

Titulo:

“Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados”

Autoras: Eliana Andreia Pires Calixto & Maria Helena Martins

Contacto:

Morada: Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais,

Departamento de Psicologia

Email: mhmartin@ualg.pt

OS FACTORES BIO-PSICO-SOCIAIS NA SATISFAÇÃO COM A VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Eliana Andreia Pires Calixto (1)
Maria Helena Martins (2)

Resumo

O estudo dos factores Bio-Psico-Sociais e da Satisfação com a Vida na população idosa reveste-se de particular importância de forma a entender como se pode alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

Os dados foram recolhidos junto de uma amostra de indivíduos (idades compreendidas entre os 67 e os 98 anos) de uma IPSS no Algarve, pretendendo-se averiguar a existência de associações entre os factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de idosos institucionalizados

Os resultados obtidos apresentam uma associação significativa entre os factores da rede social - Satisfação com o apoio recebido - e a Satisfação com a Vida. Contudo, não foram encontradas outras relações.

Palavras-chave: Satisfação com a Vida; Factores Bio-Psico-Sociais; Idosos; Institucionalização.

(1) Eliana Andreia Pires Calixto – Mestranda em Psicologia da Educação, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Email: elianacalixto@sapo.pt

(2) Maria Helena Martins – Professora Auxiliar da Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Email: mhmartin@ualg.pt

THE INFLUENCE OF BIO-PSYCHO-SOCIAL FACTORS IN SATISFACTION WITH LIFE OF INSTITUTIONALIZED ELDERS

Abstract

The study of dimensions such as Bio-Psycho-Social factors and the Life Satisfaction is particularly important, for it enables us to understand more clearly the principles of ageing the ways into successful ageing.

The data was collected with 39 participants, aged 67–98 years, from a Social Institution in Algarve. The purpose of this study was to examine factors associated with life satisfaction in the elderly within a spectrum of biopsychosocial related variables.

Correlation analyses indicated that self-rated social network quality significantly associated with Life Satisfaction, but not with age, time of institutionalization, functionality decline and cognition “defects” haven’t showed any association. The results suggested that self-rated assessment are more influent en Life Satisfaction then objective scales.

Key-words: Life Satisfaction; Bio-Psycho-Social factors; Elderly; Nursing home.

INTRODUÇÃO

A velhice é uma etapa incontornável da vida e o envelhecimento é um processo inevitável em todos os seres vivos. Se esta etapa já correspondeu a uma parte diminuta do tempo de vida, os avanços médicos e científicos têm vindo a permitir um substancial aumento da longevidade humana. Hoje a Terceira Idade chega a representar um terço da vida de um largo número de pessoas (Lima, 2004).

A importância conferida ao envelhecimento é enfatizada pela emergência da *Psicologia do Ciclo de Vida (Lifespan Psychology)*. Esta preconiza que o desenvolvimento não está completo no final da adolescência, mas que ocorrem mudanças desenvolvimentais importantes do nascimento até à morte. Estas mudanças resultam da interacção entre o organismo e o ambiente e das influências recíprocas entre factores biológicos, psicológicos e sociais ao longo do tempo (Fonseca, 2004).

Um dos maiores contributos desta nova perspectiva é o reconhecimento da existência de diferenças inter-individuais e de potencial para a plasticidade no processo de envelhecimento, sendo a ontogénese caracterizada como multidireccional, dinâmica, multidimensional e não-linear (Fontaine, 2000). Baltes (1987) refere a presença de ganhos e perdas desenvolvimentais, cuja pretensão final é a obtenção de uma adaptação bem-sucedida da interacção organismo-meio. Na velhice as perdas tendem a acentuar-se e os ganhos a diminuir, contudo esta dinâmica pode ser atenuada promovendo uma velhice bem-sucedida.

Ultrapassando o modelo biológico defensor da velhice como um período de declínio e uma prática centrada no simples prolongamento da longevidade e no mitigar da doença, esta nova abordagem permite estabelecer a velhice como uma etapa em que ainda é possível existir uma boa adaptação desenvolvimental ao meio. Baltes (Baltes & Baltes, 1993; Baltes, 1997) propôs o *Modelo de Optimização Selectiva com Compensação (Selective Optimization with Compensation – SOC)* para descrever a forma como os ganhos e as perdas desenvolvimentais se coordenam para se alcançar um Envelhecimento Bem-Sucedido. Este prediz a manutenção de um elevado nível de funcionamento em determinadas actividades, a conservação de um sentimento de eficácia pessoal e um sentimento generalizado de velhice bem-sucedida. Torna-se assim possível ambicionar acrescentar vida aos anos e não simplesmente acrescentar anos à vida (OMS, 1985, cit. in Cardoso e Costa, 2006).

Baltes (1987) aponta ainda três pressupostos condicionais: reduzida probabilidade de doenças, particularmente as que causam perda de autonomia, manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico e conservação de empenhamento social e Bem-Estar

Subjectivo. Assim, diversos autores (Moody, 2006; Schulz, 2006) concordam que a Satisfação com a Vida e um sentido de Bem-Estar face aos declínios são a expressão subjectiva de Envelhecimento Bem-Sucedido.

O Envelhecimento e a Velhice

O Envelhecimento assume duas perspectivas, quer se considere o processo social/populacional ou o individual. Em Portugal, o envelhecimento demográfico está associado a um ritmo de crescimento da população idosa com idade acima dos 80 anos superior ao da população total. Os indicadores demográficos de 2007 (INE, 2008) acentuam esta tendência de envelhecimento e as projecções internacionais das Nações Unidas prevêem uma duplicação do número de idosos nos próximos 40 anos.

A nível individual embora ainda não exista uma definição universalmente aceite, este processo apresenta como características incontestáveis o ser um processo degenerativo que ocorre contínua e inequivocamente em todos os indivíduos de uma espécie (Vaz, 2008).

Actualmente, os 65 anos surgem como principal marco para delimitar a transição para a velhice. Neste âmbito, o aumento da longevidade possibilita a criação de subcategorias, podendo-se recorrer, entre outras, à divisão apresentada no recenseamento americano: *velhos-novos (young old)* dos 65 aos 74 anos, *velhos (old-old)* dos 75 aos 84 anos, e *velhos-velhos (oldest-old)* a partir dos 85 anos.

Embora se percepcione o envelhecimento da espécie humana como um processo biológico natural inscrito no ciclo de vida que resulta num desgaste estrutural e funcional dos indivíduos (Viña, Borrás & Miquel, 2007), refira-se que este não é programado de forma rígida e uniforme. Pelo contrário, ele é vivido de forma heterogénea em todas as suas dimensões, apresentando-se como um processo distinto no desenvolvimento individual que não cede às simples leis da idade cronológica (Pimentel, 2005). Assim, de acordo com diversos autores (Moniz, 2003; Berger & Mailloux-Poirier, 1995) o limite etário para a velhice não passa de um aparato cultural que apenas traduz a passagem do tempo.

Defendendo que o envelhecimento é mais do que o avançar dos anos, Birren e Cunningham (1985, *cit. in* Fontaine, 2000) consideram que o indivíduo não tem uma, mas três idades diferentes:

- A idade biológica, que estaria associada ao envelhecimento orgânico e às modificações que ocorrem nos órgãos e nos tecidos que provocam uma diminuição do seu funcionamento;

- A idade psicológica, que se baseia, principalmente, nas alterações das componentes comportamental e perceptiva;

- A idade social, que se refere ao significado socialmente construído e socialmente atribuído a determinada idade ou faixa etária.

No mesmo sentido, Oliveira afirma que o envelhecimento é “um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo” (2008, 28).

Como fenómeno biológico, o processo de envelhecimento ocorre pela deterioração e atrofia geral dos tecidos e sistemas, que provocam uma diminuição da funcionalidade, um aumento da susceptibilidade e severidade de doenças (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004).

Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008) afirmam que a maioria das situações crónicas prevaletentes nos idosos está associada à incapacidade. Este declínio da capacidade funcional do organismo pode tornar os idosos dependentes de cuidadores para a realização das actividades da vida diária (AVD), sendo a afectação das actividades básicas da vida diária (ABVD) o que se torna mais debilitante para o idoso.

O modelo teórico de invalidez proposto por Verbrugge e Jette (1994, *cit. in* Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 2001) assume que a presença de uma patologia influi o desenvolvimento de uma deficiência que, por sua vez, gera limitações funcionais que se traduzem, finalmente, na incapacidade. No entanto, os autores salientam a possibilidade de ruptura na sequência e a influência dos factores intra-individuais e extra-individuais no processo de incapacidade

Armand e Hébert (1987, *cit. in* Berger & Mailloux-Poirier, 1995) referem ainda que a probabilidade de ocorrer a perda de funcionalidade aumenta com a idade e que esta apresenta-se fortemente comprometida ou em risco a partir dos 65 anos. No entanto, estudos sobre a população portuguesa apontam para uma vida funcionalmente independente na maioria dos idosos da comunidade (Simões, 2006).

De assinalar ainda que, conjuntamente com estas deteriorações ocorre a degeneração do sistema nervoso e a atrofia cerebral, sendo a degeneração das regiões corticais mais associada ao declínio dos processos cognitivos (Krames, Fabiani & Colcombe, 2006).

Embora não recuse a realidade do envelhecimento cognitivo, Marchand (2001) afirma que estudos apontam para um envelhecimento cognitivo manifesto em idades muito mais avançadas (por volta dos 70 ou 80 anos) do que suposto, excepto em presença de patologia. Os dados apresentados salientam, sobretudo a plasticidade do funcionamento intelectual dos idosos,

sendo que as capacidades maioritariamente resultantes da experiência compensam os défices das capacidades maioritariamente dependentes do envelhecimento do sistema nervoso central.

Todas as transformações biológicas e psicológicas que ocorrem no desenvolvimento intraindividual do idoso têm repercussões na sua representação, papéis e vivências sociais. Kahn e Antonucci (1980) com a proposta do modelo de *Convoy* declararam que o indivíduo prossegue pelo seu ciclo de vida rodeado das pessoas que lhe são mais próximas e importantes e que desempenham uma influência mais crítica no seu bem-estar.

Investigações apresentadas por Antonucci e Akiyama (1996) reportam que a maioria dos idosos se encontra bem inserido numa rede constituída por pessoas que lhe são importantes e com quem têm um importante laço afectivo e/ou familiar. Esta rede é constituída por familiares mais próximos principalmente nas relações mais proeminentes, em que predomina a proximidade e a intimidade. Este número relativo de parentes diminui, evoluindo para um número relativamente superior de amigos conforme se afasta o foco para uma menor proximidade das relações. A rede social tende a centrar-se nas pessoas mais próximas com o avançar da idade. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) assinalam uma reaproximação entre os pais idosos e os seus filhos, por uma maior necessidade dos pais de apoio emocional e instrumental.

Tendo o Envelhecimento Bem-Sucedido como a meta do trabalho e do estudo do envelhecimento, é importante enfatizar que este não depende da negação das eventuais perdas desenvolvimentais que o indivíduo sofre na velhice, mas encorajá-lo a otimizar as suas capacidades remanescentes enquanto compensa as perdas inevitáveis (Baltes & Baltes, 1993).

A institucionalização de idosos

Embora Portugal apresente sinais bem evidentes de envelhecimento demográfico, este não é homogéneo, localizando-se principalmente no Alentejo, no Algarve e na zona Centro (INE, 2002). O envelhecimento populacional, associado a outras alterações sociais, tem conduzido a uma crescente procura das instituições de apoio a idosos (Gonçalves, 2003), embora a institucionalização ainda seja interpretada como demonstração de desinteresse ou abandono do idoso, cujos cuidados constituem dever da família (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Adicionando-se a este estereótipo negativo os receios das pessoas relativamente ao sentimento de ruptura com o seu espaço físico e relacional, à falta de privacidade e ao tratamento colectivo e impessoal desenvolve-se uma conotação negativa relacionada com a institucionalização. Contudo, apesar destes receios, muitos idosos acabam por reconhecer a

necessidade de integrarem uma instituição e a vantagem do apoio por parte dos funcionários da mesma (Vaz, 1998).

Os estudos relativos à problemática da Qualidade de Vida nas instituições têm destacado a importância da socialização (Mor, Branco, Fleishman, Hawes, Phillips, Morris & Fries, 1995, *cit. in* Allen-Burge, Burgio, Bourgeois, Sims & Nunnikhoven, 2001), embora esta se mantenha maioritariamente focada nas relações entre utentes em detrimento dos relacionamentos familiares e comunitários.

Paúl (1997, *cit. in* Martins, 2006) acrescenta que, independentemente das razões da institucionalização e de outros factores, é essencial ponderar o efeito e as consequências de tal processo no indivíduo, perspectivando-se uma melhoria. Tal processo exige que o idoso abandone o seu espaço, e que reaprenda a integrar-se num meio que lhe é limitativo, directivo e impessoal, mantendo-se, simultaneamente, integrado na comunidade.

A Satisfação com a Vida

Actualmente, a maioria dos autores concordam em aceitar o Bem-Estar Subjectivo (BES) como uma entidade hierárquica e multidimensional, que inclui a avaliação que o próprio indivíduo realiza sobre sua vida e que pode ser decomposta em dois indicadores. Um é de natureza cognitiva e diz respeito ao julgamento da Satisfação com a Vida em geral ou referenciada a domínios específicos. O outro é de natureza emocional e diz respeito ao equilíbrio entre afectos positivos e negativos (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

A Satisfação com a Vida traduz-se numa avaliação subjectiva global que o indivíduo realiza sobre a sua vida, no presente ou no passado, incluindo tanto a presença de aspectos positivos da vida como a ausência de factores negativos (Diener, Oishi & Lucas, 2003). Aquando da avaliação, o indivíduo compara as circunstâncias da sua vida real com aquelas incluídas num modelo de vida *standart* que ele próprio criou e que considera apropriada para si. Assim, a maior ou menor relevância concedida aos critérios tem uma consequente maior ou menor influência na Satisfação geral com a Vida (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

Entre as teorias explicativas do Bem-Estar Subjectivo, Diener, Oishi e Lucas, (*op. cit.*) destacam duas: a teoria *bottom-up* e a teoria *top-down*. A primeira explica o bem-estar como resultado da acumulação de experiências positivas durante a vida, enquanto a segunda assume a existência de uma predisposição para experienciar momentos positivos. Resumindo, na abordagem *bottom-up* o BES representa um efeito, ao passo que na abordagem *top-down* é considerado uma causa.

Quando medida de forma geral a Satisfação com a Vida parece demonstrar alguma estabilidade temporal ao longo do ciclo da vida, embora quando estudada por referência a domínios possa apresentar oscilações (Headey & Wearing, 1989, *cit. in* Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, *op. cit.*). No entanto esta afirmação não é definitiva, constituindo-se como uma questão de investigação, à que se adicionam outras referentes aos preditores dos níveis de Satisfação ao longo da Vida.

Embora exista discordância, estão estabelecidos cinco tipos de variáveis mais empregues na predição de Satisfação, nomeadamente, as variáveis sócio-demográficas, os relacionamentos sociais, a personalidade, o *coping* e a auto-estima.

Na revisão de estudos de Meléndez, Tomás, Oliver e Navarro (2008) sobre a associação entre dimensões físicas e psicológicas e os níveis de Satisfação com a Vida entre os idosos, os resultados oscilam desde efeitos ligeiros a efeitos negativos significativos da idade na Satisfação, ou a existência de diferenças desta conforme o género sexual. Aqui, a revisão de diversos estudos por Pinquart (1998) continua a acentuar oposição de resultados entre as mesmas variáveis.

Diener, Oishi e Lucas (2003) mencionam os factores sócio-demográficos, como a saúde, estatuto económico, habilitações literárias e estado matrimonial, responsáveis por apenas uma pequena variação das medidas de Bem-Estar Subjectivo. Contudo os autores apontam ainda para diferenças expressivas quanto ao peso de determinantes sócio-demográficos (sexo, idade, cultura, estatuto sócio-económico, família, religião, etc.) ou de ordem mais pessoal (idiossincrasia, saúde física ou psíquica, actividades) (Oliveira, 2008). Bishop, Martin e Poon (2006) afirmam que a influência da idade, saúde, interacção social e recursos sócio-económicos não deve ser subestimados, já que estes podem favorecer ou prejudicar a avaliação da vida do indivíduo, principalmente na velhice.

Não se pode, contudo afirmar a existência de um único factor na relação entre condições objectivas e a qualidade de vida subjectivamente experimentada, isto porque esta última é multidimensional e multidireccional, altera-se e varia de acordo com várias condições (Lang, Löger & Amann, 2007).

Outro âmbito de estudo que se encontra em constante discordância é a trajectória dos níveis de Satisfação ao longo da vida. Contudo, estas diferenças parecem advir de diferenças metodológicas entre estudos. Mroczek e Spiro (2005) citam estudos com diferentes resultados, desde os de Diener (1984) que apontam para relações positivas, os de Freund e Baltes (1998) que apontam para relações negativas, os de Wallace, Bisconti e Bergeman (2001) com ausência

de relação ou mesmo os de Lang e Heckhausen, (2001) em que a tendência encontrada era curvilínea.

Independentemente do trajecto que os níveis de Satisfação com a Vida percorrem ao longo do envelhecimento, Myers e Diener (1995, *cit. in* Ranzijn & Luszcz, 1999) referem valores altos de Satisfação nos adultos com idades próximas dos 65 anos, independentemente da deterioração da saúde ou de outras perdas.

No entanto existem determinados factores que podem ser apontados pelo impacto mais específico durante a velhice. Para Steinhagen-Thiessen e Borchelt (2001) a dependência dos idosos na execução das AVD tem um impacto significativo na sua saúde e Qualidade de Vida. Enquanto Prull, Gabrieli e Bunge (2000) evidenciam a importância do funcionamento cognitivo, pelo seu potencial impacto na funcionalidade do idoso.

Perante a importância de uma vida saudável e funcional na Satisfação com a Vida em meio institucional, Lang, Löger e Amann (2007) sublinham que neste predomina a *standardização* e a *desindividualização (de-individualization)* dos utentes. Robichaud, Durand, Bédard e Ouellet (2006) indicam como principais características para níveis superiores de Satisfação com a Vida entre utentes neste ambiente o envolvimento relacional empático, a sensação de identidade, o sentido de controlo, a intimidade, a segurança, o conforto, a satisfação das necessidades, o respeito no tratamento e a competência técnica dos profissionais.

Contudo, como já referido, estes preditores ou características não são estanques nem universais, pois não existe uma forma linear e universal de caracterizar a Satisfação com a Vida nos idosos, quer estes estejam institucionalizados ou não. Talvez porque são demasiadas as variáveis que influenciam os níveis de Satisfação e, provavelmente, as mais relevantes ou as que têm maior influência ainda estão por determinar.

ESTUDO EMPÍRICO

Amostra: No presente estudo a amostra é constituída por trinta e nove indivíduos (N=39) utentes de uma Instituição Particular de Solidariedade Social localizada no Barrocal do Barlavento algarvio. Destes, dezanove são utentes do Lar (N= 19) e vinte do Centro de Dia (N= 20), com uma variação da duração da institucionalização entre 1 mês e 14 anos (M= 35,87 meses; DP= 38,849 meses).

Os trinta e nove sujeitos apresentam uma distribuição relativamente homogénea entre géneros (N♂= 19; N♀= 20). Quanto à idade, esta encontra-se compreendida entre os 67 e os 98 anos de idade, calculando-se uma média etária aproximada de 82 anos (M=81,79; DP = 7,214).

A variável idade foi categorizada em três classes etárias, sendo que 17,9% (N=7) se encontram na faixa entre os 65 e os 74 anos (*velhos-novos*), 43,6% (N=18) entre os 74 e os 84 anos (*velhos*) e os restantes 39,5% (N=15) na faixa superior aos 85 anos (*velhos-velhos*).

Quanto à alfabetização, 51,3% da amostra é analfabeta, *versus* 48,7% que aprendeu a ler e a escrever. As habilitações literárias são representadas, em 53,85% dos casos por indivíduos que não frequentaram a escola e em 46,15% com algum tipo de escolaridade. Destes, apenas um completou um Curso Superior.

Em termos da institucionalização as características que mais se destacam são a clara referência ao isolamento como razão principal de institucionalização (66,67%), num total de vinte e seis pessoas, uniformemente divididas pelos Lar e Centro de Dia. Assinale-se ainda uma diminuta referência à doença, em oito casos (20,51%), à incapacidade física, em quatro casos (10,26%) e à viuvez, em apenas um caso (2,56%). Adicionalmente, nota-se uma generalizada opinião favorável em relação ao presente estado de institucionalização, constituindo 87,18% da amostra.

Instrumentos e procedimentos

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- **Questionários ao Idoso e ao Cuidador** – Ambos a serem preenchidos pelos inquiridos ou por entrevista, permitem recolher dados sócio-demográficos, da Institucionalização, da Rede de Apoio Afetivo (família e amigos) e da funcionalidade.

- **Índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965; versão adaptada por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) - Permite avaliar as capacidades funcionais do sujeito para a realização das ABVD nas dimensões de mobilidade e auto-cuidados. A pontuação total da escala decorre de zero a cem em que o valor zero traduz, igualmente, uma dependência total e o cem corresponde à independência nestes domínios, com “ponto de viragem” aos 60 pontos.

- **Mini-Mental State Exam** (MMSE, Folsteins, Folstein & McHugh, 1975; versão adaptada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia, 1993) - É composto por 24 itens repartidos em duas partes, sendo que a primeira requer apenas respostas verbais (Orientação, Memória e Atenção) e a segunda reporta às actividades de Nomeação, Cumprimento de ordens, Escrita Espontânea e Cópia de um polígono complexo.

A cotação máxima indica ausência de “defeito” cognitivo e o ponto de corte para a população portuguesa situa-se nos 15 pontos, para indivíduos analfabetos, nos 22 pontos para os indivíduos com escolaridade entre um e onze anos e nos 27 pontos para indivíduos com escolaridade superior a onze anos (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia, *op. cit.*).

- **Convoy Model** (Kahn & Antonucci, 1980; versão adaptada por Gameiro, Soares, Moura-Ramos, Pedrosa & Canavarro, 2008) - Avalia aspectos estruturais e funcionais da rede de apoio social, segundo a percepção do próprio respondente. Constituído por uma representação gráfica de quatro círculos, este esquema pretende reunir os membros do *comboio social* do sujeito. No círculo mais interior são representadas as pessoas de quem o respondente "*se sente tão próximo(a) que é difícil imaginar a vida sem elas*", no círculo intermédio as pessoas que "*não sendo tão próximas são também importantes*" e, no círculo exterior, as pessoas consideradas "*suficientemente próximas e importantes*" para serem representadas (Antonucci, 1986, cit. in Gameiro, Soares, Moura-Ramos, Pedrosa & Canavarro, 2008).

No presente estudo não se realizou a avaliação do apoio recebido de doze pessoas do comboio social, principalmente devido ao maior consumo de tempo e ao facto de nem todos itens se relacionarem com as actuais vivências dos sujeitos. Assim, apenas se utilizou a escala *Lickert* para avaliar a Satisfação geral com o apoio recebido de cada um dos indivíduos da rede social.

- **Self Anchoring Striving Scale** (Cantril, 1965) - Pretende, a partir de um esquema gráfico de dez degraus, avaliar a Satisfação geral do indivíduo com a Vida no momento. O primeiro degrau inferior apresenta o número 1 e representa "*a pior vida*" que o indivíduo pode imaginar para si mesmo, e o último degrau, com o número 10, representa "*a melhor vida*" alguma vez idealizada pelo mesmo.

- **Satisfaction with Life Scale** (SWLS, Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985, versão adaptada por Simões, 1992) – Tem como objectivo medir o nível de Satisfação com a Vida do indivíduo, através de 5 Escalas de Lickert (1 - *Discordo muito*; 5 - *Concordo muito*) de natureza global, que estão redigidos de forma a permitirem ao sujeito a liberdade de eleger tanto os critérios a serem considerados, como a influência de cada um. A pontuação total varia entre 5 e 25 pontos, em que o primeiro valor corresponde a uma elevada insatisfação com a Vida e o segundo a uma elevada Satisfação com a Vida.

O estudo foi iniciado pelo pedido de consentimento à Direcção da instituição para a realização da investigação.

A amostra foi seleccionada a partir dos testemunhos e opiniões dos cuidadores quanto àqueles que estariam capacitados para responder às questões. A administração do Questionário ao Idoso foi realizada por recurso a entrevista devido às taxas de analfabetismo e à presença de problemas de visão na amostra. O tempo de aplicação dos instrumentos não teve limite e variou

entre 30 a 60 minutos. O Questionário ao Cuidador também foi preenchido por recurso a entrevista.

Os dados recolhidos foram posteriormente introduzidos e analisados através do *software* SPSS – versão 14.0.

Apresentação e discussão dos resultados

Dados da Funcionalidade

A análise dos resultados possibilita constatar a presença de um maior número de idosos nos níveis mais altos de independência, *Necessita de ajuda* (10,26%) e *Independente* (84,62%). Apenas 2,13% dos idosos se encontram nas classes abaixo do ponto de viragem de 60 pontos proposto por Granger, Devis, Peters, Sherwood e Barrett (1979, *cit. in* Sulter, Steen & Keyser, 1999). A média dos resultados no IB é de 88,08 pontos (DP=20,21), sendo, como os valores anteriores, uma prova da característica funcionalmente independente desta amostra.

Quanto aos dois domínios da escala, auto-cuidados e mobilidade, salienta-se que a maioria (92,31%) é relativamente independente em ambos os domínios, ou seja, necessita de apoio essencialmente assistencial. Os restantes indivíduos (7,70%) são totalmente dependentes na maioria das actividades.

Ressalta-se que estes resultados tão optimistas devem-se às propriedades específicas da escala que pretende avaliar as actividades básicas da vida diária (ABVD), ou seja as actividades relacionadas com os auto-cuidados e a mobilidade, enquanto o tipo de perda de funcionalidade apresentada pela maioria dos utentes se prende com a realização de actividades instrumentais da vida diária.

O “retrato” funcional desta amostra faz um paralelo com a afirmação de Atchley (2000, *cit. in* Simões), nomeadamente, que “a percentagem de idosos, sem limitações na sua actividade, tem vindo a subir substancialmente, nos últimos anos, indicando que um maior número de pessoas vai gozando de uma velhice saudável” (2006, 35).

Dados da Função Cognitiva

A análise da amostra permite averiguar que existe uma tendência para a ausência de “defeito” cognitivo nos indivíduos analfabetos (M = 18,48; DP = 5,046) e nos alfabetizados com escolaridade inferior a 11 anos (M = 22,78; DP = 4,735), que se encontram bem mais acima do respectivo ponto de corte. A análise total dos grupos apresenta um total de 26 idosos sem “defeito” cognitivo, dos quais 15 são analfabetos e 11 alfabetizados com até 11 anos de

escolaridade. Apenas 13 são considerados como tendo “defeito” cognitivo, dos quais um pertence à categoria com mais de 11 anos de escolaridade, enquanto os restantes se dividem uniformemente pelas outras categorias. Tendo em consideração que Forciea e Lavizzo-Mourey (1998) e Schaie (1996) defendem o nível de educação como factor protector dos “defeitos” cognitivos na velhice, a presença de evidências em contrário no presente estudo apenas pode ser explicada pela idade dos indivíduos. Na presente amostra, 41,18% dos idosos do grupo com a escolaridade até onze anos encontra-se na categoria de *velhos-velhos*, contra os 33,33% nesta categoria do grupo de analfabetos. Esta diferença ganha contornos mais acentuados quando se refere que diversos estudos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Marchand, 2001) apontam para uma manutenção das funções cognitivas até aos 75/80 anos. Convém referir que, no entanto, a diferença entre as médias de idades do grupo dos analfabetos (M= 80,86; DP = 6,382) e dos alfabetizados (M= 81,59; DP = 7,054) não é considerada significativamente diferente a um nível de significância de 5% (U=158,000; Z=-0,603; p=0,546).

O caso específico do terceiro grupo, em que o sujeito apresenta um valor muito abaixo do ponto de corte para a categoria parece estar relacionado com o facto de este sujeito somar 98 anos de idade.

Excepto os presentes, os únicos pressupostos a acrescentar são os referentes à Teoria do Ciclo de Vida (Baltes & Baltes, 1993; Baltes, 1997) que defende o envelhecimento individual como fruto da plasticidade e heterogeneidade desenvolvimental.

Dados da Rede de Apoio Social – Família e Amigos

Os resultados encontrados estão de acordo com os obtidos por Cartensen, Gross e Fung (1997) e por Antonucci e Akiyama (1996), que caracterizam as relações sociais na velhice como sendo *muito boas*, dinâmicas e repletas de elementos com quem o indivíduo tem um laço emocional. Ou seja, no presente estudo mais de metade da amostra (66,67%) considera que tem *Muitos Amigos* e uma quantidade idêntica (61,54%) refere um contacto *Muito frequente* com estes. Neste aspecto o factor institucionalização pode contribuir para o fenómeno descrito por Hinrichsen (1985, *cit. in* Martins, 2006) em que perante uma concentração de idosos se verifica um maior número de amigos e amigadas mais activas.

A constituição familiar destes indivíduos centra-se principalmente em torno dos filhos e netos, seguidos da referência a bisnetos, sobrinhos e mais raramente a irmãos(ãs), cunhados(as) e noras/genros.

Os resultados do *Convoy Model* apontam para uma concentração dos familiares (76,06%) no círculo de pessoas a que o idoso *se sente tão próximo que é difícil imaginar a vida sem eles*.

Assim, apenas 9,86% e 14,08% dos sujeitos referidos neste círculo são utentes e amigos exteriores, respectivamente. Do círculo 2 é de salientar a expressiva diminuição do número relativo de familiares (8,55%) e um conseqüente aumento da quantidade relativa de utentes (65,60%) e de amigos externos (25,85%). Estes são considerados como indivíduos que *não sendo tão próximos são também importantes*. O terceiro círculo sugere uma agudização desta tendência, ou seja, uma diminuição da representação familiar (5,62%) e um aumento da representação dos utentes (67,29%) e dos amigos (27,10%), que são *suficientemente próximos e importantes* para serem representados.

As percentagens traduzem-se na referência, em média de vinte e dois indivíduos no total dos círculos (± 9). Destes sete (± 5) encontram-se no círculo 1, dos quais 5 são familiares, um utente e um amigo exterior, doze (± 7) no círculo 2, com oito utentes, três amigos exteriores e apenas um família e apenas três (± 5) no círculo 3, com referência, em média, a dois utentes e a um amigo. O referido número de relações mais próximas encontra-se dentro da conclusão de House e Kahn (1985, *cit. in Antonucci & Akiyama, 1996*) da existência de uma média de 5 a 10 membros na zona mais próxima da rede.

Quanto à média da Satisfação dos inquiridos em relação ao apoio cedido por doze indivíduos mais próximos, é de frisar que esta é bastante positiva, tendo em consideração que se aproxima muito do valor máximo 5 ($M= 4,50$; $DP=0,451$).

Estes resultados sugerem uma semelhança com o indicado por Antonucci e Akiyama (1996) que aludem a uma concentração da atenção dos idosos nos descendentes e familiares mais próximos. Adicionalmente, o apresentado neste modelo também releva a importância que os amigos continuam a ter para os idosos.

Quanto os resultados em relação às amizades, estes permitem inferir a importância da institucionalização na promoção da socialização destes idosos como suposto por Allen-Burge, Burgio, Bourgeois, Sims e Nunnikhoven (2001), sobretudo tendo em conta que estes provêm, na maior parte dos casos, de meios isolados. Ou seja, embora a redução da rede social possa ocorrer por morte dos amigos, não existe nada que impeça os idosos de criar novas relações de amizade, principalmente quando em contacto diário com outros indivíduos da mesma geração.

Dados da Satisfação com a Vida

Em relação à análise estatística da Escala de Auto-avaliação da Satisfação com a Vida de Cantril (1965) é de referir que o valor médio é de 6,51 ($DP= 2,372$). Assim, pode-se afirmar que tal valor é expressivo de uma Satisfação com a Vida mediana, pois localiza-se um pouco acima do ponto médio da escala. Contudo a análise dos Quartis mostra que apenas 25% da amostra

reclama níveis de Satisfação com a Vida abaixo de 5 ($Q_{25}=5$) e que os restantes 75% se concentram entre os valores 5 e 10 ($Q_{100}=10$).

O valor médio da Satisfação com a Vida na Escala de Satisfação com a Vida de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) aponta também para resultados um pouco acima do valor médio da pontuação total da escala ($M=15,85$; $DP = 3,977$). A análise do Quartis também permite mostrar a maioria (75%) da amostra nos valores mais altos ($Q_{25}=13$; $Q_{95}=23$).

Quanto aos resultados apresentados em ambas as escalas, é possível fazer um paralelo com os dados do *Berlin Aging Study* (Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Kunzmann, 2001), que apontam resultados gerais maioritariamente positivos para a Satisfação com a Vida. Adicionando ao que foi encontrado no *Duke Longitudinal Study* (Busse & Maddox, 1985, *cit. in* Schulz, 2006), que destaca a manutenção da Satisfação com a Vida ao longo dos anos, ou seja, a velhice não deve ser marcada por níveis inferiores de Satisfação. Resultados semelhantes foram identificados por Baltes e Baltes (1993) que adiantam três prováveis motivos para este facto ocorrer, nomeadamente, o fenómeno dos *multiple selves*, o reajustamento de objectivos e níveis de aspiração ou a comparação social.

No caso de idosos institucionalizados, este nível positivo de Satisfação com a Vida pode dever-se a diversos factores, entre outros refere-se um processo positivo de adaptação à instituição e o cumprimento, por parte da instituição, dos critérios que o idoso considera essenciais para a sua Qualidade de Vida (Lang, Löger & Amann, 2007).

Análises correlacionais

Em relação à associação entre a idade e os níveis de Satisfação com a Vida, esta afigura-se como inexistente, tanto para os resultados da Escala de Auto-avaliação da Satisfação com a Vida ($r=0,143$; $p=0,386$) como para a Escala de Satisfação com a Vida ($r= 0,008$; $p= 0,962$). Isto significa que a presente amostra não evidencia qualquer aumento ou diminuição dos níveis de Satisfação com a idade. Estes resultados estão de acordo com alguns estudos (Subasi & Hayran, 2005, *cit in* Meléndez, *et al.*, 2008) mas em discordância com outros (Hamarat, Thompson, Aysan, Steele, Matheny, & Simons, 2002; Mercier, Peladeau, & Tempier, 1998, *cit. in* Berg, Hassing, Mcclearn & Johansson, 2006) (Tabela 1).

Quanto ao tempo de institucionalização, também não foi encontrada qualquer associação deste com a Satisfação com a Vida, quer com a Escala de Auto-avaliação da Satisfação com a Vida ($r= 0,127$; $p= 0,449$) quer com a Escala de Satisfação com a Vida ($r=-0,01$; $p=0,995$). Estes resultados podem dever-se a um bom ajustamento da maioria dos indivíduos à institucionalização, até porque a maioria destes se afirmou como favorável à institucionalização.

Para além deste facto pode, eventualmente, ter ocorrido nalguns casos o reajustamento de objectivos e níveis de aspiração ou a comparação social da sua situação com os restantes (Baltes & Baltes, 1993) (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados obtidos das correlações entre as variáveis e o nível de Satisfação com a Vida – ambas as escalas.

Níveis	Escala de Auto-avaliação da Satisfação com a Vida		Escala de Satisfação com a Vida		
	r	Sig.	r	Sig.	
	Idade	0,143	0,386	0,008	0,962
Duração da Institucionalização	0,127	0,449	-0,01	0,995	
Índice de Barthel	Auto-cuidados	0,092	0,288	0,106	0,260
	Mobilidade	0,167	0,154	0,160	0,166
	Total	0,128	0,437	0,134	0,417
MMSE	0,248	0,127	0,36	0,827	
Modelo de Convoy	Total de elementos	0,029	0,431	-0,119	0,235
	Elementos no C1	0,091	0,290	0,008	0,481
	Elementos no C2	-0,098	0,276	-0,215	0,095
	Satisfação geral com o apoio	0,394**	0,007	0,442**	0,002
	Satisfação com o apoio do C1	0,291*	0,036	0,112	0,248
	Satisfação com o apoio do C2	0,352*	0,024	0,466**	0,004

* - $\alpha < 0,05$

** - $\alpha < 0,01$

Relativamente ao Índice de Barthel também não foram encontradas associações significativas, quer com a escala de auto-avaliação de Cantril ($r= 0,128$; sig.= $0,437$) quer com a escala de Diener, Emmons, Larsen e Griffinem ($r= 0,134$; sig.= $0,417$). Inclusivamente, nem mesmo os domínios de auto-cuidados ou de mobilidade mostraram qualquer tipo de associação (Tabela 1). Tais resultados podem dever-se à continuidade do fenómeno referido por Aldwin e Gilmer (2003) e que se traduz na manutenção de valores positivos de Satisfação com a Vida em *adultos velhos* apesar das alterações na saúde física e na funcionalidade. Por outro lado também se pode supor que os resultados desta variável não são preditivos de Satisfação com a Vida por não tomarem em consideração os critérios subjectivos dos indivíduos, como proposto por Paltore e Luikart (1974). Os estudos revistos por estes autores parecem demonstrar que os melhores preditores dos níveis de Satisfação não são a medição objectiva ou clínica da sua incapacidade, mas a visão subjectiva do próprio sujeito (Tabela 1).

Quanto ao MMSE, os resultados têm a mesma conclusão, ou seja, ausência de associação entre o nível cognitivo e a Satisfação sentida pelo idoso, quer na escala de Cantril ($r= 0,248$; $p= 0,127$) quer na SWLS ($r= 0,36$; $p= 0,827$). Acrescenta-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na Satisfação com a Vida entre indivíduos com e sem “defeito” cognitivo, quer na Escala de Auto-avaliação ($U= 139000$; $Z= -307$; $p= 0,775$) quer na Escala de Satisfação com a Vida ($U= 132000$; $Z= -0,542$; $p= 0,612$). Estes resultados sugerem uma adaptação dos sujeitos à perda de determinadas capacidades cognitivas. Ao empregar o modelo da Optimização Selectiva com Compensação, é passível de se considerar que os indivíduos com diagnóstico de “defeito” cognitivo possam ter seleccionado outras competências com fim à optimização. Essas mesmas competências parecem ser suficientes para responder às diminutas exigências que o quotidiano numa instituição (Tabela 1).

Em relação ao modelo de *Convoy*, os dados quanto à densidade da rede social pelos níveis de proximidade não apresentam qualquer associação significativa. Já a Satisfação com o apoio recebido pelos elementos da rede social apresenta associações estatisticamente significativas com os níveis de Satisfação (Tabela 1).

Neste ponto a Satisfação geral com o apoio está associado ao resultado da Escala de Auto-avaliação da Satisfação com a Vida ($r= 0,394$; $p= 0,007$) e da Escala de Satisfação com a Vida ($r= 0,442$; $p= 0,002$) ao nível de significância de $\alpha < 0,01$. É igualmente possível observar que a Satisfação geral com o apoio recebido determina entre 15,5% e 20% da variância da Satisfação, consoante a escala (Tabela 1).

A Satisfação com os elementos do círculo 1 apenas apresenta uma associação estatisticamente significativa em relação à Escala de Auto-avaliação da Satisfação com a Vida

($r=0,291$; $p= 0,036$) ao nível de significância de $\alpha<0,05$. Esta variável apenas permite determinar 6% da variância do nível de Satisfação com a Vida (Tabela 1).

Já a Satisfação com os elementos do círculo 2 apresenta uma associação positiva estatisticamente significativa em ambas as escalas. Refira-se contudo que esta associação é mais significativa em relação à Escala de Satisfação com a Vida ($r= 0,466$; $p= 0,004$), ao nível de significância de $\alpha<0,01$, do que em relação à Escala de Auto-avaliação da Satisfação com a Vida ($r=0,352$; $p= 0,024$) ao nível de significância de $\alpha<0,05$. Em relação à primeira escala, a Satisfação com os elementos do círculo 2 determina 22% da sua variância, em relação à segunda permite determinar 10% da variância da Satisfação com a Vida. Estes resultados apontam para a efectiva e superior importância da rede social em detrimento dos outros factores avaliados (Tabela 1).

O facto de os resultados dos elementos do círculo 1 não estarem associados aos níveis de Satisfação com a Vida, pode ter a leitura de que os idosos se tornam mais exigentes com esses mesmos elementos, pelo que se podem sentir mais desapontados. Por outro lado, atendendo que a maior frequência de utentes se encontra no círculo 2, também se pode sugerir que o contacto diário com estes pode traduzir-se numa maior influência na Satisfação do que a esperado. A existência desta associação positiva pode resultar de este ser um dos domínios da Satisfação geral com a Vida (Tabela 1).

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, os resultados finais apontam para uma amostra de idosos com boas capacidades funcionais e cognitivas, traduzindo-se num número pequeno de indivíduos seriamente afectados nestas áreas. Quanto aos resultados do factor social é possível afirmar que é um ponto forte desta população, não tanto pelo número de elementos, mas pela visão subjectiva favorável que a maior parte dos utentes tem da sua rede social. Em relação aos níveis de Satisfação com a Vida, apesar de alguns indicadores estatísticos pareçam assinalar uma Satisfação mediana, uma análise mais aprofundada demonstra uma predominância de valores altos na amostra.

O estudo efectuado aponta para a inexistência de associação entre a idade, tempo de institucionalização, funcionalidade e função cognitiva com a Satisfação com a Vida. Contudo, o nível de Satisfação em relação ao apoio cedido pelos elementos do comboio social está significativamente associado ao nível de Satisfação com a Vida. Indicando, que a satisfação com

os membros da rede social avaliada neste estudo constitui-se como um dos domínios da Satisfação com a vida, ou seja, este factor assume-se como incluso no domínio social proposto como um dos constituintes da Satisfação com a Vida referenciada a domínios.

Perante o acima exposto são de sublinhar determinadas conclusões, nomeadamente, a avaliação subjectiva do indivíduo parece ser melhor preditor que a utilização de medidas objectivas ou de preenchimento por recurso a terceiros. Acrescenta-se que os presentes dados permitiram identificar a coexistência de níveis positivos de Satisfação com a Vida e de uma densa rede de apoio social em idosos institucionalizados.

Embora os resultados não fossem os esperados, uma vez que só um dos construtos apresentou factores (satisfação com a rede de apoio social) com associações estatisticamente significativas, é de frisar que a especificidade da amostra e, provavelmente, o número de inquiridos tenha condicionado estes resultados.

Adicionalmente, o tamanho reduzido e não-representativo da amostra conduz a limitações na sua aplicação, não podendo ser generalizadas a outras populações. Pelo que o tamanho e a proveniência da amostra são características procedimentais que poderiam ser melhoradas.

Pelas limitações já expostas não é possível, pelo recurso ao presente estudo, dar uma resposta bem fundamentada ao problema de saber se é possível predizer, nos idosos da população portuguesa, os níveis de Satisfação com a Vida a partir de factores biológicos, psicológicos ou sociais. Pelo que se reitera uma recomendação de extrema importância nesta temática: é imperioso continuar a pesquisa neste domínio.

BIBLIOGRAFIA

Aldwin, C. & Gilmer, D. (2003). *Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives*. California: SAGE.

Allen-Burge, R., Burgio, L. D., Bourgeois, M. S., Sims, R. & Nunnikhoven, J. (2001). Increasing Communication Among Nursing Home Residents. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7 (3), 213-230.

Antonucci, T. C. & Akiyama, H. (1996). Convoys of Social Relations: Family and Friendship within a Life Span Context. In R. H. Blieszner & V. H. Bedford (Eds). *Aging and the Family: Theory and Research* (p: 355-372). Westport: Greenwood Publishing Group.

Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa: ISPA.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1993). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-626.

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380.

Berg, A. I., Hassing, L. B., McLearn G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging & Mental Health*, 10(3), 257–264.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bishop, A., Martin P. & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health*, 10(5), 445–453.

Cantril, H. (1965). *The patterns of human concern*. New Jersey: Rutgers University Press.

Cardoso, A. P. & Costa, L. M. (2006). Velhice e exclusão social: Um estudo no centro de convívio e apoio à terceira idade do Tortosendo. *Psychologica*, 42, 89-114.

Cartensen, L. L., Gross, J. J & Fung, H. H. (1997). The social context of Emotional Experience. In K. W. Schaie, M. P. Lawton (Eds). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Emotion and Adult Development* (pp 325-352). Springer Publishing Company.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, p: 71-75.

- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Reviews Psychology*, 54, 403–25.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Resourch*, 12, 189-198.
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia de Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Forcica, M. A. & Lavizzo-Mourey, R. (1998). *Segredos em Gereatria: Respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds na clínica, em exames orais e escritos*. Porto Alegre: Artmed.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C. (2006). *Manual de aplicação e cotação do Convoy Model*. Universidade de Coimbra
- Gameiro, S., Soares, A., Moura-Ramos, M., Pedrosa, A., Canavarro, M.C. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa adaptada do Convoy Model, um questionário de avaliação da rede e apoio social. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coord.). *XIII Actas de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquillibrios.
- Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 41 - 60.
- Guerreiro, M., Silva, R. L., Botelho, Leitão, Caldas, A. C. & Garcia, C. (1993). *Adaptação Portuguesa da Mini-Mental State - MMS*. Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz.
- INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. *Revista de Estudos Demográficos*, nº32, p: 185-208.
- INE (2008). *Estatísticas Demográficas 2007*. Lisboa: INE.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: attachment roles and social support. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds). *Life span development and behavior*, Vol. 3 (pp: 253-286). New York: Academic Press.

Krames, A. F., Fabiani, M. & Colcombe, S. J. (2006). Contributions of Cognitive Neuroscience to the understanding of Behavior and Aging. In J. E. Birren, K. W. Schaie, R. P. Abeles, M. Gatz & T. A. Salthouse (Eds.). *Handbook of the Psychology of Aging* (pp: 57-84). Nova Iorque: Academic Press.

Lang, G., Löger, B. & Amann, A. (2007). Well-being in the nursing home – a methodological approach towards the quality of life. *Journal of Public Health*, 15, 109–120.

Lima, M. G. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder?. *Psychologica*, 35, 133-145.

Mahoney, F. I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.

Marchand, H. (2001). *Temas de Desenvolvimento Psicológico do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Martins, A. (2006). Envelhecimento, Sociedade e Cidadania. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), 77-78.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A. & Navarro, E. (2008). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Retirado a 26 de Novembro de 2007 de <http://www.journals.elsevierhealth.com>

Moniz, J. M. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.

Moody, H. R. (2006). *Aging: Concepts and Controversies*. Pine Forge Press (5ª Ed.).

Mota, M. P., Figueiredo, P. A. & Duarte, J. A. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4 (1), 81-110.

Mroczek, D. K., & Sprio, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 189–202.

- Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: LivPsic.
- Palmore, E. B. & Luikart, C. (1974). Health and Social factors related to Life Satisfaction. In E. B. Palmore (Ed). *Normal Aging: Reports from the Duke Longitudinal Study* (p: 185-200). Durhan: Duke University Press.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, R. & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149 — 161.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto (2ª Ed.)
- Prull, M., Gabrieli, J. & Bunge, S. (2000). Age-related changes in Memory: A cognitive neuroscience perspective. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds). *The Handbook of Aging and Cognition* (p: 91-154). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates (2ª Ed.).
- Ranzijn, R. & Luszcz, M. (1999). Acceptance: A key to wellbeing in older adults?. *Australian Psychologist*, 34(2),94-98.
- Robichaud, L., Durand, P. J., Bédard, R. & Ouellet, J. (2006). Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73 (4), 245-251.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Nova York: Cambridge University Press.
- Schulz, R. (2006). *The Encyclopedia of Aging: A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics*. Springer Publishing Company (4ª Ed.).
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), p: 503-515.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Âmbar.

Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. A. & Kunzmann, U. (2001). Sources of Well-Being in Very Old Age. In P. B. Baltes, K. U. Mayer & J. Delius (Eds). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp:450-474). Cambridge: Cambridge University Press.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.

Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (2001). Morbidity, Medication and Functional Limitations in Very Old Age. In P. B. Baltes, K. U. Mayer & J. Delius (Eds). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp: 131-166). Cambridge: Cambridge University Press.

Sulter, G., Steen, C. & Keyser J. (1999). Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials. *Stroke*, 30, 1538-1541.

Vaz, E. (1998). Mais idade, menos cidadania. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 621-633.

Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.

Viña, J., Borrás, C. & Miquel, J. (2007). Theories of ageing. *International Union of Biochemistry and Molecular Biology Life*, 59 (4), 249 — 254.