 18: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre as estratégias de coping e a percepção de saúde física.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
<i>Coping</i>	0.236	5.615**	14			0.000
Constante					30.965**	0.000
<i>Coping</i> activo				0.181	1.709	0.089
Planear				0.064	0.649	0.517
Utilizar suporte instrumental				0.173	2.762**	0.006
Utilizar suporte social emocional				- 0.139	- 1.322	0.188
Religião				- 0.049	- 0.707	0.481
Reinterpretação positiva				0.125	1.641	0.102
Auto-culpabilização				- 0.016	- 0.220	0.826
Aceitação				- 0.116	- 1.441	0.151
Expressão de sentimentos				- 0.024	- 0.222	0.825
Negação				0.054	0.556	0.579
Auto-distracção				0.054	0.804	0.422
Desinvestimento comportamental				- 0.289	- 2.756**	0.006
Uso de substâncias				0.234	3.188**	0.002
Humor				- 0.239	- 3.283**	0.001

Variável dependente: saúde física

** Muito significativo

Os estilos de *coping* utilizados pelos idosos tendem a influenciar a sua percepção de saúde física. Neste sentido, mediante os resultados anteriores verifica-se que os estilos de *coping* têm capacidade explicativa de 23,6% da variância total da variável dependente em estudo.

De entre os estilos de *coping* que exercem maior influência na explicação da percepção de saúde física destacam-se a utilização de suporte instrumental, o desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor. No entanto verifica-se também que a percepção de saúde física é também influenciada por outras variáveis além dos estilos de *coping*.

Relativamente à utilização de suporte instrumental, verifica-se que os idosos que tendem a procurar ajuda, informações ou conselhos relativamente às suas acções tendem a apresentar melhor percepção da sua saúde física.

No sentido inverso, verifica-se que os idosos que tendem a desistir ou deixar de se esforçar da tentativa de atingir os seus objectivos nos quais à interferência (desinvestimento comportamental) tendem a apresentar menores níveis de percepção da sua saúde física.

O uso de substâncias apresenta-se neste modelo de análise como exercendo uma influência positiva na percepção de saúde física dos idosos. Estes resultados parecem reflectir que a utilização de medicação é para os idosos um factor importante na manutenção da sua saúde física, sendo que a sua utilização melhora assim a percepção em relação à própria saúde.

Por outro lado, no que diz respeito ao humor este revela uma influência negativa sobre a variável dependente em estudo, sendo que uma maior utilização do humor influencia uma menor percepção da saúde física. Estes resultados relativamente ao humor são contrários aos esperados, revelando a necessidade de outros estudos que permitam melhor compreender esta influência.

Tabela 19: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os traços de personalidade e a percepção de saúde física.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Traços de Personalidade	0.229	13.441**	5			0.000
Constante					8.493**	0.000
Neuroticismo				0.100	1.403	0.162
Extroversão				0.353	4.893**	0.000
Abertura à experiência				- 0.048	- 0.693	0.489
Amabilidade				- 0.038	- 0.586	0.559
Conscienciosidade				0.313	4.134**	0.000

Variável dependente: saúde física

* Significativo

** Muito significativo

Os traços de personalidade exercem também influência na explicação da variância da percepção de saúde física dos idosos. Neste sentido, verifica-se que estes têm uma capacidade explicativa de 22,9% da variância total da percepção de saúde física dos idosos, apesar de se considerar a existência de outras variáveis que também exercem influência na variável dependente em estudo.

Mediante esta capacidade explicativa verifica-se que a maior influência é efectuada pela extroversão e conscienciosidade.

A extroversão apresenta-se neste modelo como exercendo uma influência positiva sobre a percepção de saúde física. Neste sentido, os idosos mais alegres e optimistas tendem a revelar uma melhor percepção da sua saúde física. Estes resultados são confirmados pela literatura existente que indica a existência de uma forte correlação entre a extroversão e a saúde (Garrido-Luque et al., 1995, cit in Martins, 2004).

Do mesmo modo, a conscienciosidade apresenta uma influência positiva significativa com a variável dependente em estudo. Este resultado indica-nos que os idosos mais responsáveis e disciplinados tendem a revelar níveis de percepção de saúde física mais elevados.

Variáveis que influenciam a percepção de saúde mental dos idosos (componente da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde)

Tabela 20: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os estilos de vida e a percepção de saúde mental.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Estilos de Vida	0.125	6.953**	5			0.000
Constante					15.822**	0.000
Actividade				- 0.197	- 2.716**	0.007
Socialização				- 0.131	- 1.743	0.083
Coping Funcional				0.273	3.866**	0.000
Cuidados com a alimentação				- 0.127	- 1.777	0.077
Cuidados com a saúde				- 0.124	- 1.863	0.064

Variável dependente: saúde mental

*Significativo

** Muito significativo

Os estilos de vida demonstram influenciar a percepção de saúde mental dos idosos, verificando-se uma capacidade explicativa de 12,5% do total da sua variância.

No entanto apesar desta capacidade explicativa verifica-se que existem outros factores não abrangidos no modelo em análise que exercem também influência sobre a variável dependente em estudo.

Tendo em atenção os factores de avaliação dos estilos de vida, verifica-se que a actividade exerce influência sobre a percepção de saúde mental, no entanto esta percepção encontra-se no sentido negativo, ou seja, para superiores níveis de actividade realizada verificam-se menores níveis de percepção de saúde mental pelos idosos. Estes resultados são contraditórios relativamente ao esperado, não se encontrando na literatura estudos que permitam uma melhor compreensão deste resultado, pelo que se considera necessária a realização de outros estudos que permitam a sua compreensão.

Por outro lado, a dimensão *coping* funcional apresenta, neste modelo de estudo, uma influência positiva sobre a percepção de saúde mental dos idosos. Estes resultados reflectem que uma maior utilização de estratégias de *coping* funcionais influencia uma melhor percepção de saúde mental dos idosos.

Tabela 21: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre a satisfação com o suporte social percebido e a percepção de saúde mental.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Satisfação com o suporte social	0.080	5.542**	4			0.000
Constante					23.536**	0.000
Satisfação com as amizades				- 0.308	- 3.766**	0.000
Intimidade				0.180	2.249*	0.026
Satisfação com a família				0.104	1.376	0.170
Actividades sociais				0.189	2.590*	0.010

Variável dependente: saúde mental

* Significativo

** Muito significativo

O modelo em estudo proposto na tabela anterior pretende verificar a influência da satisfação com o suporte social percebido na percepção de saúde mental dos idosos.

Deste modo, verifica-se que a satisfação com o suporte social tem capacidade explicativa de 8% da variância total da percepção de saúde mental. Considera-se que este

resultado é baixo, tendo em atenção a importância que na literatura existente é atribuída à percepção de suporte social como desempenhando um papel protector relativamente à saúde, uma vez que age como facilitador da adaptação mediante crises emocionais, sendo também importante na redução do stresse (Paúl & Fonseca, 2001, cit in Paúl, 2005^a; Cobb, 1976, cit in Siqueira & Padovam, 2007).

Mediante este resultado verifica-se a existência de outras variáveis que não a satisfação com o suporte social percebido que têm capacidade explicativa da variável dependente em estudo.

Relativamente às dimensões da satisfação com o suporte social, verifica-se a influência da satisfação com as amizades, da intimidade e das actividades sociais na percepção de saúde mental.

A satisfação com as amizades exerce uma influência negativa sobre a percepção de saúde mental dos idosos, sendo que os idosos que apresentam melhores níveis de satisfação com as amizades são os que revelam menor percepção da sua saúde mental. Este resultado é desfavorável tendo em consideração que os resultados encontrados na literatura indicam-nos que a percepção de suporte social, elevada ou baixa, é um dos factores explicativos da saúde mental e da QV dos sujeitos (Martins, 2004), verificando-se que os idosos podem desfrutar dos benefícios das suas redes de suporte social em termos de saúde e adopção de novos hábitos de vida que lhes podem gerar melhores níveis de QV (Siqueira & Padovam, 2007). No entanto este resultado pode ser explicado pelos resultados de Berkman et al. (2001, cit in Siqueira & Padovam, 2007) que indicam que os indivíduos mais dependentes da sua rede social teriam menor saúde mental comparativamente com os mais independentes.

Por outro lado, verifica-se que a satisfação com as relações de intimidade exerce uma influência positiva na percepção de saúde mental. Estes resultados indicam-nos que mediante maior satisfação nos relacionamentos de intimidade melhor será a percepção de saúde mental

dos idosos, verificando-se assim que os relacionamentos de maior proximidade exercem um papel protector da saúde mental dos idosos, tal como se verificava anteriormente.

Do mesmo modo, verifica-se que a satisfação com as actividades sociais exerce influência positiva sobre a percepção de saúde mental dos idosos. Neste sentido, os idosos que são mais participativos em actividades colectivas e organizadas pela Instituição tendem a revelar melhor percepção da sua saúde mental.

Verifica-se, de um modo geral que os resultados deste estudo não salientam a especial importância do suporte social percebido na protecção da saúde mental dos idosos contrariamente ao indicado em estudos anteriores que sugeriam que as pessoas insatisfeitas com a quantidade de suporte social tenderiam a sofrer que mais perturbações psicológicas (Krause, Liang & Yatomi, 1989, cit in Siqueira & Padovam, 2007).

Tabela 22: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre as estratégias de coping e a percepção de saúde mental.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
<i>Coping</i>	0.066	2.058*	14			0.016
Constante					25.216**	0.000
<i>Coping</i> activo				0.136	1.160	0.248
Planear				0.184	1.679	0.095
Utilizar suporte instrumental				0.089	1.292	0.198
Utilizar suporte social emocional				- 0.089	- 0.769	0.443
Religião				- 0.055	- 0.714	0.476
Reinterpretação positiva				- 0.053	- 0.633	0.528
Auto-culpabilização				0.105	1.335	0.184
Aceitação				0.048	0.533	0.595
Expressão de sentimentos				- 0.034	- 0.282	0.778
Negação				0.227	2.103*	0.037
Auto-distracção				- 0.098	- 1.332	0.184
Desinvestimento comportamental				- 0.014	- 0.124	0.902
Uso de substâncias				- 0.003	- 0.032	0.974
Humor				0.060	0.740	0.460

Variável dependente: saúde mental

* Significativo

** Muito significativo

Mediante os resultados da tabela anterior verifica-se que os estilos de *coping* apresentam uma capacidade muito baixa de explicação da variância da percepção de saúde mental dos idosos, podendo apenas explicar 6,6% da sua variância total.

Deste modo, verifica-se a existência de outros factores que não os estilos de *coping* que têm capacidade explicativa desta variável dependente.

No entanto, verifica-se a existência de uma influência positiva e significativa entre a negação e a percepção de saúde mental, verificando-se que os idosos que tendem a negar as suas dificuldades actuais tendem a apresentar uma percepção da sua saúde mental mais elevada. Este resultado não é clinicamente favorável tendo em consideração que a negação é um estilo de *coping* associado ao evitamento, sendo este desfavorável e revelando efeitos negativos ao nível da saúde mental, nomeadamente em casos de depressão (Fortes, 2005, cit in Wathier et al., 2007).

Tabela 23: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os traços de personalidade e a percepção de saúde mental.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Traços de Personalidade	0.134	7.468**	5			0.000
Constante					16.584**	0.000
Neuroticismo				- 0.390	- 5.177**	0.000
Extroversão				- 0.058	- 0.760	0.448
Abertura à experiência				- 0.133	- 1.824	0.070
Amabilidade				- 0.115	- 1.663	0.098
Conscienciosidade				- 0.093	- 1.152	0.251

Variável dependente: saúde mental

* Significativo

** Muito significativo

A tabela anterior pretende verificar a influência dos traços de personalidade na percepção de saúde mental dos idosos. De acordo com o modelo proposto, verifica-se que os traços de personalidade têm capacidade explicativa de 13,4% da variância total da percepção da saúde mental dos idosos. Esta influência é significativa apesar de se verificar a existência de outros factores que detêm também capacidade explicativa da variância desta variável dependente.

De entre os traços de personalidade, destaca-se a influência negativa e bastante significativa do neuroticismo sobre a percepção de saúde mental dos idosos, verificando-se que os idosos que apresentam níveis de neuroticismo mais elevados tendem a revelar menor

percepção da sua saúde mental. Estes resultados sugerem que os idosos mais preocupados e centrados em si próprios tendem a revelar menor percepção da saúde mental.

Diferenciação entre sexos relativamente às variáveis dependentes

Tabela 24: Média e desvio padrão de cada sexo relativamente às variáveis dependentes.

Variável	Sexo	Média	Desvio Padrão
CAS	Masculino	23,63	6,889
	Feminino	21,68	8,080
BRS	Masculino	4,88	3,537
	Feminino	5,70	3,854
Saúde Mental	Masculino	41,21	6,061
	Feminino	40,18	5,487
Saúde Física	Masculino	48,11	6,198
	Feminino	46,76	6,368

Na tabela anterior são apresentados os valores médios de ambos os sexos relativamente a cada variável dependente. Denota-se que de um modo geral o sexo masculino é quem revela resultados superiores em todas as provas com excepção da prova BRS, que efectua a avaliação dos níveis de funcionalidade que neste caso se revelam superiores nas mulheres.

Por outro lado destaca-se desta tabela o elevado desvio padrão do sexo feminino na prova CAS, que avalia as competências cognitivas.

Tabela 25: Resultados do teste t relativo às diferenças entre sexos nas variáveis dependentes.

		T	df	P (2-tailed)
CAS	Igualdade de variâncias assumida	1,759	208	0,080
	Igualdade de variâncias não assumida	1,841	174,171	0,067
BRS	Igualdade de variâncias assumida	- 1,528	208	0,128
	Igualdade de variâncias não assumida	- 1,565	164,315	0,119
Saúde Mental	Igualdade de variâncias assumida	1.262	208	0.208
	Igualdade de variâncias não assumida	1.227	140,615	0.222
Saúde Física	Igualdade de variâncias assumida	1.479	208	0.141
	Igualdade de variâncias não assumida	1.491	156,514	0.138

Os resultados da tabela 25 pretendem verificar se as diferenças encontradas entre os valores médios do sexo masculino e feminino na tabela 24 são significativas. No entanto verifica-se que as diferenças entre sexos não são significativas para nenhuma das variáveis,

denotando-se que o sexo não é um elemento diferenciador ao nível das variáveis dependentes em estudo.

Diferenciação entre cada resposta social relativamente às variáveis dependentes

Tabela 26: Média e desvio padrão de cada resposta social relativamente às variáveis dependentes.

Variável	Resposta Social	Média	Desvio Padrão
CAS	Lar	22,03	7,862
	Centro de Dia	22,76	7,573
BRS	Lar	5,96	3,732
	Centro de Dia	4,80	3,706
Saúde Mental	Lar	41,43	5,930
	Centro de Dia	39,58	5,311
Saúde Física	Lar	45,81	6,491
	Centro de Dia	48,82	5,771

Procurou-se também analisar a existência de diferenças significativas entre os resultados dos idosos que frequentam lar e os que frequentam centro de dia relativamente às variáveis dependentes em estudo.

Relativamente aos valores médios das variáveis verifica-se que os idosos que frequentam centro de dia revelam níveis médios superiores em todas as variáveis com excepção da BRS e da percepção de saúde física, que avaliam os níveis de funcionalidade e autonomia do idoso.

Tabela 27: Resultados do teste t relativo às diferenças entre as respostas sociais nas variáveis dependentes.

		T	Df	P (2-tailed)
CAS	Igualdade de variâncias assumida	- 0,686	208	0,493
	Igualdade de variâncias não assumida	- 0,688	207,292	0,492
BRS	Igualdade de variâncias assumida	2,264*	208	0,025
	Igualdade de variâncias não assumida	2,265	206,365	0,025
Saúde Mental	Igualdade de variâncias assumida	2,369**	208	0,019
	Igualdade de variâncias não assumida	2,381	207,957	0,018
Saúde Física	Igualdade de variâncias assumida	- 3,538**	208	0,000
	Igualdade de variâncias não assumida	- 3,558	207,901	0,000

*Significativo

** Muito Significativo

Mediante os resultados apresentados na tabela anterior verifica-se que das diferenças médias observadas na tabela 26 as que se revelam significativas são ao nível da BRS, da Percepção de Saúde Mental e também na Percepção de Saúde Física.

Relativamente aos níveis de BRS verifica-se que os idosos que frequentam lar revelam melhores níveis de funcionalidade e autonomia comparativamente com os que frequentam centro de dia. Este resultado é contrário ao resultado esperado tendo em consideração que se esperava que os idosos que frequentam centro de dia revelassem maiores níveis de funcionalidade pois vivem nas suas próprias casas e na sua maioria tendem a realizar as suas actividades de vida diárias sozinhos. Por outro lado, este resultado também pode ser explicado pela dificuldade de acesso aos lares que muitas vezes, por falta de vagas na admissão em lar os idosos são admitidos apenas na resposta social centro de dia enquanto aguardam possibilidade de admissão em lar.

No que diz respeito à percepção de saúde mental, verifica-se que são os idosos que frequentam lar que mantêm melhores níveis de percepção de saúde mental. Estes resultados podem estar relacionados com a quantidade de estimulação a que estão expostos os idosos que frequentam centro de dia. Denota-se que a faixa etária em estudo necessita de maior estabilidade, pelo que o facto de se encontrarem em lar pode transmitir maior sensação de controlo o que lhes permite que detenham melhor percepção da sua saúde mental.

Por outro lado, no que diz respeito à percepção de saúde física verifica-se que os idosos que frequentam centro de dia apresentam melhores níveis de percepção relativamente à sua saúde física. Este resultado pode estar relacionado com o determinado grau de autonomia e mobilidade que os próprios necessitam ter para a sua admissão na resposta social de centro de dia.

Diferenciação entre sexos relativamente às variáveis moderadoras e mediadoras

Tabela 28: Resultados do teste t relativo às diferenças entre sexos nas variáveis moderadoras e mediadoras.

		T	df	P (2-tailed)
Estilos de Vida Cuidados com a alimentação	Igualdade de variâncias assumida	- 2,456*	208	0,015
	Igualdade de variâncias não assumida	- 2,389	140,915	0,018
Coping Utilizar suporte social emocional	Igualdade de variâncias assumida	- 2,738**	208	0,007
	Igualdade de variâncias não assumida	- 2,700	146,854	0,008
Coping Religião	Igualdade de variâncias assumida	- 4,760	208	0,000
	Igualdade de variâncias não assumida	- 6,369**	136,933	0,000
Coping Expressão de sentimentos	Igualdade de variâncias assumida	- 3,789**	208	0,000
	Igualdade de variâncias não assumida	- 3,824	157,174	0,000
Coping Auto-distracção	Igualdade de variâncias assumida	2,276*	208	0,024
	Igualdade de variâncias não assumida	2,276	153,072	0,024
Coping Uso de Substâncias	Igualdade de variâncias assumida	3,132	208	0,002
	Igualdade de variâncias não assumida	2,344*	74,811	0,022
Personalidade Abertura à Experiência	Igualdade de variâncias assumida	- 2,320*	208	0,021
	Igualdade de variâncias não assumida	- 2,303	149,722	0,023

*Significativo

** Muito Significativo

Os resultados apresentados na tabela anterior pretendem verificar a existência de diferenças entre o sexo masculino e feminino relativamente às variáveis mediadoras e moderadoras do estudo.

Deste modo, ao nível dos estilos de vida, verifica-se a existência de uma diferença significativa entre o sexo masculino e feminino relativamente aos cuidados com a alimentação. Assim denota-se que é o sexo feminino que revela melhores cuidados ao nível da alimentação (M = 17,88; DP = 2,366), comparativamente com o sexo masculino (M = 17,01; D = 2,607). Estes resultados parecem demonstrar que as mulheres revelam maiores cuidados ao nível dos seus hábitos alimentares o que também se poderia reflectir nos seus níveis de saúde.

Relativamente à satisfação com o suporte social percebido, no presente estudo não se verificaram diferenças significativas entre os sexos, denotando-se ser este um factor a que ambos atribuem forte importância.

Os estilos de *coping* utilizados pelos idosos são bastante variados, podendo considerar-se que as estratégias emocionais são significativamente mais utilizadas pelas mulheres. Destacam-se como os estilos de *coping* mais utilizados maioritariamente por mulheres a utilização de suporte social emocional, a expressão de sentimentos e a religião. Pelos homens, verifica-se uma maior utilização da auto-distração e do uso de substâncias.

Relativamente à utilização de suporte social emocional verifica-se que as mulheres ($M = 3,81$; $DP = 1,997$) tendem a procurar com maior frequência a simpatia e a compreensão dos outros relativamente às suas dificuldades do que os homens ($M = 3,01$; $DP = 2,096$). O mesmo se verifica relativamente à expressão de sentimentos, verificando-se que são as mulheres ($M = 3,62$; $DP = 2,018$) que perante o aumento das suas dificuldades sentem maior necessidade de expor os seus problemas aos outros, comparativamente com os homens ($M = 2,53$; $DP = 1,954$). Este conjunto de resultados reflecte o pensamento geral da faixa etária em estudo, que considera que os homens não devem demonstrar as suas fragilidades.

Por outro lado, ao nível do estilo de *coping* religião, também se verifica uma maior frequência no sexo feminino ($M = 1,17$; $DP = 2,075$) comparativamente com o sexo masculino ($M = 0,03$; $DP = 0,162$). Estes resultados demonstram a maior tendência feminina à recorrência da prática de mais actividades religiosas por parte das mulheres perante as suas dificuldades.

Outros estilos de *coping*, como a auto-distração e o uso de substâncias são maioritariamente utilizados pelos homens. No que diz respeito à auto-distração verifica-se que são os homens quem mais utiliza este estilo de *coping* ($M = 3,03$; $DP = 1,889$) comparativamente com as mulheres ($M = 2,41$; $DP = 1,890$). Assim, este resultado parece sugerir que mediante as vicissitudes e dificuldades provenientes do processo de envelhecimento os homens tendem a efectuar um desinvestimento mental dessa situação problemática, focando o seu pensamento noutros aspectos de modo a não ter de lidar com essas dificuldades.

Relativamente ao uso de substâncias (álcool e medicamentos) verifica-se que também são os homens que recorrem com maior frequência a estilos de *coping* deste nível ($M = 0,43$; $DP = 1,490$), comparativamente com a mulheres ($M = 0,02$; $DP = 0,148$). Estes resultados não são concordantes com os apresentados na literatura que indicavam que era no sexo feminino que se verificava uma maior consumo de substâncias (álcool, café e medicação) comparativamente com o sexo masculino. Na literatura consideravam que esse resultado pudesse relacionar-se com o facto do sexo feminino utilizar maioritariamente estilos de *coping* emocionais pudesse com maior facilidade originar o consumo de substâncias (Pacheco & Jesus, 2006, cit in Pacheco & Jesus, 2007). No presente estudo verifica-se que o sexo feminino utiliza, à semelhança de outros estudos, maioritariamente estilos de *coping* emocionais sendo por esse motivo também que podem recorrer menos ao consumo de substâncias pois procuram a resolução dos seus problemas na ajuda e apoio dos outros.

De acordo com estes dados ao nível dos estilos de *coping* verifica-se que enquanto as mulheres recorrem a estilos de *coping* de índole emocional ou homens tendem a recorrer a estilos de *coping* de evitamento.

No que concerne aos traços de personalidade, denota-se a existência de diferenças significativas entre sexos ao nível da abertura à experiência. Assim, as mulheres ($M = 7,95$; $DP = 3,562$) revelam níveis mais elevados de abertura à experiência comparativamente com os homens ($M = 6,75$; $DP = 3,654$). Estes resultados indicam que as mulheres tendem com maior facilidade a realizar experiências novas comparativamente com os homens que revelam maior receio na experiência de novas actividades.

Diferenciação entre cada resposta social relativamente às variáveis moderadoras e mediadoras

Tabela 29: Resultados do teste *t* relativo às diferenças entre as respostas sociais nas variáveis moderadoras e mediadoras.

		T	df	P (2-tailed)
Estilos de Vida Socialização	Igualdade de variâncias assumida	- 2,019*	208	0,045
	Igualdade de variâncias não assumida	- 2,014	203,685	0,045
Coping Negação	Igualdade de variâncias assumida	2,428	208	0,016
	Igualdade de variâncias não assumida	2,460*	201,604	0,015
Coping Desinvestimento comportamental	Igualdade de variâncias assumida	2,678	208	0,008
	Igualdade de variâncias não assumida	2,696*	207,545	0,008
Personalidade Amabilidade	Igualdade de variâncias assumida	- 2,307*	208	0,022
	Igualdade de variâncias não assumida	- 2,314	207,812	0,022

*Significativo

Os dados da tabela anterior permitem-nos verificar a existência de diferenças significativas em algumas variáveis consoante a resposta social frequentada pelos sujeitos.

Verifica-se que ao nível dos estilos de vida existem diferenças significativas entre as respostas sociais ao nível da socialização. Deste modo, os idosos que frequentam centro de dia apresentam níveis de socialização mais elevados ($M = 32,05$; $DP = 5,332$) comparativamente com os idosos que frequentam lar ($M = 30,60$; $DP = 5,072$). Estes resultados parecem sugerir que os idosos que frequentam centro de dia estabelecem maiores níveis de socialização que os que frequentam lar.

No que concerne aos níveis de satisfação com o suporte social percebido, contrariamente ao esperado não se verificam diferenças significativas entre as respostas sociais. Neste sentido considerava-se que os idosos com frequência de centro de dia pudessem revelar um posicionamento favorável a este nível, no entanto mediante estes resultados foi possível verificar a inexistência de diferenciação entre a satisfação com o suporte social percebido dos idosos que frequentam lar ou centro de dia.

Os estilos de *coping* de um modo geral não revelam diferenças significativas entre as respostas sociais, no entanto ao nível dos estilos de negação e de desinvestimento

comportamental verifica-se que são significativamente mais utilizados pelos idosos que frequentam lar do que pelos que frequentam centro de dia. Relativamente à negação verifica-se que os idosos que frequentam lar tendem a apresentar com maior frequência este estilo de *coping* ($M = 1,49$; $DP = 2,106$) comparativamente com os que frequentam centro de dia ($M = 0,86$; $DP = 1,596$). Estes resultados sugerem que os idosos em lar tendem com maior frequência a rejeitar a realidade em que se encontram, negando e rejeitando as dificuldades cognitivas e funcionais com que se deparam ao longo do tempo.

O mesmo se verifica relativamente ao desinvestimento comportamental, verificando-se que os idosos que se encontram em lar tendem também com maior frequência a utilizar este estilo de *coping* ($M = 2,47$; $DP = 2,540$) comparativamente com os que frequentam centro de dia ($M = 1,59$; $DP = 2,020$). Estes resultados sugerem que os idosos que frequentam lar desistem com maior facilidade dos seus objectivos mediante a interferência das vicissitudes do processo de envelhecimento.

Relativamente aos traços de personalidade verifica-se a existência de diferenças significativas ao nível da amabilidade. Denota-se que os idosos que frequentam centro de dia revelam maiores níveis de amabilidade ($M = 12,75$; $DP = 2,904$) do que os que frequentam lar ($M = 11,79$; $DP = 3,101$). Estes resultados sugerem que os idosos que frequentam centro de dia são muito mais preocupados e procuram com maior frequência ajudar os outros do que os idosos que frequentam lar.

Influência das variáveis moderadoras nas variáveis mediadoras

Tabela 34: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os traços de personalidade e os estilos de vida.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Estilos de Vida (Total)	0.395	28,265**	5			0.000
Constante					8.739**	0.000
Neuroticismo				- 0.189	- 3.003**	0.003
Extroversão				0.205	3.206**	0.002
Abertura à Experiência				0.139	2.284*	0.023
Amabilidade				0.192	3.322**	0.001
Conscienciosidade				0.237	3.530**	0.001
Actividade	0.338	22.359**	5			0.000
Constante					1.512	0.132
Extroversão				0.376	5.628**	0.000
Abertura à Experiência				0.201	3.158**	0.002
Socialização	0.348	23.349**	5			0.000
Constante					5.465**	0.000
Extroversão				0.158	2.377*	0.018
Amabilidade				0.316	5.274**	0.000
Conscienciosidade				0.264	3.784**	0.000
Coping Funcional	0.175	9.847**	5			0.000
Constante					9.027**	0.000
Neuroticismo				- 0.412	- 5.597**	0.000
Cuidados com a alimentação	0.047	3.042*	5			0.011
Constante					11.659**	0.000
Extroversão				- 0.253	- 3.155**	0.002
Cuidados com a saúde	0.104	5.875**	5			0.000
Constante					2.869**	0.005
Abertura à Experiência				- 0.253	- 3.410**	0.001
Amabilidade				0.147	2.091*	0.038
Conscienciosidade				0.333	4.074**	0.000

* Significativo

** Muito Significativo

Os dados apresentados na tabela anterior têm como objectivo avaliar a influência dos traços de personalidade nos estilos de vida dos idosos, verificando-se que 39,5% dos estilos de vida na sua totalidade é explicada pelos traços de personalidade. Neste sentido, verifica-se que mediante maiores níveis de neuroticismo os sujeitos tendem a apresentar níveis de estilos de vida menos satisfatórios. Os restantes traços de personalidade exercem uma influência positiva sobre os estilos de vida.

No que concerne ao factor actividade verifica-se que este factor é influenciado positivamente pela extroversão e pela abertura à experiência, sendo que os traços de personalidade têm capacidade explicativa de 33,8% desta variável. Neste sentido, os idosos

mais otimistas e gosto por novas experiências tendem a apresentar níveis de actividade mais elevados.

Relativamente ao factor socialização, verifica-se que 34,8% da sua variância é explicada pelos traços de personalidade. Deste modo, verifica-se que a extroversão, amabilidade e conscienciosidade exercem uma influência positiva sobre os níveis de socialização dos idosos. Assim, os idosos mais otimistas, responsáveis e que procuram ajudar os outros tendem a apresentar melhores níveis de socialização. Por outro lado denota-se que a socialização é também influenciada por outros factores que não os traços de personalidade.

No que diz respeito ao *coping* funcional verifica-se que apenas o neuroticismo exerce uma influência negativa sobre esta variável, sendo que os traços de personalidade explicam 17,5% da sua variância. Verifica-se que os idosos mais centrados e preocupados consigo próprios tendem a apresentar menores níveis de *coping* funcional e adaptativo às suas dificuldades. No entanto verifica-se também que existem outras variáveis que explicam melhor o *coping* funcional do que os traços de personalidade.

Ao nível dos cuidados de alimentação verifica-se que os traços de personalidade apenas explicam 4,7% da sua variância total, neste sentido esta variável é melhor explicada por outros factores que não os traços de personalidade, no entanto salienta-se a influência negativa da extroversão nos cuidados de alimentação. Deste modo, os idosos mais otimistas e alegres tendem a apresentar menores cuidados ao nível da alimentação.

Relativamente ao último factor dos estilos de vida, os cuidados com a saúde, verifica-se que 10,4% da sua variância total é explicada pelos traços de personalidade. Neste sentido considera-se a influência negativa da abertura à experiência sendo que os idosos que têm o gosto por novas experiências tendem a apresentar menores cuidados ao nível da sua saúde. Por outro lado, a amabilidade e a conscienciosidade exercem uma influência positiva sobre os cuidados com a saúde, verificando-se que os idosos mais responsáveis e que procuram com maior frequência ajudar os outros tendem a apresentar um maior cuidado com a sua própria

saúde. Verifica-se ainda que os cuidados com a saúde são também influenciados por outras variáveis que não os traços de personalidade.

Tabela 35: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os traços de personalidade e a satisfação com o suporte social.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
Suporte Social (Total)	0.266	16.119**	5			0.000
Constante					6.273**	0.000
Neuroticismo				- 0.315	- 4.543**	0.000
Extroversão				0.166	2.364*	0.019
Amabilidade				0.332	5.229**	0.000
Satisfação com as amizades	0.252	15.071**	5			0.000
Constante					2.609*	0.010
Neuroticismo				- 0.140	- 2.002*	0.047
Extroversão				0.211	2.972**	0.003
Amabilidade				0.226	3.527**	0.001
Conscienciosidade				0.155	2.083*	0.038
Intimidade	0.183	10.340**	5			0.000
Constante					4.381**	0.000
Neuroticismo				- 0.259	- 3.539**	0.000
Extroversão				0.182	2.456*	0.015
Amabilidade				0.296	4.409**	0.000
Satisfação com a família	0.152	7.315**	5			0.000
Constante					3.553**	0.000
Neuroticismo				- 0.255	- 3.371**	0.001
Amabilidade				0.300	4.347**	0.000
Actividades Sociais	0.137	6.491**	5			0.000
Constante					8.561**	0.000
Neuroticismo				- 0.327	- 4.291**	0.000
Conscienciosidade				- 0.242	2.983**	0.003

*Significativo

** Muito Significativo

Pretendeu-se também verificar em que níveis os traços de personalidade influenciavam a satisfação com o suporte social dos idosos. Neste sentido ao nível da satisfação com o suporte social no seu geral verifica-se que os traços de personalidade têm capacidade explicativa de 26,6% da sua variância total. Verifica-se que o neuroticismo exerce uma influência negativa sobre a satisfação com o suporte social, contrariamente à extroversão e amabilidade. Estes resultados sugerem-nos que os idosos menos centrados e preocupados consigo próprios, mais alegres e optimistas e que procuram ajudar os outros tendem a revelar níveis de satisfação com o suporte social percebido superiores. Por outro lado, esta variável dependente é melhor explicada por outros factores que não os traços de personalidade.

Ao nível da satisfação com as amizades verifica-se que 25,2% da sua variância total são explicadas pelos traços de personalidade. Neste sentido verifica-se uma influência negativa do neuroticismo e uma influência positiva da extroversão, amabilidade e conscienciosidade. Assim, considera-se que os sujeitos menos preocupados, mais otimistas e responsáveis e que gostem de ajudar os outros revelam melhores níveis de satisfação com as amizades que estabelecem. Esta variável é também explicada por outros factores que não estão abrangidos no modelo de análise em estudo.

As relações de intimidade e a satisfação com estas são explicadas pelos traços de personalidade em 18,3%. À semelhança dos factores anteriores verifica-se que a satisfação com as relações de intimidade é influenciada negativamente pelo neuroticismo e positivamente pela extroversão e amabilidade o que mais uma vez nos indica que os sujeitos menos preocupados, mais otimistas e com gosto em ajudar os outros tendem a apresentar níveis superiores de satisfação com as relações de intimidade. No entanto existem também outros factores que explicam a satisfação com as relações de intimidade que não os traços de personalidade.

Ao nível da satisfação com a família verifica-se que 15,2% da sua variância é explicada pelos traços de personalidade. Verifica-se assim uma influência negativa do neuroticismo e positiva da amabilidade. Por outro lado, também se verifica a existência de outros factores que influenciam a satisfação com as relações familiares que não os traços de personalidade. Assim verifica-se que os sujeitos menos preocupados consigo próprios e com forte interesse em ajudar os outros tendem a revelar melhores níveis de satisfação com as relações familiares.

O último factor corresponde às actividades sociais e verifica-se que os traços de personalidade têm capacidade explicativa de 13,7% da sua variância total. Verifica-se que existem outros factores que influenciam as actividades sociais que não os traços de personalidade, mas ao nível destes destaca-se a influência negativa do neuroticismo e da conscienciosidade. Assim os sujeitos mais centrados em si próprios e mais responsáveis tendem a revelar menor satisfação com as actividades sociais que praticam.

De um modo geral todos os resultados apresentados anteriormente são bastante favoráveis pois não são concordantes com os dados apresentados na literatura de que maiores níveis de neuroticismo e menores níveis de extroversão expressar-se-iam numa menor percepção de apoio social (Sarason & Sarason, 1985, cit in Martins, 2004).

Tabela 36: Resultados da regressão linear múltipla (método enter) entre os traços de personalidade e os estilos de coping.

	R ² a	F	GL	Beta	t	P
<i>Coping</i> activo	0.388	27.506**	5			0.000
Constante					- 0.808	0.420
Neuroticismo				- 0.269	- 4.245**	0.000
Extroversão				0.227	3.538**	0.000
Amabilidade				0.150	2.587*	0.010
Conscienciosidade				0.265	3.927**	0.000
Planear	0.311	19.882**	5			0.000
Constante					- 0.364	0.716
Neuroticismo				- 0.231	- 3.443**	0.001
Extroversão				0.266	3.896**	0.000
Conscienciosidade				0.209	2.920**	0.004
Utilizar suporte instrumental	0.039	2.709*	5			0.021
Constante					0.677	0.499
Amabilidade				- 0.165	- 2.268*	0.024
Utilizar suporte social emocional	0.055	3.413**	5			0.006
Constante					- 0.297	0.767
Neuroticismo				0.231	2.935**	0.004
Amabilidade				0.164	2.268*	0.024
Religião	0.057	3.529**	5			0.004
Constante					- 0.640	0.523
Extroversão				0.229	2.869**	0.005
Amabilidade				0.229	3.183**	0.002
Reinterpretação positiva	0.153	8.575**	5			0.000
Constante					0.171	0.864
Neuroticismo				- 0.282	- 3.779**	0.000
Auto-culpabilização	0.116	6.460**	5			0.000
Constante					2.317*	0.021
Aceitação	0.110	6.183**	5			0.000
Constante					0.357	0.722
Neuroticismo				- 0.205	- 2.688**	0.008
Expressão de sentimentos	0.033	2.406*	5			0.038
Constante					0.942	0.348
Neuroticismo				0.197	2.473*	0.014
Negação	0.060	3.675**	5			0.003
Constante					0.543	0.588
Neuroticismo				0.255	3.248**	0.001
Auto-distracção	0.108	6.038**	5			0.000
Constante					0.494	0.622
Extroversão				0.232	2.996**	0.003
Amabilidade				- 0.172	- 2.454*	0.015
Conscienciosidade				0.225	2.755**	0.006
Desinvestimento comportamental	0.349	23.409**	5			0.000
Constante					5.980**	0.000
Neuroticismo				0.196	3.002**	0.003
Extroversão				- 0.233	- 3.524**	0.001

Amabilidade				- 0.264	- 4.416**	0.000
Conscienciosidade				- 0.221	- 3.178**	0.002
Uso de substâncias	0.030	2.289*	5			0.047
Constante					1.879	0.062
Neuroticismo				- 0.189	- 2.366*	0.019
Humor	0.032	2.375*	5			0.040
Constante					0.101	0.920
Abertura à Experiência				- 0.162	- 2.104*	0.037

*Significativo

** Muito Significativo

Os resultados apresentados na presente tabela permitem-nos verificar a influência dos traços de personalidade nos estilos de *coping* utilizados pelos idosos quando se deparam com as dificuldades próprias do envelhecimento.

O *coping* activo é influenciado pelos traços de personalidade na medida em que estes têm capacidade explicativa de 38,8% da sua variância total. É influenciado negativamente pelo neuroticismo e positivamente pela extroversão, amabilidade e conscienciosidade. Estes resultados parecem sugerir que os idosos menos centrados e preocupados consigo próprios, mais optimistas, responsáveis e com gosto por ajudar os outros quando confrontados com as dificuldades próprias do envelhecimento tendem a iniciar a sua acção mobilizando esforços para remover ou circunscrever essas suas dificuldades.

Relativamente ao estilo de *coping* planear verifica-se que 31,1% da sua variância total é explicada pelos traços de personalidade. Planear recebe influência negativa do neuroticismo e positiva da extroversão e conscienciosidade. Assim os idosos menos preocupados, mais alegres e que mantêm sentido de responsabilidade tendem a pensar com frequência no modo como se irão confrontar com as dificuldades, planeando os seus esforços de intervenção.

Ao nível da utilização de suporte instrumental verifica-se que a capacidade explicativa dos traços de personalidade é muito baixa (3,9%), sendo que apenas é influenciada negativamente pela amabilidade. Estes resultados parecem sugerir que os idosos que procuram com maior frequência ajudar os outros tendem a procurar menor ajudar, informações ou conselhos relativamente aos seus modos de acção.

A variância total da utilização de suporte social emocional é também explicada pelos traços de personalidade em 5,5% da sua variância total. Denota-se que esta variável é positivamente influenciada pelo neuroticismo e pela amabilidade. Assim, idosos mais preocupados consigo próprios e que procuram ajudar os outros tendem com maior frequência a conseguir simpatia ou o suporte emocional de alguém.

Relativamente à religião, verifica-se que 5,7% da sua variância total é explicada pelos traços de personalidade nomeadamente pela extroversão e amabilidade. Neste sentido, considera-se que os idosos mais optimistas e prestáveis tendem a recorrer com maior frequência à participação em actividades religiosas como modo de lidar com as suas dificuldades.

Verifica-se que 15,3% da variância total da reinterpretação positiva é explicada pelos traços de personalidade. Deste modo, verifica-se que o neuroticismo influencia negativamente este estilo de *coping*. Mediante estes resultados pode sugerir-se que os sujeitos mais centrados em si próprios e preocupados procuram fazer o melhor da situação crescendo a partir dela ou vendo-a de um modo mais favorável.

Outro estilo de *coping* que é influenciado pelos traços de personalidade é a auto-culpabilização, sendo que os traços de personalidade têm capacidade explicativa de 11,6% da variância total desta variável. No entanto nesta análise não se salientam traços de personalidade em particular mas sim que existem outras variáveis que não as colocadas neste modelo em análise que influenciam o estilo de *coping* de auto-culpabilização.

Ao nível da aceitação, verifica-se que 11% da variância total deste estilo de *coping* é explicado pelos traços de personalidade, especialmente ao nível do neuroticismo que exerce uma influência negativa sobre a aceitação. Neste sentido os idosos que apresentem níveis de neuroticismo mais elevados tendem a negar com maior frequência que as suas dificuldades e incapacidades são reais.

A influência dos traços de personalidade na variância total da expressão de sentimentos é bastante baixa, tendo apenas capacidade explicativa de 3,3% desta variável. Esta influência é principalmente exercida pelo neuroticismo que apresenta uma relação directa com esta variável. Assim, níveis mais elevados de neuroticismo levam com maior frequência a um aumento da consciência do stress emocional pessoal e a tendência concomitante para os idosos expressarem e descarregarem esses sentimentos.

O mesmo ocorre ao nível do estilo de *coping* de negação. Os traços de personalidade têm capacidade explicativa de 6% da variância total deste estilo de *coping*, sendo que o neuroticismo é o traço que estabelece uma relação directa com esta variável. Assim, maiores níveis de neuroticismo associam-se a uma tentativa de rejeição do acontecimento que é perturbador.

Relativamente à auto-distração verifica-se que 10,8% da sua variância total é explicada pelos traços de personalidade. Verifica-se, deste modo, a existência de uma relação negativa com a amabilidade e uma influência positiva da extroversão e conscienciosidade. Assim, estes resultados parecem sugerir que os sujeitos mais optimistas, responsáveis e que não tenham o sentido de necessidade de ajuda do outro tendem a utilizar com maior frequência a auto-distração como modo de lidar com as suas dificuldades, ou seja, tende a ocorrer um desinvestimento mental das actividades que se pretendem realizar mediante as dificuldades que são encontradas.

Ao nível do desinvestimento comportamental verifica-se que 34,9% da sua variância total é explicada pelos traços de personalidade. Verifica-se a existência de uma relação significativa do neuroticismo e uma influência negativa da extroversão, amabilidade e conscienciosidade. Por outro lado, verifica-se também a influência de outras variáveis que não os traços de personalidade no desinvestimento comportamental. No entanto, estes resultados parecem sugerir que os sujeitos mais preocupados, menos optimistas, menos responsáveis e

menor sentido altruísta tendem com maior frequência a desistir ou tentar de se esforçar da tentativa de alcançar o objectivo para o qual surgiram as dificuldades.

O uso de substâncias (medicamentos ou álcool) é em baixo nível explicado pelos traços de personalidade. Neste sentido, verifica-se que 3% da variância total deste estilo de *coping* é explicado pelos traços de personalidade. É ao nível do neuroticismo que se verifica a existência de uma relação negativa, ou seja mediante níveis mais elevados de neuroticismo menor será a frequência de utilização deste tipo de estilo de *coping*.

Por último, verifica-se que a variância total do humor é explicada 3,2% pelos traços de personalidade. Assim verifica-se a existência de uma influência significativa negativa da abertura à experiência neste estilo de *coping*. Deste modo, sugere-se que os sujeitos com maiores dificuldades em investir em situações novas tendem a utilizar com maior frequência o humor como modo de lidar com as vicissitudes próprias do processo de envelhecimento.

O presente estudo teve como principal objectivo analisar as variáveis que influenciam as competências cognitivas e funcionais dos idosos, bem como os seus níveis de QV relacionados com a saúde.

Na população em estudo verificou-se a presença de baixos níveis de competências cognitivas, com deterioração cognitiva que não se associa ao próprio processo de declínio de competências que ocorre com o envelhecimento. Neste processo salientam-se a especial influência dos estilos de vida em todas as suas componentes e com especial atenção para a realização de actividades. Deste modo, o facto de se tratar de uma população inactiva é um dos factores que contribui para a presença de baixos níveis de competências cognitivas. Por outro lado, destaca-se a influência dos estilos de *coping* utilizados pelos idosos para lidar com as vicissitudes próprias do processo de envelhecimento, nomeadamente dos estilos voltados para a acção e para a resolução de problemas. Os traços de personalidade também revelaram influência neste processo, salientando-se a influência da conscienciosidade e a influência negativa da amabilidade, considerando-se que o estabelecimento de níveis de dependência é desfavorável na preservação do potencial cognitivo. A variável que revelou menor influência na variância das competências cognitivas dos idosos foi a satisfação com o suporte social percebido.

Relativamente ao grau de funcionalidade e de autonomia, volta-se a destacar que é muito importante a existência de um estilo de vida activo, tanto ao nível da realização de um variado conjunto de actividades como também ao nível da socialização e do contacto com os outros, exercendo influência na satisfação com o suporte social percebido ao nível das amizades e da família, tendo em consideração a importância das relações familiares na vida dos idosos. Na manutenção de níveis de funcionalidade satisfatórios os estilos de *coping* também

exercem influência tanto ao nível da potenciação para a acção como também no consumo de substâncias, ou seja, medicação, que auxilia nos processos de manutenção da saúde. Os traços de personalidade exercem também um papel bastante significativo, nomeadamente ao nível da extroversão, amabilidade e conscienciosidade.

A QV relacionada com a saúde revela-se baixa nos idosos em estudo tendo em consideração a baixa percepção de saúde física e mental. Ao nível da saúde física verifica-se que esta pode ser fortemente explicada pelos factores estilos de vida, *coping* e personalidade. Deste modo a utilização de um estilo de vida e de estilos de *coping* activos potencia a percepção de saúde física dos idosos. Os traços de personalidade envolvidos são a extroversão e conscienciosidade que exercem uma influência positiva sobre esta variável. Ao nível da saúde mental, as variáveis em estudo apresentam uma baixa capacidade explicativa da mesma, no entanto, pode verificar-se a influência dos estilos de vida activos e dos traços de personalidade mediante a influência negativa do neuroticismo.

A população em estudo revela, de um modo geral, estilos de vida satisfatórios, com excepção dos já referidos baixos níveis de actividade, bem como boa satisfação com o suporte social percebido. Este resultado reflecte os dados verificados de que os idosos atribuem muita importância à sua família e ao relacionamento estabelecido com esta ao longo da vida.

No entanto, os estilos de *coping* mais utilizados pelos idosos relacionam-se com a esfera emocional o que pode ser considerado negativo tendo em consideração que os estilos de *coping* mais orientados para a acção e resolução de problemas têm-se verificado como mais funcionais e como exercendo melhor influência sobre as variáveis em estudo.

Os traços de personalidade revelaram-se também bastante importantes neste estudo, tendo em consideração a sua influência directa sobre as variáveis dependentes, mas também pela influência que têm nas variáveis mediadoras, podendo-se verificar que os traços de personalidade, como bases da acção e do comportamento dos idosos influenciam todas as variáveis apresentadas em estudo.

Tendo em consideração as características da população em estudo, é de salientar a inexistência de diferenças ao nível das variáveis dependentes consoante o sexo, mas sim de acordo com a resposta social que frequentam em que se verificam que os idosos que frequentam lar revelam melhores níveis de autonomia e funcionalidade bem como melhor percepção da sua saúde mental. Por outro lado, os idosos que frequentam centro de dia revelam melhor percepção relativamente à sua saúde física.

Verifica-se que este estudo trouxe dados muito importantes ao nível dos conhecimentos teóricos, sociais e também para a prática das Instituições, para que, com o conhecimento das variáveis que exercem maior influência sobre a QV, competências cognitivas e funcionais possam potenciá-las nas suas actividades constantes. No entanto, considera-se que a elevada iliteracia funcional dos idosos em estudo não foi um factor facilitador na compreensão de alguns itens por parte dos participantes. Outra limitação do presente estudo relaciona-se com o tempo de aplicação dos instrumentos que pode em certos casos ter gerado cansaço nos participantes.

Deste modo, considera-se que os estudos dentro destas temáticas e com esta população devem prosseguir ao nível futuro, tendo em consideração o aumento da população nesta faixa etária e a importância e necessidade de um envelhecimento satisfatório e com qualidade.

Neste sentido, considera-se que os dados no estudo dos quais não tivemos capacidade explicativa e de compreensão possam ser mais aprofundados em estudos posteriores para melhor conhecimento das variáveis que influenciam a QV e competências dos idosos, nomeadamente estudos que analisem a importância do humor e o modo como os idosos o utilizam no seu quotidiano e a sua influência ao nível da QV. Do mesmo modo, é relevante aprofundar a importância dos estilos de *coping* nas variáveis dependentes deste estudo bem como aprofundar a influência na adaptação ao processo de envelhecimento.

Ao nível da prática assistencial aos idosos, considera-se bastante importante a introdução de actividades estimulantes no quotidiano dos mesmos, nomeadamente maior

actividade física e mental, promoção de hábitos de leitura e culturais, bem como a interacção com os outros e o alargamento das redes de suporte social, potenciando as relações familiares tendo em atenção a importância central destas na vida dos idosos. Assim, considera-se bastante importante a promoção de estilos de vida mais activos.

Referências

- Antoniazze, A.; Dell'Aglio, D.; Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-94.
- Araújo, D.; Araújo, C. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista brasileira de medicina do esporte*, 6 (5), Set/Out, 194-203.
- Araújo, F.; Ribeiro, J. P.; Oliveira, A.; Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), Julho/Dezembro, 59-66.
- Arkar, H.; Sari, Ö.; Fidaner, H. (2004). Relationships between quality of life, perceived social support, social network, and loneliness in a Turkish sample. *Yeni Symposium*, 42 (1), 20-27.
- Bengston, V.; Putney, N.; Johnson, M. (2005). The problem of theory in gerontology today. In Johnson, M.; Bengston, V.; Coleman, P. e Kirkwood, T. (2005). *The Cambridge Handbook of Age and Aging*, 1, 3-21.
- Bertoquini, V.; Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores da Personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Bowling, A.; Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in old age? Findings from a British survey of ageing. *Social Science & Medicine*, 64, 2533-2549.
- Caeiro, M.; Guerreiro, D.; Lopes, T.; Pinho, A.; Almeida, P.; Palma, V.; Rodrigues, V.; Silva, L.; Moniz, R.; Silva, M. (2008). Evolução da função do idoso: identificação dos factores predisponentes e incidentes críticos com influência no declínio funcional- resultados preliminares. *EssFisiOnline*, 4 (2), 3-18.

- Calero-García, M.; Navarro-González, E.; Muñoz-Manzano, L. (2007). Influence of level of activity on cognitive performance and cognitive plasticity in elderly persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 307-18.
- Campôa, E.; Ribeiro, A. L.; Cruz, J. P. (2009). Escala de estilos de vida para idosos (EEVI): construção e validação. In Jesus, S. N.; Leal, I.; Rezende, M. *Experiências e intervenções em psicologia da saúde: resumos e textos do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*. ISBN: 978-972-9341-79-3.
- Chalise, H.; Saito, T.; Takahashi, M. ; Kai, I. (2007). Relationship specialization amongst sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: a cross sectional study of Nepalese older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 44, 299-314.
- Cummings, S. (2002). Predictores of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, 27 (4), 293-302.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. Lisboa: U Católica Editora, 2ª Edição.
- Freitas, A. (2006). Envelhecimento e relações sociais: um estudo com pacientes psicóticos. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. Tese não publicada.
- Gonzalez, B. & Ribeiro, J. P. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 107-127.
- González-Celis, A.; Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universidad Psychologica Bogotá (Colombia)* 5 (3): 501-09.
- Grassi-Oliveira, R; Daruy-Filho, L.; Brietzke, E. (2008). Coping como função executiva. *PSICO, Porto Alegre, PUCRS*, 39 (3), 275-281.

- Guedea, M.; Albuquerque, F.; Tróccoli, B.; Noriega, J.; Seabra, M.; Guedea, R. (2006).
Relação do bem-estar subjectivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos.
Psicologia: Reflexão e Crítica, 19 (2), 301-308.
- Irigaray, T.; Schneider, R. (2007). Características de personalidade e depressão em idosas.
Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29, 169-75.
- Jóia, L.; Ruiz, T.; Donalísio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida
entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1), 131-8.
- Kafetsios, K. (2006). Social support and well-being in contemporary Greek society:
examination of multiple indicators at different levels of analysis. *Social indicators
research*, 76, 127-145.
- Limonero, J.; Tomás-Sábado, J.; Fernández-Castro, J.; Herrero, A. (2008). Relación entre
estrategias de afrontamiento y felicidad: estudio preliminar1. *Interpsiquis*. (Retirado
de www.psiquiatria.com a 04/03/2008).
- Martins, M. C. (2004). *Acção da personalidade na saúde: contributos para a qualidade de
vida*. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos, 202-8.
- Monahan, D.; Hooker, K. (1997). Cregivin and social support in two illness groups. *Social
work*, 42, 3, 278-87.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pacheco, J.; Jesus, S. N. (2007). Burnout, coping e estilos de vida em profissionais de saúde. In
Siqueira, Jesus e Oliveira (2007). *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo
do Campo: Universidade Metodista de São Paulo. Capítulo 2: 25-40.
- Pattie, A. H.; Gilleard, C. J. (1997). *CLIFTON – Procedimientos para Evaluación de Ancianos*.
Madrid: TEA Ediciones.
- Paúl, C. (2005). Introdução. In Paúl e Fonseca (coord.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa:
Climepsi Editores, 21-46.

- Paúl, C. (2005^a). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia, 1 (15)*, Porto: Faculdade de Letras, 275-87.
- Paúl, C.; Fonseca, A. (2005). Apresentação. In Paúl e Fonseca (coord.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 15-18.
- Paúl, C.; Fonseca, A.; Martín, I.; Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl e Fonseca (coord.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 77-98.
- Piedmont, R.; Weinstein, H. (1993). A psychometric evaluation of the new NEO-PIR facet scales for agreeableness and conscientiousness. *Journal of personality assessment, 60 (2)*, 302-18.
- Rabelo, D.; Néri, A. (2006). Bem-estar subjectivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia, 11 (2)*, 169-77.
- Ramirez-Hoffman, H. (2002) Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica, 33 (1)*, 3-5.
- Ribeiro, J. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica, 3 (XVII)*, 547-558.
- Ribeiro, J. L.; Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5 (1)*, 3-15.
- Ribeiro, R.; Silva, A.; Modena, C.; Fonseca, M. (2002). Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento, Porto Alegre, 4*, 85-96.
- Rosa, T.; Benício, M.; Latorre, M.; Ramos, L. (2005). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública 37 (1)*: 40-8.
- Santos, L.; Ribeiro, J. P.; Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de *coping* através do lazer. *Análise Psicológica, 4 (XXI)*, 441-51.

- Seidl, E.; Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, 20 (2), 580-88.*
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Severo, M.; Santos, A.; Lopes, C.; Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa, 19, 281-88.*
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada – uma perspectiva abrangente. In Paúl e Fonseca (coord.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 139-58.
- Silva, I. R.; Günther, I. A. (2000). Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16 (1), 31-40.*
- Simões, A.; Ferreira, J.; Lima, M.; Pinheiro, M.; Vieira, C.; Matos, A.; Oliveira, A. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: factores sociodemográficos e de personalidade. In Simões, Oliveira, Vieira, Alcoforado, Lima e Gaspar (Eds.) *Modelos e práticas em educação de adultos – Actas das II Jornadas (301-320)*. Coimbra: NAPFA.
- Siqueira, M.; Padovam, V. (2007). Suporte social. In Siqueira, Jesus e Oliveira (2007). *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo. Capítulo 4: 65-84.
- Souza, C. (2007). Qualidade de vida e saúde. In Siqueira, Jesus e Oliveira (2007). *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo. Capítulo 7: 139-50.
- Stefani, D.; Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología, 22 (2), 267-72.*
- Takahashi, K.; Tamura, J.; Tokoro, M. (1997). Patterns of social relationships and psychological well-being among the elderly. *International Journal of Behavioral Development, 21 (3), 417-30.*

- Vecchia, R.; Ruiz, T.; Bocchi, S.; Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3), 246-52.
- Vivan, A. (2006). Estratégias de *coping* frente às dificuldades funcionais e sintomas de depressão em idosos institucionalizados. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Tese de Mestrado não publicada.
- Vivan, A.; Argimon, I. (2008). Dificuldade funcional e *coping* em idosos. *Barbarói. Santa Cruz do Sul*, nº 28 Jan/Jun, 136-46.
- Vivan, A.; Argimon, I. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 25 (2), Fevereiro: 436-444.
- Wathier, J.; Wilhelm, F.; Giacomoni, C.; Dell’Aglío, D. (2007). Eventos de vida e estratégias de *coping* de idosos socialmente activos. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento, Porto Alegre*, 12, 35-52.
- Wright, C.; Feczko, E.; Dickerson, B.; Williams, D. (2007). Neuroanatomical correlates of personality in the elderly. *NeuroImage*, 35, 263-72.

ANEXOS

Anexo A: Consentimento Informado

No âmbito da tese do Mestrado de Psicologia da Saúde, a decorrer na Universidade do Algarve, a mestranda Elsa Campôa, sob a orientação do Professor Doutor José Pestana Cruz, está a desenvolver uma investigação intitulada “Qualidade de vida e competências cognitivas nos idosos institucionalizados e não institucionalizados”.

A actualidade e pertinência do tema são vistas pelo aumento da população idosa e pela importância atribuída ao envelhecimento bem-sucedido. A presente investigação tem por objectivo analisar alguns factores que podem contribuir para a qualidade de vida e os níveis de competências cognitivas dos idosos.

De modo a realizar esta investigação pedimos a sua colaboração.

A participação é voluntária, **não havendo qualquer prejuízo para quem não participe.**

As respostas são anónimas e absolutamente confidenciais.

Não existem respostas certas ou erradas, devendo responder o mais sinceramente possível. Para as respostas terem valor científico devem reflectir a sua realidade interior.

Caso desejem podem desistir em qualquer momento.

Os dados servem meramente para fins estatísticos, **sendo que os resultados da investigação apenas se destinam a objectivos científicos.**

Caso aceite participar no presente estudo assine ou coloque uma cruz:

Muito obrigado pela sua disponibilidade e importante contribuição!

Código: _____

Para idosos institucionalizados e a frequentar centro de dia

Sexo: Masculino Feminino

Idade:

Habilitações Literárias: _____

Anterior profissão: _____

Nível Sócio Económico: Baixo ____ Médio ____ Médio-Alto ____ Alto ____

Estado Civil: _____

Tem filhos? Sim Não Se sim quantos? _____

Doenças Crónicas: _____

Acuidade Visual: Boa ____ Média ____ Má ____

Acuidade Auditiva: Boa ____ Média ____ Má ____

Frequenta:

Lar de Idosos

Centro de Dia

Há quanto tempo? _____

Integração na Instituição:

Foi uma opção pessoal

Foi de acordo com a minha vontade

Foi uma opção da minha família

Foi contra a minha vontade

Tive dúvidas

Clifton

PROCEDIMIENTOS PARA EVALUACIÓN DE ANCIANOS

ESCALA DE EVALUACIÓN COGNITIVA (CAS)

NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO:	
OCUPACIÓN:	ESTADO CIVIL:
EVALUADO POR:	FECHA:

1. INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento
Pabellón/Lugar	Centro/Dirección	Ciudad
Presidente del Gobierno	Nombre del Rey	Colores de la bandera española
Día	Mes	Año

PUNTUACIÓN IO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
MARCAR EL Nº DE RESPUESTAS CORRECTAS

2. HABILIDAD MENTAL

CONTAR DE 1 A 20	<i>Tiempo:</i>	<i>Errores:</i>	ALFABETO	<i>Tiempo:</i>	<i>Errores:</i>
	≤ 11 segundos sin errores = 3 puntos ≤ 31 segundos sin errores = 2 puntos ≤ 31 segundos con 1 error = 1 punto 0 puntos			≤ 11 segundos sin errores = 3 puntos ≤ 31 segundos sin errores = 2 puntos ≤ 31 segundos con 1 error = 1 punto 0 puntos	
ESCRIBIR EL NOMBRE	Correcto y legible = 2 puntos Lo escribe pero incorrectamente = 1 punto No puede hacerlo = 0 puntos		LEER (ver el dorso)	10 o más palabras = 3 puntos 6 a 9 palabras = 2 puntos 1 a 5 palabras = 1 punto 0 palabras = 0 puntos	

PUNTUACIÓN HM 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
MARCAR EL Nº DE PUNTOS OBTENIDOS

3. PSICOMETRICIDAD

PUNTUACIÓN PM:

Errores	0-12	13-24	25-36	37-48	49-60	61-72	73-84	85-96	96 o más	INCOMPLETO	FRACASO
Puntos	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
Añadir 2 puntos si lo hace en 60 segundos o menos						Añadir 1 punto si lo hace en 120 segundos o menos					



HOJA DE INFORME

Información relevante sobre el sujeto (ocupación, vivienda, evaluación sensorial, etc.)

Puntuaciones en el CAS	Información/Orientación	<input type="text"/>	Total CAS	<input type="text"/>
	Habilidad mental	<input type="text"/>		
	Psicomotricidad	<input type="text"/>		
Puntuaciones en el BRS	Pd	<input type="text"/>	Total BRS	<input type="text"/>
	Ap	<input type="text"/>		
	Cd	<input type="text"/>		
	Sd	<input type="text"/>		
Grado de dependencia	Cognitiva	<input type="text"/>	Conjunto	<input type="text"/>
	Conductual	<input type="text"/>		

Recomendaciones:

GRADO DE DEPENDENCIA

- A Ausencia de deterioro.** Anciano independiente, comparable a aquellos que viven solos o en familia sin ayuda.
- B Deterioro ligero.** Incluye ancianos con alguna dependencia, que pueden vivir en familia pero con cierto grado de ayuda. Cuando están internados suelen ser los mejores residentes.
- C Deterioro medio o moderado.** Tienen una dependencia media; suelen necesitar los cuidados de un centro residencial o, si viven en familia, un alto grado de cuidado y atención.
- D Deterioro acusado.** Tienen un alto grado de dependencia y en su mayor parte requieren los cuidados de una residencia o un centro hospitalario.
- E Deterioro grave.** Presentan un grado máximo de dependencia. Ancianos en esta situación suelen verse en centros psicogeriatricos y los que permanecen en residencias no especializadas suelen dar muchos problemas a sus cuidadores por el tiempo y dedicación que demandan.

GRADOS	A	B	C	D	E
IO	12, 11	10, 9	8, 7, 6	5, 4, 3	2, 1, 0
HM	11	10, 9, 8	7, 6	5, 4	3, 2, 1, 0
PM	12, 11, 10	9, 8, 7	6, 5, 4	3, 2	1, 0
CAS Total	35-30	29-24	23-16	15-9	8-0
BRS total	0-3	4-7	8-12	13-17	18+
Pd	0, 1	2, 3	4, 5	6, 7	8-12
Ap	0, 1	2, 3	4, 5	6, 7	8-10
Cd	0	0	0	1	2-4
Sd	0	1	2	3, 4	5-10

liso

libre

refrán
cuadro

físico
decente

espalda
torcido

rehén
esponja

concedor
comprender

atmósfera
precioso

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA CONDUCTA (BRS)

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

Ocupación:

ESTADO CIVIL:

Por favor, marque el número correspondiente a la respuesta que mejor defina la conducta del sujeto en cada una de las preguntas.

1. Cuando se baña o viste, el paciente requiere...
 - 0 ninguna ayuda.
 - 1 alguna ayuda.
 - 2 no lo puede hacer sin ayuda.
2. Con respecto a la conducta ambulatoria (andar), el paciente...
 - 0 no muestra signos de debilidad.
 - 1 anda lentamente, sin ayuda, o usa bastón.
 - 2 es incapaz de andar o, si puede andar, necesita andador, muletas o, debe apoyarse en alguna persona.
3. El paciente es incontinente de orina o heces durante el día o la noche...
 - 0 nunca.
 - 1 algunas veces (1 ó 2 veces por semana).
 - 2 frecuentemente (3 veces por semana o más).
4. El paciente está en cama durante el día (cama no incluye sofás, sillones, etc.).
 - 0 Nunca.
 - 1 Algunas veces.
 - 2 Casi siempre.
5. El paciente está desorientado (se pierde en el hospital, pierde sus cosas, etc.).
 - 0 Casi nunca.
 - 1 Algunas veces.
 - 2 Casi siempre.
6. Cuando se permite al paciente cuidar de su propia apariencia (vestirse, peinarse) éste parece...
 - 0 casi nunca descuidado.
 - 1 algunas veces descuidado.
 - 2 casi siempre descuidado.
7. Si se le permitiese salir de su lugar habitual (casa o residencia)...
 - 0 no necesitaría vigilancia.
 - 1 algunas veces necesitaría vigilancia.
 - 2 siempre necesitaría vigilancia.
8. El paciente, ¿ayuda en la casa o en el pabellón u hospital?
 - 0 Ayuda a menudo.
 - 1 Ayuda algunas veces.
 - 2 No ayuda nunca.
9. El paciente se ocupa en actividades útiles o constructivas (trabaja, lee, juega, tiene aficiones).
 - 0 Casi siempre está ocupado.
 - 1 Algunas veces está ocupado.
 - 2 Casi nunca está ocupado.



10. En sus relaciones con los demás...
- 0 establece buena relación con los otros.
- 1 tiene algunas dificultades para establecer buenas relaciones.
- 2 tiene un alto grado de dificultad para establecer buenas relaciones.
11. El paciente está dispuesto a hacer cosas que se le sugieren o se le piden.
- 0 Sucede a menudo.
- 1 Accede algunas veces.
- 2 No accede casi nunca.
12. El paciente entiende todo lo que Vd. le comunica (Vd. puede utilizar la palabra, la escritura o el gesto).
- 0 Entiende casi todo lo que Vd. le comunica.
- 1 Entiende algo de lo que Vd. le comunica.
- 2 No entiende nada de lo que Vd. le comunica.
13. El paciente se comunica de alguna manera (hablando, escribiendo o mediante gestos).
- 0 Se le puede entender bien y fácilmente todas las veces.
- 1 Se le entiende algunas veces, o con alguna dificultad.
- 2 No se le entiende nunca o casi nunca, por cualquier razón.
14. Es molesto a los otros durante el día (conversación en tono alto o constante, cogiendo objetos de otras personas, ensuciando muebles, interfiriendo en los asuntos de los demás).
- 0 Raramente o nunca.
- 1 Algunas veces.
- 2 Frecuentemente.
15. Es molesto a los otros durante la noche (conversación en tono alto o constante, cogiendo objetos de otras personas, ensuciando muebles, interfiriendo en los asuntos de los otros, yendo de un lado para otro, etc.).
- 0 Raramente o nunca.
- 1 Algunas veces.
- 2 Frecuentemente.
16. El paciente acusa a otros de que le agreden físicamente, o de que le roban sus cosas personales. Si Vd. está seguro de que estas afirmaciones son verdaderas marque el 0, en otro caso señale el 1 o el 2.
- 0 Nunca.
- 1 Algunas veces.
- 2 Frecuentemente.
17. El paciente acumula cosas sin sentido (hojas de papel, cuerdas, restos de alimentos, etc.).
- 0 Nunca.
- 1 Algunas veces.
- 2 Frecuentemente.
18. ¿Cómo duerme el paciente por la noche?
- 0 Casi nunca está despierto.
- 1 Algunas veces está despierto.
- 2 A menudo está despierto.

ESTADO DE VISIÓN (marque el que se corresponde con la situación del sujeto):

Puede ver (con o sin gafas).

Parcialmente ciego.

Totalmente ciego.

AUDICIÓN (marque el adecuado):

No tiene dificultades de audición sin audífono.

No tiene dificultades de audición aunque necesita audífono.

Tiene dificultades de audición que interfieren en la comunicación.

Es muy sordo.

Questionario cumplimentado por: _____ Fecha: _____

Relación con el sujeto: _____

Anexo D: Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde
MOS SF-36

Instruções: Esta escala é relativa à sua saúde. Estas informações indicarão como se sente e a sua capacidade de realização das actividades diárias. Responda marcando a resposta como indicado.

1. Em geral, diria que a sua saúde é: (circule uma)

Óptima	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	1
Com algumas melhoras	2
Aproximadamente igual	3
Um pouco pior	4
Muito pior	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o(a) limita nestas actividades? Se sim, quanto? (Por favor assinale com um círculo um número em cada linha).

	Sim, muito limitado(a)	Sim, um pouco limitado(a)	Não, nada limitado(a)
Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos.	1	2	3
Actividades moderadas, tais como deslocarem uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3
Levantar ou carregar as compras de mercearia.	1	2	3
Subir vários lanços de escadas.	1	2	3
Subir um lanço de escadas.	1	2	3
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	1	2	3
Andar mais de 1 quilómetro.	1	2	3
Andar vários quarteirões.	1	2	3
Andar um quarteirão.	1	2	3
Tomar banho ou vestir-se sozinho(a).	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sim	Não
Diminuir o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.	1	2
Fez menos do que queria.	1	2
Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou outras actividades.	1	2
Teve dificuldades em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas teve com o seu trabalho ou com outras actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como deprimido(a) ou ansioso(a)). (Por favor, em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a resposta for Sim e à volta do número 2 se a resposta for Não).

	Sim	Não
Diminuir o tempo gasto a trabalhar ou noutra actividade.	1	2
Fez menos do que queria.	1	2
Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume.	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	5
Muito fortes	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. (Por favor, para cada pergunta, coloque um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu).

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio(a) de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu muito nervoso(a)?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu tão deprimido que nada o(a) animava?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu calmo(a) e tranquilo(a)?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu estafado(a)?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu cansado(a)?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

11. Por favor, diga se são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Coloque um círculo no número em cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
Parece que adoço mais facilmente do que os outros.	1	2	3	4	5
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
Estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
A minha saúde é ótima.	1	2	3	4	5

Anexo E: Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI)

Elsa Campôa; Ana Lúcia Ribeiro; José Pestana Cruz (2009)
Universidade do Algarve

Este questionário destina-se à avaliação dos seus Estilos de Vida.

Os dados recolhidos são absolutamente confidenciais, respeitando o anonimato pelo que se solicita sinceridade e objectividade no preenchimento do referido questionário.

Em relação a cada uma das questões apresentadas, atenda à seguinte forma de responder: de acordo com a sua opinião ou sentimento, pontue a sua resposta, preenchendo o círculo respectivo, de acordo com a seguinte escala:

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Algumas vezes
- 4 – Frequentemente
- 5 – Sempre

Antes de começar, certifique-se de que compreendeu o que se pretende e a forma de responder. Por favor, responda a todas as questões.

1	Pratico o exercício físico que a minha saúde permite (p.ex. andar a pé, nadar, etc.)	1	2	3	4	5
2	Converso com outras pessoas	1	2	3	4	5
3	Fico parado (a) a maior parte do dia	1	2	3	4	5
4	Costumo ir ao médico para controlar a minha saúde	1	2	3	4	5
5	Costumo realizar actividades em grupo (p.ex. jogos de cartas)	1	2	3	4	5
6	Costumo ler (jornais, revistas, livros)	1	2	3	4	5
7	Bebo 4 ou mais copos de água por dia	1	2	3	4	5
8	Procuro manter-me fisicamente activo (a)	1	2	3	4	5
9	Faço exames de rotina para controlar a minha saúde	1	2	3	4	5
10	Tenho bons amigos com os quais posso contar	1	2	3	4	5
11	Tento ver o lado bom das situações menos positivas	1	2	3	4	5
12	Faço exercício físico regularmente (três ou mais vezes por semana)	1	2	3	4	5
13	Sempre que posso procuro ajudar os outros	1	2	3	4	5
14	Costumo passear (viagens, ou simplesmente ir à praia ou ao jardim)	1	2	3	4	5
15	Procuro não me irritar com coisas sem importância	1	2	3	4	5

16	Realizo actividades ao ar livre sempre que posso	1	2	3	4	5
17	Tenho boas relações com as pessoas que me rodeiam	1	2	3	4	5
18	Frequento actividades culturais (p. ex. cinema, teatro, exposições, música ao vivo)	1	2	3	4	5

19	Tento não pensar demasiado nos problemas	1	2	3	4	5
20	Evito alimentos com muita gordura	1	2	3	4	5
21	Sinto-me integrado (a) na comunidade em que vivo	1	2	3	4	5
22	Dedico-me a um passatempo que me ocupa pelo menos 3 horas por semana (p. ex. renda, dominó, jogar às cartas)	1	2	3	4	5
23	Quando preciso tenho quem me ajude	1	2	3	4	5
24	Fico muito tempo a magicar nas coisas que correram mal	1	2	3	4	5
25	Consumo, de preferência, alimentos grelhados ou cozidos	1	2	3	4	5
26	Costumo encontrar-me com os meus familiares	1	2	3	4	5
27	Os meus amigos visitam-me	1	2	3	4	5

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Algumas vezes
- 4 – Frequentemente
- 5 – Sempre

Anexo F: Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Ribeiro (1999)

De seguida vai encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

A = Concordo totalmente B = Concordo na maior parte C = Não concordo nem discordo
D = Discordo na maior parte E = Discordo totalmente

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

Anexo G: Brief COPE

Ribeiro e Carvalho (2004)

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress na sua vida próprio do processo de envelhecimento.

Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que faz para lidar com as vicissitudes do envelhecimento. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente. Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema.

Queremos saber *em que extensão* fez aquilo que o item diz. *Quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido *eficaz* ou não - mas se fez ou não fez isso. Utilize as seguintes alternativas de resposta. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade.

0-nunca faço isto

1-faço isto por vezes

2-em média é isto que faço

3-faço quase sempre isto

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				
4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5- Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6- Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer				

comigo				
9- Fico aborrecido e expesso os meus sentimentos				
10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13- Faço críticas a mim próprio				
14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15- Procuro o conforto e compreensão de alguém				
16- Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17- Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21- Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento				
22- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24- Tento aprender a viver com a situação				
25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
26- Culpo-me pelo que está a acontecer				
27- Rezo ou medito				
28- Enfrento a situação com sentido de humor				

Anexo H: Inventário de Personalidade NEO-FFI-20

Bertoquini e Ribeiro (2005)

Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, nas páginas seguintes, marque com uma cruz apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião. Se mudar de opinião ou se se enganar apague completamente a resposta ou, no caso de isso não ser possível, preencha o quadrado errado e assinale com uma cruz a resposta correcta. Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente. Responda a todas as questões.

Assinale **Discordo Fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela. Assinale **Discordo** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. Assinale **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra. Assinale **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela. Assinale **Concordo Fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Raramente estou triste ou deprimido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A poesia pouco ou nada me diz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou uma pessoa muito competente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sou uma pessoa muito activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

