

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais



Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Idosos Residentes em Meio Rural:

Satisfação com o Suporte Social

Orientadora: Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins

Catarina Sofia da Silva Igreja Monteiro

UISEU, ABRIL DE 2012

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais



Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Idosos Residentes em Meio Rural:

Satisfação com o Suporte Social

Orientadora: Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins

Catarina Sofia da Silva Igreja Monteiro

UISEU, ABRIL DE 2012

*“Se meu andar é hesitante
e minhas mãos trêmulas, ampare-me.
Se minha audição não é boa, e tenho de me
esforçar para ouvir o que você
está dizendo, procure entender-me.
Se minha visão é imperfeita
e o meu entendimento escasso,
ajude-me com paciência.
Se minha mão treme e derrubo comida
na mesa ou no chão, por favor,
não se irrite, tentei fazer o que pude.
Se você me encontrar na rua,
não faça de conta que não me viu.
Pare para conversar comigo. Sinto-me só.
Se você, na sua sensibilidade,
me ver triste e só,
simplesmente partilhe comigo um sorriso e seja solidário.
Se lhe contei pela terceira vez a mesma história num
só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me.
Se me comporto como criança, cerque-me de carinho.
Se estou doente e sendo um peso, não me abandone.
Se estou com medo da morte e tento negá-la,
por favor, ajude-me na preparação para o adeus.”*

(Autor Desconhecido)

Agradecimentos

Após um longo percurso esta dissertação encerra mais um capítulo da minha vida e faz todo o sentido expressar a minha gratidão e reconhecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

Em primeiro lugar quero agradecer com admiração e gratidão à Doutora Rosa Maria Lopes Martins, pelo acompanhamento, orientação e acima de tudo pela motivação durante todo este percurso, contribuindo com as suas sugestões e imprescindíveis correcções.

Aos meus colegas de curso, principalmente às minhas amigas Ana Girão, Palmira Sousa e Helena Guerra, pelo companheirismo, ombro amigo e ânimo que me deram numa fase menos positiva da minha vida e pela grande amizade com que sempre me ouviram, e sensatez com que sempre me ajudaram.

Uma nota de apreço muito especial, a todos os idosos do concelho de Armamar que participaram no estudo com um sorriso e satisfação e um muito obrigada pelos momentos em que em três anos me demonstraram que o saber-ser é um bem precioso.

Aos meus colegas de trabalho um obrigada pela compreensão ao longo de todo mestrado e a ajuda na passagem dos questionários.

Aos meus sogros que me transmitiram coragem e força para continuar o meu percurso académico e que foram para os idosos da família um suporte familiar de exemplo a seguir.

Ao meu marido Paulo Proença pela paciência e pelo apoio incondicional, estando sempre presente nesta minha caminhada.

À minha família, em particular os meus pais, irmãos, pelo orgulho que sempre depositaram em mim. Às minhas cunhadas e cunhado pela força e palavras de incentivo.

Às minhas estrelinhas condutoras, os meus sobrinhos (Diogo, David, Bruna, Francisco, Martim e André) e sobrinhos “emprestados” (Gabriela, Carolina, Mariana e Miguel), pelos sorrisos e mimos que foram essenciais para a prossecução e concretização desta dissertação.

Aos meus queridos avós que, infelizmente não privei, mas que deixaram aos meus pais ensinamentos de luta e integridade.

Dedico esta dissertação de mestrado ao meu pai, António Monteiro Igreja, meu anjo da guarda, que permanecerá para sempre no meu coração. A sua precoce partida permitiu que eu encarasse a vida de uma forma diferente, dando-me mais força para continuar o meu percurso académico de que tanto se orgulhava. De facto uma pessoa que sempre foi exemplo de coragem, amor, determinação, rectidão e perseverança e que é a razão da minha persistência e luta, que tanto me orgulho dizer ...meu pai!

Resumo

Introdução: As múltiplas investigações desenvolvidas sobre o apoio social dos Idosos têm demonstrado, que o apoio percebido e o grau de satisfação com ele, é aquele que tem demonstrado exercer efeitos mais fortes e consistentes na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida dos mais velhos.

Objectivo: Avaliar a satisfação dos idosos da amostra, com o seu suporte social, e em que medida as variáveis sócio-demográficas, as variáveis circunstanciais, as variáveis da percepção da saúde e as variáveis sócio-culturais influenciam essa satisfação.

Metodologia: Foi realizado um estudo transversal, descritivo, correlacional e não experimental, empregando uma metodologia do tipo quantitativo. A amostra seleccionada é do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 130 idosos do concelho de Armamar que recorreram ao Balcão de Proximidade do Projecto 3I's. O instrumento de medida utilizado foi um questionário construído para o efeito e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Resultados: A população estudada é maioritariamente feminina, viúva e com uma média de idades de 74 anos. Possuem habilitações literárias baixas, (34,6% analfabetos), auferem de escasso apoio institucional e baixos rendimentos. A grande maioria dos idosos (96,2%) reside em casa própria, considerarem-se autónoma (85,3%) e os níveis de satisfação com o suporte social são moderados em todas as dimensões, sendo mais elevados no item satisfação com amigos (M=16,2).

Conclusão: As variáveis com maior influenciam na satisfação com o suporte social são: o género, pois os homens possuem níveis de satisfação com o suporte social mais elevados em todas as subescalas do que as mulheres; menores sentimentos de solidão e a frequência de visitas dos familiares.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Meio Rural; Família; Suporte Social.

Abstract

Introduction: The different studies concerning the elderly people support have shown that the apprehended support and the satisfaction level associated is the one, which has demonstrated to have stronger and consistent impacts in health, wellness and the quality life of the elderly people.

Objective: To evaluate the elderly people sample satisfaction and its social support, as well as to what extent the socio-demographic circumstantial health awareness socio-cultural variables influence this satisfaction.

Methodology: It was carried out a transversal descriptive correlational and none-experimental study, using a quantitative methodology. The used sample is none-probabilistic for convenience, consisting of 130 elderly people living in Armamar County, who resorted to the 3I's Project nearest balcony. The measuring instrument was a questionnaire made for the purpose and the Satisfaction Scale with the Social Support.

Results: The study population was predominantly female and widow, with a 74 year average age. The education is low (34.6% illiterate), receiving poor institutional support and short incomes. The majority (96.2%) lives in their own home and the most frequent is that the elderly people consider themselves autonomous (85.3%). The social support satisfaction levels are moderate in all dimensions. However, they are higher in the friendship satisfaction item ($M = 16,2$).

Conclusion: The variables, which mostly influence satisfaction with the social support are: the gender, because men in all subscales, in comparison with woman have higher satisfaction levels with social support; also less loneliness feelings and the family visit frequency.

Keywords: Aging, Rural Area, Family, Social Support.

Índice Geral

Resumo	6
Abstract.....	7
Índice de tabelas	9
Índice de gráficos.....	10
Índice de figuras	10
Índice de esquemas.....	10
Introdução.....	11
Parte I – Enquadramento Teórico.....	15
Capítulo I – O Envelhecimento Humano e o Envelhecimento Demográfico.....	16
I.1 – O Envelhecimento Humano.....	17
I.2 – O Envelhecimento Demográfico	18
I.3 – O Envelhecimento em Meio Rural	24
Capítulo II – Definição e Conceptualização do Suporte Social	28
II.1 - Modelos Teóricos do Suporte Social e Redes Sociais de Apoio	33
Capítulo III - A importância da Família no Suporte Social do Idoso.....	35
Parte II – Investigação Empírica	43
Capítulo IV – Metodologia.....	44
IV.1 – Desenho e Tipo de Estudo	44
IV.2 - População e Amostra.....	45
IV.3 – Variáveis	46
IV.4 – Problema da Investigação	47
IV.5 - Objectivos.....	48
IV.6 – Hipóteses	49
IV.7 – Instrumento de Colheita de Dados.....	50
IV.8 – Tratamento e Análise dos Dados	52
Capítulo V – Apresentação e Análise dos Resultados.....	54
V.1 – Caracterização Sócio-demográfica	54
V.2 – Caracterização Circunstancial.....	58
V.3 – Percepção da Saúde.....	61
V.3.1 – Percepção da Saúde - actividade física.....	62
V.4 – Actividades Sócio-Culturais	64
V.5 – Análise Inferencial	67

Capítulo VI – Discussão dos Resultados	75
Conclusão	86
Bibliografia.....	90
Apêndices	95
Apêndice I – Carta de Autorização.....	96
Apêndice II – Consentimento Informado	98
Apêndice III – Questionário	100

Índice de tabelas

Tabela 1 - ESSS: consistência interna (estudo dos itens).....	51
Tabela 2 - Estatística descritiva da Idade dos Idosos	55
Tabela 3 - Dados sócio-demográficos da amostra.....	57
Tabela 4 - Dados sobre características circunstanciais.....	60
Tabela 5 - Dados sobre percepção da saúde	62
Tabela 6 - Dados sobre actividade física	63
Tabela 7 - Dados sobre actividades sócio-culturais.....	65
Tabela 8 - Estatísticas descritivas sobre a satisfação com o suporte social.....	66
Tabela 9 - Teste T entre o género e o suporte social	68
Tabela 10 - Teste One-Way ANOVA entre a idade e o suporte social	68
Tabela 11 - Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e o suporte social.....	69
Tabela 12 - Teste T entre as habilitações literárias e o suporte social.....	70
Tabela 13 - Análise de variância entre o rendimento mensal e o suporte social.....	70
Tabela 14 - Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação com o rendimento mensal e o Suporte Social.....	71
Tabela 15 - Teste Kruskal-Wallis entre com quem vive e o suporte social	71
Tabela 16 - Teste U de Mann-Whitney entre o sentir-se sozinho no dia-a-dia e o suporte social.....	72
Tabela 17 - Teste One-Way ANOVA entre o número de horas que passa sozinho e o Suporte Social.....	72
Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre a frequência de visita dos familiares e o suporte social	73
Tabela 19 - Teste T entre considera-se uma pessoa e o suporte social	74
Tabela 20 - Teste T entre a prática de exercício físico e o suporte social	74

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários	19
Gráfico 2 - Índice de envelhecimento em Portugal em 2011	21

Índice de figuras

Figura 1- Pirâmide etária de Portugal - 2009	20
--	----

Índice de esquemas

Esquema 1 - Envelhecimento Demográfico	23
Esquema 2 - Modelo conceptual da relação entre variáveis.....	47

Introdução

O tema - *Idosos Residentes em Meio Rural: Satisfação com o Suporte Social* - surge no âmbito do constante aumento da população envelhecida, à desertificação das zonas rurais e ao aumento da esperança média de vida, o que tem originado uma maior preocupação com o suporte social. Existem cada vez mais alterações não só nas relações íntimas e pessoais, nos laços afectivos e emocionais que são estabelecidos mas também, no seio da própria família. Estamos de acordo com Fernandes, quando afirma que mesmo associada a todas estas mudanças “a solidariedade natural entre gerações, espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte e que constitui parte importante do património cultural, está comprometida por transformações sociais desencadeadas ao longo deste século” (1997:59).

Na verdade todos os países da Europa, incluindo Portugal, estão a sofrer um processo de envelhecimento demográfico, o que leva a alterações estruturais na população, influenciando quer ao nível sócio-económico, da organização dos serviços de saúde quer ao nível do suporte social.

O crescente aumento da população idosa em relação à população activa é uma outra questão preocupante e pensa-se ser devido ao declínio das taxas de natalidade e fecundidade e um aumento da esperança médica de vida.

Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, de 19% em 2011. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% na década anterior. Ou seja, em Portugal existem 2022504 pessoas com 65 ou mais anos, sendo 849188 homens e 1173316 mulheres. O índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. O índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem (INE – Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A compreensão do envelhecimento humano nas três vertentes fundamentais: biológica, psicológica e social permite intervir precocemente, adiando a perda de autonomia, isolamento e solidão do idoso. Cada indivíduo envelhece de um modo particular, diferente dos outros indivíduos de acordo com os factores geográficos, sociais, culturais, económicos e, estilos de vida. Também o nosso organismo não envelhece por todo de forma igual, havendo diferenciação de órgão para órgão.

Hoje em dia, não é suficiente pensar na terceira idade apenas com o objectivo de

conseguir retardar o envelhecimento e aumentar o tempo de vida, mas sim, prolongar a duração da vida com qualidade e bem-estar.

Um dos problemas para os idosos é a perda de papéis, quer no trabalho, quer no sistema familiar, quer, ainda, na sua rede social. Com a diminuição do suporte externo, sem os laços afectivos e de solidariedade que existiam entre os familiares, a necessidade de cuidar por longos períodos, leva necessariamente e com mais frequência ao *burn-out*¹ do cuidador.

A família constrói-se como meio de intimidade e afectos facilitadores de desenvolvimento pessoal, as funções da família têm-se mantido, porém a sua importância nas relações entre os seus membros variou, nomeadamente no cuidar do idoso. A nível familiar, cuidar de um idoso pode ter consequências, tais como alterações nas relações entre os diferentes elementos que a compõem, quer ao nível dos papéis mas também das funções, ou ainda, pode vir afectar a economia familiar.

Quando referenciamos suporte social este é, muitas vezes associado a um tipo de ajuda, formal ou informal, a algo que suporta uma pessoa que está em carência, ou a uma fonte de recursos a que essa pessoa recorre para diminuir as suas necessidades e dificuldades. O suporte social é considerado como uma variável importante, quer para a saúde como para a prevenção da doença.

Para que se dê conta da existência de suporte social devem considerar-se variáveis tais como: grupo de amigos, a frequência de contacto com este grupo, a existência ou não de amizades mais íntimas, o contacto com a família, entre outros (citado por Ribeiro, 1999).

O suporte social em contexto rural tem de facto visibilidade, pois o vizinho é sobretudo o contacto mais permanente de que o idoso dispõe. Porém a ajuda altera-se por dificuldades funcionais porque a maioria são idosos e “grandes idosos”² que prestam apoio a outros idosos, estando todos em situação semelhante, existindo assim uma troca de vivências, por vezes conjuntas de solidariedade entre os seus habitantes.

Muitos idosos rurais vivem longe dos filhos no nosso país, e a ideia das famílias rurais alargadas, nas zonas desertificadas do interior, é na verdade um verdadeiro mito.

¹ Situação de extrema fadiga de uma pessoa em que já há despersonalização e isolamento social (Azeredo, 2011).

² “Os grandes idosos são pessoas com 75 ou mais anos. São também chamados de idosos velhos em contraste com os idosos jovens que têm idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos. Porém segundo o Eurostat 2010 considera-se grandes idosos os que têm 80 ou mais anos de idade” (Azeredo, 2011:p.13).

Os filhos e netos estão fisicamente ausentes da vida dos idosos, devido à emigração para o estrangeiro ou migração para o litoral/urbano do país. No caso concreto da nossa região existem idosos que têm ainda na sua retaguarda os filhos com quem residem podendo com eles contar.

Neste contexto o nosso problema da investigação foi definido da seguinte forma: Será que os idosos do Concelho de Armamar, a viver em meio rural, estão satisfeitos com o seu suporte social?

Face ao enquadramento apresentado e no sentido de dar resposta à questão da investigação, o objectivo geral desta dissertação consiste em avaliar a satisfação dos idosos, com o seu suporte social, e saber em que medida as variáveis sócio-demográficas, as variáveis circunstanciais, as variáveis da percepção da saúde e as variáveis sócio-culturais influenciam essa satisfação.

Para a sua consecução optámos por uma metodologia que se enquadra no paradigma dos estudos quantitativos, do tipo não experimental, transversal, descritiva e correlacional, cuja população-alvo inclui os idosos que residem no concelho de Armamar.

Esta dissertação é constituída por diferentes partes: a primeira diz respeito ao enquadramento teórico, na qual abordamos o envelhecimento humano, demográfico enfatizando-o em meio rural. Nesta mesma parte desenvolvemos um capítulo que se refere ao suporte social, onde procedemos à conceptualização e enunciamos os vários modelos. A importância da família no suporte social do idoso é uma abordagem que não poderia deixar de ser feita, uma vez que, é a família o núcleo basilar da sociedade, e esta tem sido encarada como o ponto fundamental da identidade do ser humano.

A investigação empírica (desenvolve-se na segunda parte), integra a descrição dos vários passos do processo metodológico, o desenho e o tipo de investigação, a população e amostra do estudo, as variáveis (dependente/independentes), o problema da investigação, os objectivos da investigação (gerais/específicos), as hipóteses e os métodos de tratamento e análise estatística utilizados.

O último capítulo reporta-se à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos.

Por fim apresentaremos uma breve conclusão, assim como as referências bibliográficas utilizadas e os respectivos apêndices.

Desta forma, podemos dizer, que a opção e pertinência do tema, se prende sobretudo, com o enriquecimento que pretendemos tanto a nível teórico como prático, no sentido de nos prepararmos para consciencializar toda a população, entidades públicas e privadas para a importância do suporte social no idoso a viver em meio rural.

Pretendemos ainda suscitar reflexões, para o aperfeiçoamento das práticas profissionais de intervenção no âmbito do Serviço Social público ou privado. O Serviço Social sendo um agente interventor na terceira idade tem um papel promotor e facilitador na qualidade de vida dos idosos.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – O Envelhecimento Humano e o Envelhecimento Demográfico

Este capítulo faz uma breve referência ao envelhecimento quer a nível individual (indivíduo) quer ao nível colectivo (demográfico). Achamos relevante a inserção deste capítulo na investigação, uma vez que constitui a problemática central da nossa pesquisa.

Os dados demográficos divulgados, mostram que toda a Europa está a passar por um processo de envelhecimento e de longevidade que acarreta repercussões bastante significativas aos níveis, sócio -familiar, sócio – económico e dos cuidados de saúde (Azeredo, 2011). Na verdade o envelhecimento populacional, resulta não só, mas também, do sucesso das políticas de saúde pública e do desenvolvimento sócio-económico.

Segundo a autora acima supra citada, o envelhecimento demográfico é, sem dúvida, a alteração mais importante na estrutura da população, sendo considerado um fenómeno único na humanidade no final do século XX (apesar de sempre terem existido pessoas idosas).

Este fenómeno continua, a evoluir no século XXI, com o crescimento da proporção de idosos e “grandes idosos”, surgindo assim um novo conceito ou seja a 4ª idade. Perante esta constatação concordamos com a autora em que o envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera sócio-económica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e novos estilos de vida (Carrilho, M. et al., 2004).

Segundo, Binet (Citado por Azeredo, 2011), o envelhecimento diz respeito a “todas as modificações morfológicas, fisiológicas, económicas, sociais, culturais e políticas” (p.46). Para o autor o envelhecimento aparece como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos, sendo um fenómeno natural e universal.

I.1 – O Envelhecimento Humano

Já em 1995, Birren considerava o envelhecimento como um processo ecológico, uma interacção entre organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos e sociais. Referia que era evidente que o envelhecimento não era uma doença pois se se vive, logo se envelhece. Para este autor, o aumento da longevidade no século XX teve mais a ver com mudanças económicas, tecnológicas e sociais, do que propriamente com mudanças no património genético da população, o que significa que os factores biológicos e genéticos não asseguram a expressão óptima do desenvolvimento humano. Este dependerá também de aspectos históricos, sociais e culturais. É, no entanto, um processo complexo e universal, sendo comum a todos os seres vivos, principalmente ao homem.

Para uns o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Para outros este conceito está subjacente ao envelhecimento biológico, às alterações a nível psicológico e ainda a determinantes externas. Já o envelhecimento individual é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, é visto como um processo, natural, contínuo, diferencial e heterogéneo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004)

Na verdade o envelhecimento pode ser considerado como um processo contínuo, podendo, contudo, observar-se uma evolução mais rápida nas últimas fases da vida do homem (Paúl, 1997).

Para as autoras Sousa et al., (2004), o envelhecimento foi percebido durante algum tempo como um fenómeno patológico, que era visto como o relacionamento entre o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta. Perante isto, afirmam que é um processo multi-factorial que leva a uma deterioração fisiológica do organismo do indivíduo. As mesmas autoras ainda nos referem que existem duas formas de envelhecimento, o envelhecimento primário (normal) e secundário (ou patológico). Referem-nos assim as diferenças entre eles: o primeiro, envelhecimento normal, aponta para “o processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença, mas que acontece, inevitavelmente, com o passar do tempo”. O envelhecimento patológico, considera “os factores que interferem no processo de envelhecimento normal, tais como *stress*, traumatismo ou doença, susceptíveis de acelerar o processo de envelhecimento primário”. As autoras

consideram que não é fácil distinguir de uma forma precisa o envelhecimento normal do patológico, sobretudo, “porque determinadas alterações fisiológicas e doenças que acompanham o envelhecimento são, muitas vezes, confundidas com as manifestações do envelhecimento normal” (p.24).

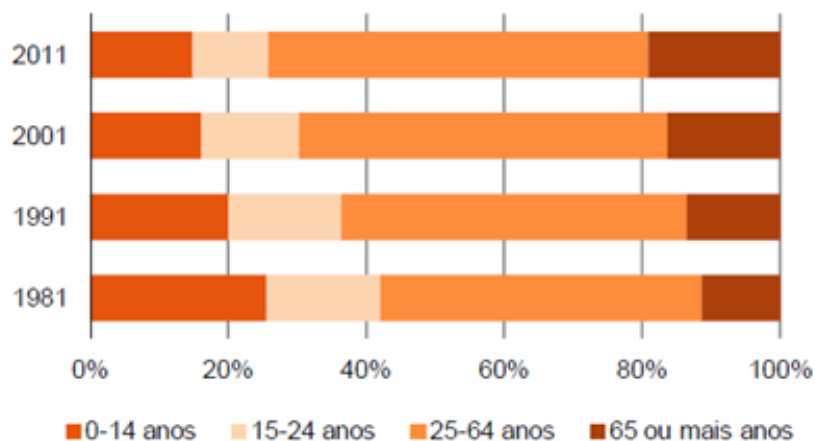
O Homem é um ser biopsicossocial e cultural em permanente mudança, por isso o envelhecimento, tem sido considerado como um fenómeno de cariz individual e multidimensional. Para Azeredo (2011), o processo de envelhecimento possui três componentes: a componente biológica - proveniente da vulnerabilidade crescente e de onde decorre uma probabilidade crescente de morrer, também chamada de senescência; a componente social - relativa aos papéis sociais adequados às expectativas que a sociedade tem para este grupo etário e a componente psicológica - referente à auto-regulação da pessoa no campo de forças, na tomada de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

I.2 – O Envelhecimento Demográfico

Segundo Rosa (1993), o envelhecimento demográfico da sociedade portuguesa actua nos seguintes aspectos: o aumento da esperança média de vida o surgimento de pessoas de idade cada vez mais avançada, e conseqüentemente, mais dependentes o que leva uma maior pressão sobre as redes formais e informais de cuidados. Este aspecto reflecte-se na organização familiar, pois esta deixa de ter um papel tão participativo como antigamente, na medida em que a possibilidade de partilhar os encargos com o idoso é diminuta, uma vez que a coabitação com o mesmo já não é tão frequente nas famílias. Assim, podemos constatar a existência de uma grande implicação na organização económica da população activa na população total e, conseqüentemente, a inadequação dos modelos de distribuição dos recursos económicos indisponíveis para manter os sistemas de protecção (citado por Pimentel, 2005).

De acordo com os dados do INE, o envelhecimento demográfico define-se como o “aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade activa”. Este tem vindo a aumentar consideravelmente em Portugal e dentro dele destacamos o aumento, dos muito velhos - “grandes idosos”. Desde 1981 (INE, 2011), o número de idosos tem vindo a aumentar, como se pode observar no gráfico 1.

Gráfico 1 - Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários



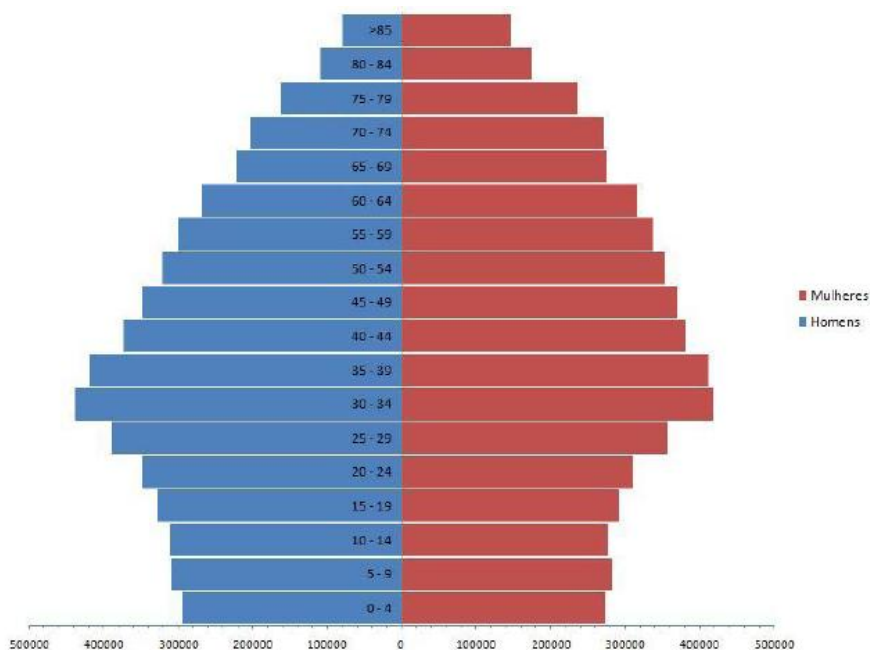
Fonte: INE, 2011

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócio-económico, bem como alterações de índole individual através da adopção de novos estilos de vida.

As causas do aumento da população idosa advêm, principalmente, da diminuição das taxas de natalidade e fecundidade resultantes, do uso generalizado de métodos contraceptivos e da entrada da mulher no mundo do trabalho; a diminuição das taxas de mortalidade, sobretudo da mortalidade infantil, ou seja, existe quase a erradicação das doenças infecciosas e um avanço na medicina o que faz com que os indivíduos cada vez mais cuidam de si e da sua saúde e o aumento da esperança média de vida que está ligado com as mudanças sócio-económicas e tecnológicas e a melhoria das condições de vida da população.

No que diz respeito às consequências do envelhecimento demográfico podemos apontar para: a estrutura de pirâmide etária, diminuição das crianças e jovens (0-14 anos) e da população em idade activa (15-64 anos), ou seja, uma base mais reduzida, deixando esta representação de ter sentido, passando a uma pirâmide invertida, como podemos ver na figura que se segue (INE, 2011).

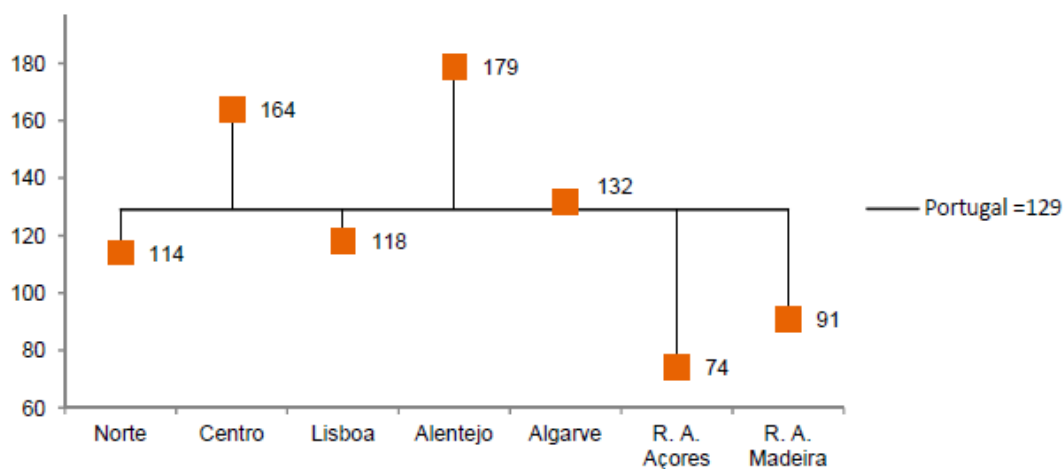
Figura 1- Pirâmide etária de Portugal - 2009



Fonte: geoescola.org

Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, de 19% em 2011. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% na década anterior. Ou seja, em Portugal existem 2022504 pessoas com 65 ou mais anos, sendo 849188 homens e 1173316 mulheres. O índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem (INE, 2011).

Gráfico 2 - Índice de envelhecimento em Portugal em 2011



Fonte: INE, 2011

O envelhecimento da população portuguesa é verificado praticamente em todo o território nacional. A distribuição da população por sexo é semelhante aos resultados dos censos de 2001. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominam os homens, relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% do total da população. Nos grupos etários com idades mais avançadas esta tendência inverte-se e passam a predominar as mulheres, relativamente aos homens. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres é de 28,5% e a de homens é de 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8%. Os censos 2011 apuraram que existe o predomínio do número de mulheres face ao de homens. Em 2011 a relação de masculinidade é de 91,5 homens para 100 mulheres enquanto que este indicador era em 2001 de 93,4 homens por 100 mulheres. A preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança. Em 2011 a relação de masculinidade da população com 65 ou mais anos de idade desce para 72,4. Existe uma maior taxa de mortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres, estes factores ajudam a explicar estes resultados. Na generalidade dos municípios, o número de mulheres é superior ao número de homens.

Segundo fonte do INE (2011), a população portuguesa de hoje, é constituída, sobretudo por mulheres (velhice no feminino). Contudo, apesar de viverem mais tempo, está associado às mulheres um maior número de incapacidades, e talvez por isso um número significativo de famílias clássicas reside com, pelo menos, uma pessoa idosa. Grande parte das pessoas idosas não tem qualquer nível de instrução, sendo esta proporção superior nas mulheres; a principal actividade diária é ver televisão e a maior parte das pessoas idosas não desenvolve uma actividade remunerada. São ainda as mulheres que solicitam a reforma mais precocemente.

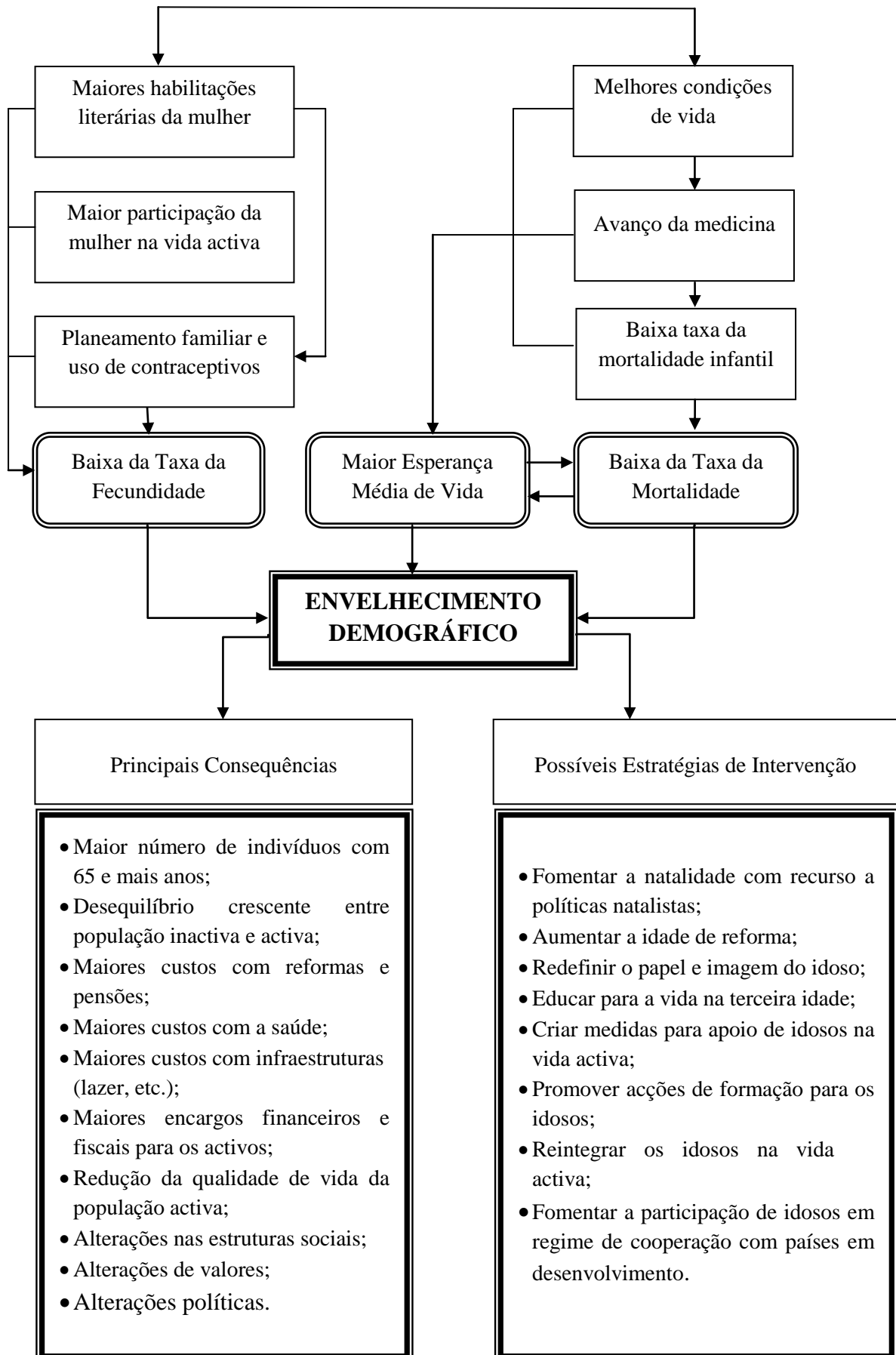
A par destas alterações ao nível do país, também a população que reside no município de Armamar, tem vindo paulatina e progressivamente a envelhecer.

Segundo dados oficiais do INE (2011), a população com idades iguais ou superiores a 65 anos, continua a representar uma grande fracção da população residente no município, constituindo, em 2011, um total de 6911 habitantes, com uma porção de 1450 idosos. Ao envelhecimento da população estão associados dois factores: a gradual diminuição da Taxa Bruta de Natalidade e o aumento da Esperança Média de Vida que se verificam neste concelho. A junção destes dois indicadores caracteriza a realidade demográfica vivida pelos habitantes, sendo que 556 diz respeito a idosos do sexo masculino e 894 a idosos do sexo feminino.

Em comparação a faixa etária dos 0-14 anos contam com 808 indivíduos, a faixa dos 15-24 com 791 e a faixa etária dos 25-64 representa a maior parte com 3862 de indivíduos.

O esquema que se segue exemplifica todos os intervenientes que levam a uma maior esperança média de vida e a consequentemente ao aumento do envelhecimento demográfico.

Esquema 1 - Envelhecimento Demográfico



Fonte: Carmo, 2001 p.143

I.3 – O Envelhecimento em Meio Rural

Este capítulo que passaremos a desenvolver faz para nós todo o sentido uma vez que a investigação vai incidir fundamentalmente sobre os idosos residentes em meio rural no concelho de Armamar.

Definir “idosos rurais” não é tarefa fácil sendo frequente utilizar-se esta expressão para denominar situações diversas, que vão desde idosos residentes em zonas não urbanas ou em pequenas povoações de menos de 2500 habitantes, a agricultores propriamente ditos vivendo em propriedades mais ou menos isolados (Paúl & Fonseca, 2005).

Na verdade de nada vale tentar caracterizar um ambiente se não for tida em conta a pessoa que nele se inscreve. As características ambientais podem funcionar tanto como barreiras, como facilitadores de determinado comportamento, dependendo das características de cada sujeito específico. Para Vidal de La Blanche o “Homem não é mais do que um elemento num conjunto em que o ambiente desempenha um papel importante no seu bem-estar e na sua saúde” (Azeredo, 2011:34).

Segundo a mesma autora o meio onde reside o idoso pode ser considerado como um modelo social de organização da actividade humana, actuando tanto como um instrumento funcional como de cultura.

Contudo, para a autora Zaida Azeredo (2011) começam a emergir novas questões desafiadoras tanto ao nível internacional, nacional, local ou familiar ou mesmo a nível dos próprios idosos, e tudo isto devido ao aumento da população envelhecida.

Muitos são os mitos que rodeiam os idosos habitantes nas aldeias do interior do país: um deles é, que se reformam em pequenas comunidades campestres, solidárias, onde os esperam anos de felicidade e poucas preocupações ou cuidados, pois têm forte apoio de redes familiares, disponíveis e presentes. Também se pensa que não têm problemas de saúde, nem necessitam de apoios sociais e financeiros, mesmo não sendo ricos, vivem confortavelmente, pois o custo de vida é mais baixo no meio rural (Paúl & Fonseca, 2005).

Nem todas as situações relatadas se manifestam ou estão presentes, contudo, no meio rural, o controlo social reside na solidariedade incondicional e na confiança das relações interpessoais, sendo a interdependência entre a pessoa e o meio, em que desempenha um papel, importante na estrutura dos seus valores.

De facto partilham o mesmo território e como diz Barracho (2001) citado por Zaida Azeredo (2011) “o território liga-se ao comportamento através de uma relação de reciprocidade em que toda a mudança ocorra num deles irá afectar o outro” (p.35).

Esta mesma autora ainda nos refere que nos meios rurais, um dos factores que pode ser considerado factor de coesão social, é o facto de as “aldeias constituírem um conjunto de edifícios dissociados espacialmente uns dos outros, tendo na proximidade o terreno de cultivo que facilmente é alcançado pelos seus habitantes cuja actividade dominante é a agricultura” (p.37).

Os idosos rurais vivem longe dos filhos no nosso país, a ideia das famílias rurais alargadas é, nas zonas desertificadas do interior, um verdadeiro mito. Os filhos e netos estão fisicamente ausentes da vida dos idosos, devido à emigração para o estrangeiro ou migração para o litoral/urbano do país. Esta ideia sobre a situação dos idosos rurais também verificada por McLaughlin e Jersen (1998), que refere que a co-residência com filhos adultos é menor nas áreas rurais do que nas urbanas, ainda que possam ter uma rede de suporte maior (citado por Paúl, 2005). Acrescentamos que no caso concreto da nossa região existem idosos que têm ainda na sua retaguarda os filhos com quem residem podendo com eles contar.

O concelho de Armamar caracteriza-se por ser um concelho rural, integrando localidades com pouca população, com poucos rendimentos, com recursos que advêm da agricultura e do trabalho à jorna. Centrando-nos no caso específico dos idosos verificamos, que na sua maioria, estão reformados, contudo continuam a trabalhar na agricultura. Constatamos ainda que têm apoio dos familiares mas também dos vizinhos. Mesmo não sendo ricos, produzem alguns dos alimentos nas hortas que cultivam, vivendo com alguma facilidade uma vez que o custo de vida é mais baixo no meio rural. Apesar de viverem com as necessidades básicas cobertas, existem também algumas excepções que fazem com que os idosos vivam no limiar da pobreza.

Não obstante o que fica dito, esta população debate-se com algumas dificuldades que vão desde a ausência de meios de transporte, para aceder aos serviços básicos, aos apoios sociais, e aos serviços de saúde, uma vez que estes, e outros, distam bastante da sua área de residência. Para colmatar estas dificuldades, têm de pagar transportes alternativos (táxis e vizinhos com viatura) para se poderem deslocar e ter acesso a estes bens, o que confere um acréscimo nas despesas, que por sua vez já são muitas face ao valor das reformas baixas.

De facto como refere Paúl e Fonseca (2005), as aldeias do interior enfrentam grandes desvantagens, pois são na generalidade, envelhecidas e desertificadas. Os mais novos, população activa, partem para as cidades e/ou estrangeiro à procura de uma vida melhor e por isso se torna quase habitual o encerramento de escolas primárias. Pelo contrário, assistimos à construção de novas respostas sociais direccionadas para a terceira idade, face as exigências do novo perfil demográfico. Estas e outras características são igualmente notórias no concelho de Armamar.

Neste cenário, os idosos permanecem entregues a si próprios, e/ou apoiados pelo cônjuge/companheiro e caso não existam ficam votados à institucionalização. A prestação de cuidados informais por parte dos descendentes (filhos e até dos netos), ou não tem representação significativa na vida destes idosos, ou se a têm, torna-se por vezes escassa. A nossa experiencia do terreno, mostra que são poucos os idosos que têm família como apoio, pois o que é realmente representativo nas suas vidas são as trocas de cuidados existentes entre cônjuges. De notar ainda a presença de uma rede de solidariedade e ajuda por parte de amigos e vizinhos, sendo estes na sua maioria pertencentes à mesma faixa etária.

O suporte social em contexto rural tem de facto visibilidade, pois o vizinho é sobretudo o contacto mais permanente de que o idoso dispõe. Porém a entreajuda altera-se por dificuldades funcionais porque a maioria são idosos e “grandes idosos” que prestam apoio a outros idosos, estando todos em situação semelhante, existindo assim uma troca de vivências, por vezes conjuntas de solidariedade entre os seus habitantes.

Em termos de recursos existem no concelho de Armamar, cinco IPSS direccionadas para a terceira idade, com valências variadas, lar de idosos, centro de dia e apoio domiciliário. Com a implementação de um Contrato Local de Desenvolvimento Social no concelho, designado por Projecto 3I's, (Projecto de Desenvolvimento Social de Armamar), com a Câmara Municipal de Armamar (entidade promotora) e entidade Gestora a Fundação Gaspar e Manuel Cardoso (IPSS), foi dado um novo impulso as respostas sociais. Este Projecto, com três eixos de intervenção desenvolve acções e actividades essencialmente direccionadas para os idosos. A implementação deste projecto teve por base, o facto de Armamar ser uma zona do território nacional bastante envelhecido.

A implementação deste projecto, com várias parcerias, tem proporcionado aos idosos do concelho de Armamar, não só informação e formação, mas também

actividades de lazer e actividades desportivas que fomentam o convívio entre os idosos e entre outras gerações, incentivando-os a adoptar comportamentos saudáveis.

Todas as acções são planeadas tendo em conta as necessidades dos idosos, exigindo que estas sejam diagnosticadas previamente, tentando sempre ir ao encontro da promoção da actividade e evitar o sedentarismo, a solidão e o isolamento meios essenciais a concretização do envelhecimento activo.

Tomando como critério este envelhecimento, bem como a qualidade de vida e a autonomia, somos levados a afirmar que os idosos rurais apresentam uma condição superior aos idosos urbanos: sendo mais activos, mais autónomos, dado que as principais transições de vida têm sido suaves, sem provocar roturas assinaláveis. Em contrapartida, as aldeias do concelho, estão isoladas e desertificadas, sendo necessário para contrariar esta tendência desenvolver iniciativas e acções que visem as necessidades da população idosa nesse contexto, tendo sempre em conta as suas vivências e experiências pessoais e comunitárias.

Uma outra constatação, é que quando o idoso opta pela institucionalização, procura Lares/Residenciais em zonas próximas das áreas residenciais dos filhos facilitando deste modo as visitas e contactos frequentes.

Um outro aspecto caracterizador da maioria dos idosos que vivem em meio rural e sempre estiveram nessa envolvência, socialmente coesa, é possuírem habilitações literárias muito baixas ou mesmo inexistentes, conduzindo este facto a que tenham maior dificuldade em se adaptarem a novos papéis e a situações sociais de carácter citadino ou de mudança (Azeredo, 2011).

Capítulo II – Definição e Conceptualização do Suporte Social

Após a análise de várias discussões e pontos de vista sobre o envelhecimento, observámos que este surge como um problema social, não sendo meramente do foro individual mas sim um processo complexo e universal que se transforma numa questão social de onde emerge o suporte social.

O processo de envelhecimento traz consigo alterações quer ao nível fisiológico e psicológico quer ao nível de relacionamento com outros indivíduos. Isto sucede em função das mudanças que ocorrem tanto na esfera da sociedade, que engloba o trabalho, como no seio familiar, existindo assim perdas de contactos sociais. Nesta perspectiva e segundo a OMS (2002), o envelhecimento acaba por ocorrer dentro do contexto de amigos, colegas de trabalho, vizinhos e familiares.

O suporte social a partir de meados dos anos 70, tem a sua importância nas discussões tanto na psicologia como em outras áreas relacionadas. Os trabalhos pioneiros de Cassel e de Cobb em 1976 tiveram grande relevância ao apontar a influência das interacções sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas (Barrón, 1996; Martins, 2005; citado por Rodrigues 2008).

Na visão de Loreto (2000) o suporte social inscreve-se num contexto ecológico, ou seja, é um modo dinâmico e transaccional de influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio em que são incluídas duas componentes, uma referente ao “apoio”, este ligado às actividades dos domínios instrumental e expressivo, e a outra o “social”, este que incide, principalmente, no vínculo que a pessoa tem com o meio social que podemos considerar três vertentes: comunitária, de rede social e do relacionamento íntimo (citado por Martins, 2005).

São vários os autores que nos definem o suporte social: assim, para Kaplan (1993) o suporte social, consiste no número de contactos sociais entre um indivíduo e os outros. Em 1995, Taylor vem acrescentar a esta definição que também as relações sociais no trabalho podem originar a percepção de suporte social (Citado por Ribeiro, 1999).

O conceito de suporte social diz respeito às funções desempenhadas por um grupo (familiares, amigos, vizinhos, entre outros) a favor de um indivíduo, em determinadas situações da sua vida. Desta forma, a análise do apoio social tem em conta a percepção que os indivíduos têm sobre si, que representa a crença generalizada

por eles desenvolvida de que são estimados, que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando precisam e satisfeitos com as relações que têm. O apoio social é um conceito interactivo que diz respeito às transacções que se estabelecem entre indivíduos (Barrón, 1996).

No entanto para outros autores, o suporte social refere-se à existência ou disponibilidade de pessoas nas quais se pode confiar, que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason, citado por Ribeiro, 1999). Esta teoria é reforçada por Cobb (1976) ao definir suporte social como sendo uma informação que leva o sujeito a acreditar que é amado e que os outros se preocupam consigo; informação que leva o sujeito a pensar que tem valor e que é apreciado pelos outros e; informação que leva o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mutuas (Citado por Ribeiro, 1999).

Para que se dê conta da existência de suporte social percebido, devem considerar-se variáveis tais como: grupo de amigos, a frequência de contacto com este grupo e a existência ou não, de amizades mais íntima. O suporte social é importante quer para a saúde quer para a prevenção de doenças (citado por Ribeiro, 1999).

É nesta perspectiva que Serra (1999) apresenta um conceito de suporte social como sendo a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo. Trata-se portanto de um conceito interactivo referente a transacções entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico (citado por Martins, 2005).

Ainda assim, devemos ter em conta que a definição do conceito, nem sempre tem sido consensual, contudo, Trivalle (2002) afirmava que o suporte social tem efeitos positivos quer ao nível de saúde física, como do bem-estar emocional, contribuindo também para o melhoramento dos relacionamentos sociais.

Podemos então referir que o suporte social é um termo abrangente que diz respeito à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecido, à frequência de contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio. Esse sistema conta com comportamentos que se baseiam em troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos: o receptor e o dador. O dador pode ser um ou mais do que um indivíduo ou ainda uma instituição (Barrón, 1996).

Podemos assim depreender das reflexões dos diversos autores que o apoio ou suporte social pode ser compreendido como uma experiência pessoal onde o indivíduo deposita confiança pelo facto de ser desejado, respeitado e envolvido no seio de um grupo. O indivíduo faz uma análise da relação que mantém nos vários domínios da sua vida, nomeadamente em relação àqueles que se sente mais ligado e próximo, que lhe reconhecem valor, bem como, da disponibilidade dos outros que lhe estão próximos e da possibilidade que tem de recorrer a eles caso sinta necessidade.

Independentemente do conceito defendido, o suporte social pode ser de dois tipos: formal, ou informal. No que diz respeito ao suporte social formal, abrange as organizações sociais formais, como sendo os serviços do Estado, por exemplo programas governamentais, serviços de saúde e os profissionais que trabalham nesses serviços que se organizam de forma a ajudar aos mais necessitados. O suporte social informal está mais direccionado para as relações familiares, de amizade, de vizinhança, entre outras, podendo fornecer ajuda em actividades do dia-a-dia, e para as quais o indivíduo sozinho não conseguiria executar (Martins, 2005).

Deste modo o suporte social pode ser medido pela interacção social, a partir do envolvimento das pessoas não só no seio familiar com nos grupos comunitários, instituições, associações, centros sociais e paroquiais e das relações íntimas e pessoais, através dos laços afectivos e emocionais que são estabelecidos. Associados a estes conceitos começam a estar as competências pessoais, os comportamentos de procura de saúde, para fomentar o bem-estar psicológico e evitar o isolamento.

No sentido de qualificar o suporte social, alguns autores como Serra (2005) acharam pertinente encontrar pontos de consenso para a sua classificação. Desta forma, o suporte social pode ser classificado nos seguintes tipos: *apoio afectivo* que leva a que uma pessoa se sinta estimada e aceite pelas outras tendo em conta as suas características; *o apoio emocional* que está relacionado com o sentimento de estima e de pertença a um grupo, sendo este factor determinante na manutenção da saúde e do bem-estar do individuo. Para além disso traz ainda ao indivíduo sentimentos de apoio e de segurança. *O apoio perceptivo*, tem em conta a avaliação mais correcta que o indivíduo faz dos seus problemas, e dá-lhe outro significado e *feedback* para estabelecer objectivos mais realistas. Quando surgem problemas o indivíduo procura informações

junto de terceiros, para que possa tomar decisões no sentido de os resolver, mas para que tal aconteça necessitam de *apoio informativo*.

Nesta lógica de entendimento e para que sejam resolvidas necessidades básicas de sobrevivência, é fulcral a existência de um apoio instrumental, que se baseia quer em termos materiais/bens e/ou serviços. Não menos importante é o apoio de convívio social uma vez que leva uma pessoa a ter, junto de outras, actividades de lazer ou culturais, que não só a distraiam como a podem aliviar das tensões acumuladas no quotidiano e ao mesmo tempo estar envolvida na sociedade, de forma adquirir ou reafirmar a sua identidade social (Martins, 2005).

O suporte social apresenta ainda segundo os autores Dunst e Trivette (1990) cinco componentes que se ligam entre si, sendo elas: (1) a componente constitucional, que colmata as necessidades do indivíduo e a congruência que se estabelece entre estas; (2) o suporte existente, é a componente relacional que engloba as relações que o indivíduo estabelece com os outros; (3) a componente funcional, que diz respeito ao suporte que existe (emocional, instrumental e a qualidade do suporte); (4) a componente estrutural, que define a proximidade física entre sujeitos, bem como a frequência de contactos por este estabelecidos; e, por fim, mas não menos importante (5) a componente de satisfação, que se refere à utilidade e à ajuda fornecida (citado por Barrón, 1996).

Pelo exposto inferimos que o suporte social integra múltiplas dimensões, que na opinião de Weiss (1974) são: intimidade, integração social, suporte afectivo, mérito, aliança e orientação. Por seu lado, Dunst e Trivette (1990) defendem como dimensões do suporte social, o tamanho da rede social, a existência de relações sociais, a frequência dos contactos, a necessidade de suporte, o tipo e a qualidade de suporte, a congruência, a utilização dada pelo indivíduo ao suporte social, a dependência, a reciprocidade, a proximidade e a satisfação. No entanto, existe um efeito negativo importante, que é a falta de auto-estima (Cicirelli, 1990), na sequência do reconhecimento por parte dos indivíduos da sua dependência, causando a percepção de falta de autonomia e a incapacidade para retribuir ajudas recebidas, isto pode levar à insatisfação com o seu suporte social, *stress* e depressão do indivíduo (citado por Barrón, 1996).

Ao contrário do que é esperado, as redes de suporte social, podem significar perigo, mesmo que as intenções do dador sejam de beneficiar o receptor, ou seja, o

suporte social pode trazer efeitos negativos. É o caso do apoio dado permanentemente, de forma unilateral (Ramos, 2002).

Como evidencia Barrón (1996), em algumas situações, os efeitos negativos do suporte social oferecido não são úteis nem adequados ao receptor, por diversas razões, nomeadamente: efeitos negativos produzidos pela tarefa do cuidador. Um efeito negativo que é de salientar é a falta de auto-estima por parte das pessoas idosas com dependência, que lhes vai causar transtorno saber que não pode retribuir o apoio recebido, o que pode levar à insatisfação da pessoa idosa. Os participantes da rede social, por vezes, não têm em conta as vontades do idoso e, é possível perceber muitas vezes uma perspectiva que parece considerar a pessoa idosa como alguém sem consciência. Isso causa uma falta de controlo do idoso.

Em geral, estes efeitos negativos das relações sociais contribuem para exacerbar problemas de saúde entre os idosos.

O que é importante não é a quantidade de relações sociais, mas sim, a qualidade dessas relações. Isto pode ser explicado pelo carácter voluntário das relações com pessoas que não são parentes e com os efeitos positivos que este carácter pode causar. O idoso, à medida que vai avançando na idade vai sofrendo perdas na sua vida de relação, quer por morte (ou afastamento) de alguns membros que constituem a sua rede social, quer porque começa a ter limitações funcionais que o impedem de manter assiduamente estas relações. O seu mundo de relação vai-se, assim, tornando mais pequeno dado que enquanto mais novo este era percebido como grande, contudo a pessoa é dotada de grande plasticidade, conseguindo ter capacidade para compensar estas perdas.

O essencial não é de facto a caracterização dos indivíduos pelas suas qualidades, mas sim pela forma como cada um se relaciona com os outros, isto é, a forma como os relacionamentos permitem perceber e explicar o posicionamento social de cada indivíduo em relação a um conjunto de indivíduos (Guedea et al., 2006).

Na perspectiva dos idosos o suporte social deve ser entendido como o apoio que os membros de uma rede dão às pessoas em caso de necessidade, principalmente, nos cuidados de saúde, trabalhos domésticos, ajuda nos assuntos administrativos e ajuda financeira, sendo a rede o suporte da pessoa idosa (Paúl, 2005).

Assim, é importante que um indivíduo crie uma rede social, alargada e diversificada que o mantenha socialmente activo em idade avançada. Esta rede deve

envolver outros elementos, para além das amizades ligadas à sua ocupação, pois quando se reforma, estas podem diminuir drasticamente. Diversificar actividades sócio-culturais é muito importante.

II.1 - Modelos Teóricos do Suporte Social e Redes Sociais de Apoio

Após a definição e contextualização do suporte social, achamos importante referenciar, os modelos teóricos subjacentes e salientar a importância das redes sociais de apoio ao idoso.

Optamos assim por referir os dois modelos que, apesar de não serem recentes, continuam como referências e, têm contribuindo também, para os estudos sobre o suporte social: o modelo do efeito directo ou principal (Cohen & Will, 1985) e o modelo de protecção contra o *stress* (Thoits, 1982).

No que diz respeito ao modelo do efeito directo, assume-se que os recursos sociais que o indivíduo tem ao seu alcance podem ser benéficos independentemente do facto de o sujeito estar perante uma situação stressante. Desta forma, os estudos que vão de encontro a este modelo têm procurado saber se existe uma associação entre suporte social e bem-estar e se esta associação pode ser atribuída a um efeito positivo do bem-estar, para tal levam a cabo a avaliação do grau de isolamento *versus* a integração do indivíduo numa rede social (Cohen & Will, 1985).

O modelo de protecção considera o suporte social como sendo protector e amortecedor das consequências negativas que advêm de situações stressantes e que podem ter repercussões quer no bem-estar físico, como psicológico. Este modelo reforça o princípio de que indivíduos com maior percepção de suporte social, serão melhor sucedidos ao lidar com as mudanças que se impõem ao longo da vida. Por outro lado, os sujeitos com menor percepção de suporte social tornam-se mais vulneráveis à mudança, sobretudo às mudanças que não desejam (Thoits, 1982).

Perante a visão de Anne Barrón (1996) podemos resumir estes dois modelos no seguinte: o apoio social terá um efeito directo no bem-estar, fomentando a saúde independentemente da situação em que se encontre o indivíduo. Assim, quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico vivenciado e, quanto menor for o apoio social maior será a ocorrência de percalços. O efeito protector ou amortecedor do

apoio social emerge, aquando situações indutoras de *stress* e, estas só terão efeitos negativos nos indivíduos que tiverem fraco apoio social (citado por Martins, 2005).

Desta forma, Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), assumem que o suporte social pode constituir uma estratégia de *coping*. Desta forma, os indivíduos que prestam suporte social devem ajudar na reavaliação do evento stressor e ajudar o sujeito a utilizar estratégias que vão de encontro à resolução do problema; na situação de *stress*, os amigos (ou outros que prestem suporte social) devem ajudar o individuo a manter a auto-estima; e os indivíduos numa situação de *stress* através da associação acima referida mantêm, o sentido de competência e domínio da situação.

Ferrero, Barreto e Toledo (1998) defendem que estes dois modelos parecem ter um efeito benéfico no bem-estar. Por outro lado Cohen e Willis (1985) assumem que, o suporte social tem funções que se activam perante eventos stressantes, enquanto os indivíduos optam pela integração em redes sociais para manterem o sentido de estabilidade.

É na rede social de apoio que surgem as ligações humanas, se organizam como sistemas de apoio, e os recursos existentes são partilhados entre os seus membros, o que fomenta a manutenção e a promoção da saúde (Paúl, 1991, citado por Martins, 2005), tal como já temos vindo a referir anteriormente. Nas redes sociais de apoio, podemos distinguir três tipos de envolvimento ou relação entre as pessoas:

o formal, no sentido em que envolve regras reconhecidas socialmente, com direitos e deveres recíprocos, como é o caso das relações filiais; o sentimental, quando há um sentido de preocupações e proximidade relativamente ao outro e; a troca, quando o envolvimento é no sentido de partilha de actividades apoio emotivo ou ambos, num dar e receber recíproco (Citado em Paúl, 1997: 94).

Capítulo III - A importância da Família no Suporte Social do Idoso

A melhoria da qualidade de vida durante o período de velhice é um dos principais desafios do século XXI, o que significa que “um dos critérios pelo qual se terá de avaliar o grau de ‘humanidade’ da sociedade é o do lugar e o papel que reserva aos idosos na vida social” (Costa, 1998:87). Este fenómeno social é um dos desafios que obriga à reflexão sobre questões relevantes, nomeadamente, acerca dos meios de subsistência e da qualidade de vida dos idosos, do seu estatuto na sociedade, do papel da família no apoio e acompanhamento, bem como todo o seu suporte social, desde a solidariedade intergeracional, à qualidade e eficácia dos serviços sociais direccionados para esta faixa etária.

A noção de velhice foi-se alterando ao longo dos últimos séculos. Embora a velhice não seja sinónimo de dependência, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de doenças crónicas, até mesmo incapacitantes. Estas podem, por vezes, levar os indivíduos a ter consequências ao nível da sua autonomia, exigindo a médio e a longo prazo, suporte familiar, social e de saúde (Lages, 2005, citado por Azeredo 2011:104).

O aumento da população idosa com as respectivas consequências, veio gerar um problema social, resultando para além de outros factores, nas alterações profundas ao nível das relações familiares. Ana Fernandes afirma mesmo que associada a todas estas mudanças “a solidariedade natural entre gerações, espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte e que constitui parte importante do património cultural, está comprometida por transformações sociais desencadeadas ao longo deste século” (1997:59). O que a autora nos quer dizer, é que os problemas com a população idosa nos dias de hoje saem da esfera familiar para a esfera social. Os encargos acarretados pela terceira idade, deixam de ser familiares para serem sociais, essa gestão dos encargos desloca-se do âmbito privado da família para o Estado.

A passagem à reforma constitui o momento mais importante da reestruturação dos papéis sociais, a vida do idoso centrava-se em torno de dois mundos, o da família e o do trabalho, nos quais se desenrolam os principais desempenhos. Os papéis sociais dentro da vida familiar adquirem, por isso, outra importância num contexto de reforma. A situação de reforma promove ou acentua as relações familiares ou o isolamento (Paúl & Fonseca, 2005). Esta relação com a família é dependente ou dominante, consoante as posições que ocupam, pais e filhos no sistema familiar.

Para a nossa sociedade a representação social da família resulta do nosso passado, da organização social, das nossas convicções da cultura e dos valores que temos (Sousa et al., 2004).

Quando falamos em família pensamos espontaneamente num pai, numa mãe e nos filhos, trata-se portanto de uma estrutura a que estamos habituados a presenciar em várias famílias, ou seja, o modelo de família nuclear, composto por duas gerações. Este modelo veio substituir o modelo de família alargada, em que conviviam pelo menos três gerações (pais, filhos e netos), tendo-se verificado também, o surgimento progressivo de modelos diversificados, designadamente as famílias monoparentais e as famílias reconstruídas.

A participação da mulher no mundo do trabalho, o divórcio, a diminuição da fecundidade, o surgimento de novos valores comportamentais e não só, vieram determinar profundas alterações neste padrão de funcionamento familiar, deixando a mulher de desempenhar o papel principal no apoio aos elementos mais dependentes, nomeadamente crianças e idosos. A par destas alterações vem a diminuição do modelo de família alargada, onde várias gerações co-habitavam ou residiam em grande proximidade, existia a manutenção de padrões de suporte intergeracional e expectativas de receber e fornecer assistência na velhice, como parte de um processo contínuo de interacção entre pais, filhos e netos (Azeredo, 2011). Sendo portanto fenómenos que são de relevância extrema na actualidade e que influenciam profundamente o sistema familiar que temos actualmente e que, conseqüentemente, influenciam o próprio sistema social.

Contudo isto, podemos salientar que as alterações verificadas nas estruturas familiares têm implicações no apoio prestado pela família aos seus idosos, visto que, na sua grande maioria, já não se verifica a coabitação, assim como a cooperação de gerações.

Este aumento do número de idosos pode continuar a gerar instabilidade social pois o aumento da esperança de vida, que se traduz num maior número de pessoas de idade mais avançada, conduz a um aumento do número de anos a que o indivíduo recebe pensões e necessita de cuidados. Este aumento leva a uma maior sobrecarga dos apoios formais e informais simultaneamente.

Sabemos que devido à diminuição da natalidade se assiste a uma re - organização familiar em que a família tradicional dá lugar à família nuclear ou

recomposta, não estando esta preparada para apoiar o idoso. Além disso assistimos hoje a uma conjectura económica que traz as famílias redução dos recursos económicos disponíveis. Com estas abruptas mudanças, criou-se uma imagem uniforme dos idosos, sendo considerado um grupo homogéneo, mas essencialmente caracterizado por uma diminuição de produtividade.

As diferentes questões apontadas associadas a “esse aumento das despesas sociais para financiar as pensões de velhice pode também originar um mal-estar social e conduzir, inclusivamente, a um conflito entre gerações (...)” (Rosa, 1993: 687).

Sabemos que a família continua a ser o núcleo basilar da sociedade, e tem sido encarada como o ponto fundamental da identidade do ser humano, por isso “revela-se como um dos lugares privilegiados de construção social da realidade” (Saraceno, 1998:12).

No entanto, e apesar de todas estas mutações, a família continua a ser o pilar da realização e desenvolvimento afectivo do indivíduo. É ainda hoje a instituição de apoio mais importante e a fonte preferida de assistência e ajuda para a maioria das pessoas idosas, na doença crónica e na incapacidade, independentemente da estrutura familiar, social e política dos países (Azeredo, 2011). Para o indivíduo a família não deixa de ser “um modelo de valores, universo de afeição e de partilha de normas morais onde aquele parece depositar a sua inteira confiança” (Pimentel, 2005:65). Continua a ter para o idoso importância não só para a sua sobrevivência, mas também para que se mantenha emocionalmente equilibrado, pois existe nesta fase um declínio biopsíquico-social devido às transformações fisiológicas e psicológicas que advêm do processo de envelhecimento.

Sabemos que o indivíduo ao enfrentar uma etapa do ciclo de vida em que as suas condições físicas e psicológicas sofrem, de dia para dia, alterações profundas e acentuadas, influenciando a sua autonomia e independência na realização de tarefas mais rotineiras (como cuidar de si próprio), o indivíduo vê surgir a necessidade de ajuda permanente. Esta ajuda é, na maioria dos casos, procurada na família, nos vizinhos e nos amigos. No entanto, a integração e coerência do indivíduo depende, fundamentalmente do desenvolvimento intelectual, pessoal e emocional estimulado pelas relações familiares.

Tratando-se de um sistema, na globalidade, a família, para ser compreendida na sua plenitude, deve ser analisada através de uma visão holística. Mas isso acontece

porque “cada família enquanto sistema é um todo mas é também parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra” (Imaginário, 2004:64).

Para qualquer que seja o indivíduo e qual seja a sua idade, a família é um suporte por excelência na sua realização afectiva e emocional, pois sendo esta considerada “unidade social” tem como fundamento o ultrapassar em conjunto obstáculos biopsicossociais, individuais e colectivos.

Esta união resulta da existência de esforços, entre os seus membros, que vão ao encontro de cinco componentes funcionais atribuídas à família. As cinco componentes funcionais defendidas pelas autoras Azeredo e Matos (1998) são as seguintes: adaptação, que consiste na utilização de recursos dentro e fora da família, para a solução de problemas familiares; a participação, ou seja, a partilha das decisões e das responsabilidades, por parte de toda a família; o crescimento que nos indica a maturidade física e emocional e ainda realização conseguida pela família através do mútuo apoio e orientação por parte dos seus membros; o afecto ou ternura reflecte-se nas relações de cuidados que existem entre os membros da família. Por último e não menos importante a decisão, que leva ao compromisso assumido de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente (citado por Martins, 2005).

É importante referir que na opinião da autora, se estas cinco componentes funcionais estiverem presente no seio familiar do idoso, então podemos considerar estarmos perante uma família funcional, pronta para acolher o idoso de uma forma positiva e benéfica.

Diz-nos Sousa et al., (2004), que as funções da família no que diz respeito ao fornecimento das necessidades sociais dos seus membros, são o apoio físico, financeiro, social e emocional. Contudo, se nos centrarmos ao nível da ajuda, encontramos três tipos que são: os domésticos (apoio efectivo e material), os de apoio afectivo da rede familiar (apoio relacional) e os financeiros (apoio económicos). Os serviços domésticos são entendidos como actividades positivas que operam sobre as realidades tangíveis, os serviços relacionais funcionam como mediação entre o indivíduo e a vida social e conjuntamente tornam-se protectores do risco da vida social. E por último, o apoio económico na subsistência dos membros da família. Estas trocas decorrentes, são feitas de diferentes modos ao longo do ciclo de vida, tendo características multiformes

seguindo motivações múltiplas, designadamente a lógica das necessidades, o laço de reciprocidade e a complementaridade.

Estas relações resultam de trocas interfamiliares e da solidariedade entre as gerações, ou seja entre pais e filhos, existindo uma transmissão que assegura uma espécie de redistribuição social, entre as gerações mais novas e as gerações mais velhas, tal como referimos anteriormente. Estas relações estão associadas ao contrato social entre as gerações dentro da própria família. Este contrato não é imposto, está implícito nas escolhas de cada membro dessa família, e é a própria família que define as suas cláusulas.

Apesar dos benefícios que a solidariedade familiar tem revelado ao longo dos séculos, assistimos hoje a uma escassez dessa rede informal de apoio ao idoso, isto porque, geralmente, as famílias não estão preparadas para esta realidade social.

Assim sendo, a família encontra grandes dificuldades para o desempenho das funções tradicionais a ela atribuídas, de educadora das crianças e cuidadora dos mais velhos. Torna-se deste modo fundamental que a família compreenda e aceite o idoso, contribuindo com atenção necessária, apoio e acompanhamento permanente. Cabe à família um papel crucial na inclusão dos idosos na sociedade da qual fazem parte.

As autoras Sousa et al., (2004) defendem que o suporte social, sobretudo o suporte familiar contribui para a manutenção da saúde mental. Ainda assim, Ramos (2002) salienta o papel social como tendo uma função crucial na promoção e manutenção da saúde física e mental.

O suporte que nos é fornecido pela família está intrinsecamente ligado aos efeitos positivos do suporte social. Quando os idosos compreendem o suporte, adquirem um sentimento de que são amados e que se sentem seguros para lidar com os problemas de saúde e sentem a auto-estima mais elevada (Azeredo, 2011).

Os familiares e amigos dos idosos compõem as redes sociais e contribuem para a redução do *stress* e conseqüentemente na redução de doenças psicológicas, uma vez que percebem o suporte social, a preocupação e a afeição. Podemos assim concordar com o autor quando diz que, “a existência de contactos frequentes com os elementos da sua rede de relações (visitas, telefonemas) é um incentivo muito positivo para que os idosos mantenham uma vida social mais activa e uma maior autonomia pessoal” (Pimentel, 2005:78).

Nesta perspectiva, cuidar dos idosos, apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família. Presenteamos a função do cuidador familiar como uma obrigação familiar. Porém esta é uma situação que necessita ser alterada visto existir um determinado número de obstáculos à prestação de cuidados informais ao idoso, como sejam:

a redução da taxa de natalidade diminuí o número de filhos; o aumento do peso da população idosa eleva o número de pessoas a necessitar de cuidados; o aumento da esperança de vida alarga o número de anos a necessitar de apoio; o aumento da taxa de divórcios e a maior mobilidade geográfica dos sujeitos diminui a proximidade física dos elementos da família; o aumento das mulheres com carreiras profissionais implica menor disponibilidade para tomar a cargo cuidados prolongados (Sousa et al., 2006: 53; 54).

Contudo, para restabelecer os vínculos familiares e para que a família se torne mais interventora, é fulcral repensar os modelos de apoios às famílias, designadamente nas questões da conciliação da vida pessoal com a vida profissional, no apoio da terceira pessoa, no serviço de apoio domiciliário e ao nível dos cuidados continuados de saúde.

Perante tal cenário, será inevitável que o número de cuidadores familiares disponíveis se reduza, assim sendo, terão de se tomar medidas para que se criem condições que permitam às famílias perpetuarem a prestação de cuidados aos seus idosos.

O cuidador familiar poderá surgir por duas vias: através de um processo sub-reptício ou na sequência de um incidente inesperado. No primeiro caso, o cuidador familiar surge porque existe um processo de progressiva perda de autonomia do idoso. Aqui a pessoa começa a prestar cuidados sem se dar conta, sem ter tomado consciência dessa decisão e, eventualmente, sem se identificar com o estatuto de pessoa responsável pela prestação de cuidados. Ou seja, aquando do início do processo de prestação de cuidados, “o cuidador não tem consciência de que é o membro da família sobre o qual irá recair o maior encargo, nem que essa situação se pode arrastar por muitos anos e que, possivelmente, irá implicar um aumento progressivo da sua dedicação.” (Sousa et al., 2006:55). No segundo caso, o cuidador familiar surge em consequência de um incidente inesperado, que poderá ser uma doença ou acidente que deixam o idoso com algumas incapacidades; a viuvez e a demissão ou morte da pessoa que anteriormente prestava cuidados. Aqui, para a autora “ (...) a decisão de cuidar é tomada de forma mais consciente, o que não significa ter opção” (Sousa et al., 2006: 55).

O acto de cuidar é uma actividade complexa com dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas, clínicas, técnicas e comunitárias, que ultrapassam o carácter meramente assistencial, podendo ser encarado como a assistência a alguém com necessidades. Segundo a autora supracitada “a prestação informal de cuidados é maioritariamente exercida por familiares e define-se com base nas interacções entre um membro da família que ajuda outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar actividades que são imprescindíveis para viver a sua vida condignamente” (p.59). O familiar/cuidador procura prestar cuidados que podem ser do âmbito instrumental, como por exemplo transportar o idoso, efectuar algumas tarefas domésticas que este já não consegue realizar ou de cuidados pessoais como auxiliar o idoso a executar a higiene pessoal.

O indivíduo que se depara com velhice, encontra nos filhos adultos um apoio, e existe assim uma aproximação dos progenitores, que sentem necessidade de suporte. Os filhos vivem mais os constrangimentos profissionais e assumem as responsabilidades familiares de criar e educar os seus próprios filhos e ainda prestar cuidados aos pais cada vez mais dependentes. Os filhos adultos devido a estes dois pólos são habitualmente “apelidados de geração sanduíche, uma vez que se encontram “entalados” numa serie de papéis a desempenhar em simultâneo – a responsabilidade da educação dos filhos e as necessidades dos pais idosos” (Sousa et al., 2006, citado por Azeredo, 2011:104).

Segundo Lang (2004) “...é rara a prestação de cuidados que não afecte, as relações sociais de alguma forma”. Em consequência de uma nova rotina, a dinâmica familiar sofre alterações, exigindo reajustamentos e deslocando relações de poder, dependência e intimidade. A relação de dependência implica uma nova percepção de si e do outro, para todos os elementos do grupo familiar, atingindo, em particular, o cuidador e a pessoa idosa. A dependência, nessa relação, assume diferentes conotações para ambos (citado por Azeredo, 2011:106).

Para o idoso, a sua incapacidade para realizar determinadas tarefas da vida diária começam a ser visíveis, para o cuidador, radica na necessidade de prestar cuidados pessoais. Essa relação é complexa, já que se alteram as relações de poder e será mais ou menos percebida, dependendo do percurso relacional e do papel desempenhado por ambos na estrutura familiar (Figueiredo, 2007, citado por Azeredo, 2011:106).

Quando se chega à velhice a composição do agregado familiar volta à inicial, os dois cônjuges, criam novamente uma relação de dependência entre o casal. A relação conjugal na velhice dependente não só das condições de saúde mas também do estabelecimento de uma relação de dependência entre os cônjuges, pois voltam a depender um do outro. Como nos refere a autora “a doença ou a morte de um dos elementos são motivo de mudança que obrigam a uma reestruturação dos padrões de funcionamento” (Azeredo, 2011:105). Na situação concreta do concelho de Armamar são muitos os casos em que se verificar o descrito.

Na família algumas perdas que o idoso vai tendo podem ser compensadas com o surgimento de novos elementos no agregado (netos/bisnetos) e novas perspectivas de ocupação.

Como pudemos verificar o papel que é atribuído às redes familiares, tem uma importância crucial para a população idosa, pois os familiares são a maior fonte de apoio físico e emocional. Contudo, os amigos também são parte importante das redes de apoio social, envolvendo a partilha de intimidades, o apoio emocional e até material, o que é importantíssimo no combate ao isolamento e solidão criando oportunidades de socialização.

Na verdade nos últimos anos tem sido dada relevância aos amigos, familiares, vizinhos e colegas de trabalho, pois segundo Ramos (2002), há mesmo quem defenda que as redes de amigos são elementos importantes para a prevenção de doenças, principalmente doenças mentais.

Em alguns casos, a falta de uma estrutura familiar de apoio ou mesmo a incapacidade desta nos cuidados ao idoso, faz com que em último recurso se recorra à institucionalização para que seja esta a prestar o tipo de ajudas que o idoso necessita.

Parte II – Investigação Empírica

Capítulo IV – Metodologia

O enquadramento teórico apresentado nos capítulos anteriores permitiu-nos adquirir conhecimentos que serviram de “alicerce” para o desenvolvimento empírico da presente investigação científica. Após a fundamentação teórica torna-se inevitável abordar a fase metodológica.

Na perspectiva de Fortin (1999), a qualidade de uma investigação científica é determinada pela adopção de uma correcta metodologia, sendo que esta é definida pela mesma autora como “o conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (p.373).

A componente metodológica é um aspecto essencial em qualquer processo de investigação, uma vez que serve de “guia” durante o desenvolvimento da pesquisa. Todos estes procedimentos metodológicos e suas tomadas de decisão são fundamentais para garantir a fiabilidade e qualidade dos resultados obtidos e consequente resposta à problemática em estudo (Fortin, 1999).

A metodologia adoptada no presente estudo envolve o desenho e tipo de pesquisa, a caracterização da amostra, a operacionalização das variáveis, a conceptualização e objectivos do estudo, as hipóteses de investigação, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos efectuados e o tratamento estatístico.

IV.1 – Desenho e Tipo de Estudo

Tendo por base os pressupostos teóricos de Fortin (2009), enquadrámos o presente estudo no paradigma dos estudos quantitativos, não experimental, transversal, descritiva e correlacional.

A nossa pesquisa é de natureza quantitativa, na medida em que como refere Fortin (2009), é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis” (p.20). Este paradigma de investigação emprega dados numéricos para adquirir informações, descrever e testar relações entre as variáveis em estudo, através da observação de acontecimentos tendo por base a objectividade, a predição, o controlo e a generalização dos resultados obtidos a partir de uma amostra. É ainda mais considerado um processo direccionado para a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em questão, do que propriamente para a sua avaliação e controle.

Reconhecemos a abordagem quantitativa como forma de simplificarmos e objectivarmos todos estes dados, torna-se muito mais eficaz, uma vez que através de um instrumento de colheita de dados, bem estruturado e definido, conseguimos assim avaliar rigorosamente que influência tem cada uma das variáveis independentes sobre a variável dependente em questão.

A manipulação de variáveis não é contemplada na presente investigação, daí o carácter não experimental da mesma (Fortin, 1999).

O desenho desta investigação insere-se no âmbito das investigações empíricas, porque se fazem observações para compreender o fenómeno a estudar (Hill & Hill, 2011), e do tipo epidemiológico transversal, na medida em que o instrumento de colheita de dados foi aplicado num determinado período de tempo.

Relativamente ao tipo de estudo em questão, podemos dizer que se trata de um estudo descritivo, visto que pretendemos descrever características de uma determinada população (idosa) e/ou fenómeno (satisfação com o suporte social), e estabelecer relação entre as variáveis, optámos assim por uma investigação descritiva correlacional (Fortin, 2009).

IV.2 - População e Amostra

Nesta secção pretendemos dar a conhecer a população e a amostra em que decorreu a investigação, começando por referir estes dois conceitos: assim a população é “ (...) uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” e amostra é “ (...) um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...) as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada” (Fortin, 2000: 202).

Mais recentemente, Coutinho (2011:54) advoga que “a amostra é o conjunto de sujeitos (...) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída”.

Tendo em conta estes dois conceitos, definimos a nossa população-alvo como um conjunto que inclui os idosos que residem no concelho de Armamar o qual cumpre critérios básicos de definição de meio rural. Perante a impossibilidade de aceder ao

grupo completo, participaram os idosos que recorreram aos serviços do “Balcão de Proximidade³” do concelho de Armamar. Tendo em conta que este serviço se desloca a todas as localidades uma vez por mês, atendendo em média 12 a 15 pessoas por manhã, e na tentativa de aceder a uma amostra diversificada, a recolha de dados foi realizada nas diferentes localidades do concelho, durante o mês de Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012.

Optamos por um tipo de amostragem não probabilística por conveniência que é constituída por 130 Idosos, sendo que 85 pertencem ao sexo feminino e 45 ao sexo masculino.

IV.3 – Variáveis

Para atingirmos os objectivos definidos e para que se possam verificar as hipóteses formuladas, torna-se necessário que sejam identificadas as variáveis da investigação.

De acordo com Fortin (2009:171), as variáveis são “ (...) qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar com o tempo”, estas podem ser mensuradas, observadas, manipuladas ou controladas. No que respeita à relação entre elas, as variáveis podem ser qualificadas de dependentes e independentes.

Na perspectiva de Coutinho (2011:69) a variável independente é aquela que “o investigador manipula, ou seja, é aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar”. Esta variável é a que influencia, a que afecta, a variável dependente. Já a variável dependente é definida pela mesma autora como “a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente (...) varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente”, ou seja, é aquela que é influenciada.

Assim, na presente investigação a variável dependente corresponde à *satisfação dos idosos com o suporte social*.

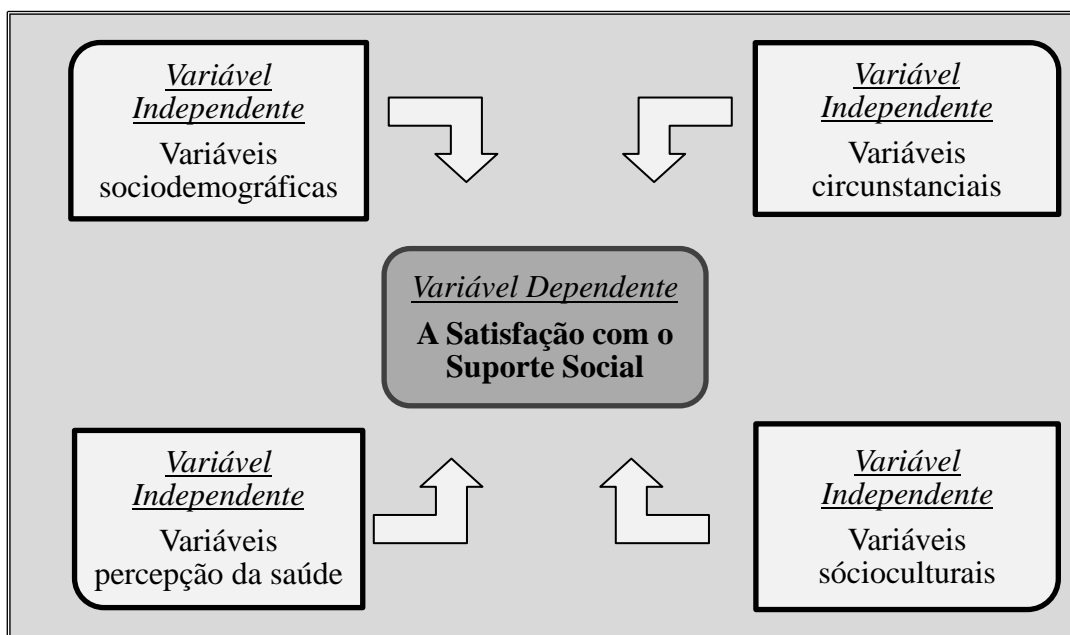
As variáveis independentes estão divididas em quatro grupos: as variáveis sociodemográficas, as variáveis circunstanciais, as variáveis da percepção da saúde e

³ Serviço semelhante a balcão móvel de saúde.

por último as variáveis socioculturais. Todas estas variáveis servem para caracterizar a amostra e igualmente, avaliar a sua interferência na variável dependente.

Emerge assim desta análise o esquema conceptual que seguidamente apresentamos e sobre o qual a nossa investigação se alicerça.

Esquema 2 - Modelo conceptual da relação entre variáveis



IV.4 – Problema da Investigação

A formulação de um problema de investigação depende, não só da escolha de um tema, ao qual se reporta a problemática em estudo, como também de uma pergunta de partida que dará origem às questões de investigação.

A pergunta de partida será o fio condutor da investigação, esta deve ser exequível, pertinente e clara. Mas contudo, deve possuir também, objectividade, imparcialidade, precisão, ser empírica, verídica, saliente, resolúvel e actual. Para Quivy e Campenhoudt (2000) a melhor forma de começar um trabalho de investigação, consiste em enunciar a investigação sob a forma de uma pergunta de partida, para que o investigador exprima o mais exactamente possível aquilo que procura saber e compreender melhor.

Para tal o nosso problema vem definido da seguinte forma: **Será que os idosos do Concelho de Armamar, a viver em meio rural, estão satisfeitos com o seu suporte social?**

Na formulação da pergunta de partida, tivemos em atenção que o objecto de estudo deve ser adequado, real, relevante, realizável, autónomo e produtor de novas interrogações e de novos conhecimentos.

Estabelecida a pergunta de partida, torna-se necessário definir objectivos e formular hipóteses de investigação.

IV.5 - Objectivos

Apresentado o problema, surge a necessidade de formular e definir os objectivos que nos propomos atingir, que especificam “(...) as variáveis – chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de acção que serve para orientar a investigação” (Fortin, 2009:160).

Assim sendo, o objectivo geral desta investigação consiste em: avaliar a satisfação dos idosos da amostra, com o seu suporte social, e em que medida as variáveis sócio-demográficas, as variáveis circunstanciais, as variáveis da percepção da saúde e as variáveis sócio-culturais influenciam essa satisfação.

Como objectivos específicos enumeramos os seguintes:

- Identificar as características sócio-demográficas dos idosos;
- Conhecer as variáveis circunstanciais dos idosos Inquiridos;
- Conhecer a percepção que estes idosos têm sobre o seu estado de saúde;
- Descrever as actividades sócio-culturais praticadas pelos idosos e suas condicionantes;
- Identificar a satisfação dos idosos, com o seu suporte social;
- Analisar correlações existentes entre variáveis sócio-demográficas, circunstanciais, percepção da saúde e sócio-culturais e a satisfação com o suporte social.

IV.6 – Hipóteses

Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis, é uma previsão de resposta para o problema da investigação, que pode ser passível de ser declarada verdadeira ou falsa (Fortin, 2000).

Na perspectiva de Fortin (2009) a formulação das hipóteses da investigação é um procedimento fundamental, pois os resultados obtidos dependem de como estas foram formuladas. Mais recentemente, Coutinho (2011) defende que a opção da problemática e o desenvolvimento de hipóteses, são fases preambulares essenciais de qualquer investigação.

As hipóteses que formulamos para a nossa pesquisa são de dois tipos: complexas e simples e são as que se seguem:

H1 – Existe associação entre as variáveis sócio-demográficas e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H1a – Existe associação entre o género e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H1b – Existe associação entre a idade e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H1c – Existe associação entre o estado civil e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H1d – Existe associação entre habilitações literárias a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H1e – Existe associação entre o rendimento mensal e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H1f – Existe associação entre a satisfação com o rendimento mensal e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H2a – Existe associação entre a variável “com quem vive” e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H2b – Existe associação entre o sentir-se sozinho no seu dia-a-dia e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H2c – Existe associação entre o número de horas que passa sozinho e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H2d – Existe associação entre a frequência das visitas e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H3a – Existe associação entre a percepção da saúde (autonomia) e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

H3b – Existe associação entre a percepção da saúde (prática de exercício físico) e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

IV.7 – Instrumento de Colheita de Dados

A selecção do instrumento de colheita de dados, deve estar directamente relacionada com o problema em estudo, de modo a permitir a avaliação das variáveis em causa, visto que os instrumentos de colheita de dados em investigação são os equipamentos utilizados para colher a informação pertinente e necessária para a continuidade do estudo (Lakatos & Marconi, 1996).

É necessário referir que conta a quantidade de aspectos que intervêm na avaliação da satisfação com o suporte social dos idosos (que para além de numerosos são diversificados), nem sempre se torna fácil encontrar, escalas que nos permitam medir todas as situações e possíveis variáveis.

Contudo, como diz Fortin (1999), na ausência de instrumentos de colheita de dados, deve concebê-los o investigador, de modo a responder às questões de investigação formuladas.

No nosso caso optámos por uma situação mista, ou seja, pela utilização de um questionário por nós construído e pela aplicação de uma escala, a Escala de Satisfação com o Suporte Social ESSS– *Scale for Social Support* (Wethington e Kessler, 1986; Versão portuguesa de Ribeiro, 1999). Esta escala é composta por 15 itens, que se dividem em quatro subescalas: Satisfação com a amizade (SA) que contém 5 itens, Intimidade (IN) com 4 itens, Satisfação com a família (SF), de 3 itens e Actividades Sociais (AS) com 3 itens. Apresenta como formato de resposta uma escala de 5 pontos que varia entre 1 (*Concordo totalmente*) a 5 (*Discordo totalmente*). O resultado é obtido através do somatório de todos os itens, variando os resultados entre 15 a 75, sendo que os resultados mais elevados significam maior suporte social.

Para verificar a homogeneidade e consistência interna procedeu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach para cada um dos itens e para a escala total (tabela 1).

Para a escala total foi obtido um alfa de Cronbach de 0,774. Pestana e Gageiro (2005) apresentam a seguinte classificação:

- Alfa de Cronbach < 0,60 → inadmissível
- 0,60 < alfa de Cronbach < 0,70 → fraca
- 0,70 < alfa de Cronbach < 0,80 → razoável
- 0,80 < alfa de Cronbach < 0,90 → boa
- 0,90 > alfa de Cronbach → muito boa

Tabela 1 - ESSS: consistência interna (estudo dos itens)

Subescala	Itens	M	DP	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
Satisfação com Amizades	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	2,54	1,009	0,331	0,765
	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	3,47	1,025	0,630	0,748
	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3,26	1,067	0,581	0,747
	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	3,41	1,037	0,746	0,751
	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	3,48	0,969	0,690	0,753
Intimidades	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	2,84	1,494	0,522	0,734
	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	2,98	2,187	0,165	0,790
	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	3,37	1,071	0,350	0,754
	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	2,23	1,234	0,230	0,766
Satisfação com Família	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	3,50	1,185	0,833	0,752
	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3,46	1,157	0,853	0,743
	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	2,67	1,436	0,585	0,751
Actividades Sociais	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	2,46	0,993	0,379	0,794
	Sinto falta de actividades sócias que me satisfaçam	1,76	0,804	0,678	0,782
	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	1,65	0,823	0,667	0,778

IV.8 – Tratamento e Análise dos Dados

Após a recolha de dados, torna-se imprescindível o tratamento dos mesmos. Coutinho (2011) afirma que a estatística permite organizar os dados obtidos, chegando a citar Black (1999:304) que defendeu que a função do tratamento estatístico é “ (...) transformar dados em informação”. Em concordância com a autora, e de forma a sistematizar e organizar os dados recolhidos da nossa pesquisa, recorreremos à estatística descritiva e à estatística inferencial.

De acordo com Samuels e Witmer (2003), a estatística analítica ou inferencial permite verificar se as relações existentes entre as variáveis de uma amostra poderão ser universalizáveis à população.

O tratamento estatístico atravessa várias fases, sendo que a primeira passa pela colheita de dados prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados. Este foi realizado informaticamente através do programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), tendo-se recorrido a métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas.

Relativamente à estatística descritiva, como medidas estatísticas usaremos:

- Frequências: Absolutas (n); Percentuais (%).
- Medidas de tendência central: Média (x).
- Medidas de dispersão: Desvio padrão (DP).
- Medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (K – Kurtosis).

Segundo Pestana e Gageiro (2005) para $p = 0,005$ uma distribuição é:

✓ Simétrica – quando “[kewness/ std. Error] $< 1,96$ e $> -1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.

✓ Assimétrica – quando “[Skewness/stderro] $r > 1,96$ ou $< -1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do valor máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- ✓ Mesocúrtica quando [Kurtosis/stderro] $< 1,96$;
- ✓ Platicúrtica quando [Kurtosis/stderror] $< -1,96$;

- ✓ Leptocúrtica quando [Kurtosis/stderror] >1,96.

Relativamente à estatística inferencial, serão utilizadas para testar as hipóteses formuladas as técnicas paramétricas e não paramétricas. As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos aceitar a probabilidade de engano 5 vezes em cada 100 ao rejeitar a hipótese estatística.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor. Para a estatística inferencial foram utilizados os seguintes níveis de significância:

- $p > 0.05$ – não significativo
- $p < 0.05$ – significativo
- $p < 0.01$ – bastante significativo
- $p < 0.001$ – altamente significativo

No que diz respeito à estatística analítica utilizaram-se:

– Teste One-Way: Análise de variância a um factor (Anova): teste paramétrico para comparação de médias entre três ou mais variáveis.

– Teste T para duas amostras independentes: permite inferir sobre a igualdade de médias de dois grupos diferentes de sujeitos.

– Teste de Kruskal-Wallis: teste não paramétrico para comparação de médias em três ou mais grupos diferentes de sujeitos. É a alternativa não paramétrica ao One-Way Anova e permite generalizar o teste de Mann-Whitney a mais dois grupos.

– Teste U de Mann-Whitney (U de M-W): teste não paramétrico utilizado para comparar o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes.

Concluída a descrição dos procedimentos estatísticos passaremos ao seguinte capítulo, à apresentação e análise dos resultados.

Capítulo V – Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados que se pretende que deem respostas quer às questões de investigação, bem como às hipóteses formuladas e orientadoras desta dissertação. Desta forma iniciar-se-á o capítulo com a apresentação de dados que dizem respeito às estatísticas descritivas das variáveis, do questionário, que foram estudadas, para que se possa compreender melhor os testes de hipóteses. O capítulo terminará com a apresentação de resultados do teste de hipóteses.

V.1 – Caracterização Sócio-demográfica

Os resultados que seguidamente apresentamos visam proceder a uma caracterização sócio-demográfica dos idosos em estudo.

Idade/Sexo

Pela análise da tabela 2, podemos constatar que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 130 Idosos, sendo que 85 pertencem ao sexo feminino e 45 ao sexo masculino.

Constatamos também que a **idade** da amostra total oscila entre um valor mínimo de 65 e um valor máximo de 91 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 75,18 anos, um desvio padrão de 5,86 e um coeficiente de variação de 68%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do **género**, verificamos que a média de idades para o sexo feminino ($\bar{x} = 74,06$) é ligeiramente inferior à do sexo masculino ($\bar{x} = 77,31$), apresentando ambos os grupos uma dispersão moderada.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 2 - Estatística descritiva da Idade dos Idosos

<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>	<i>CV (%)</i>
Feminino	85	65	91	74,06	5,65	2,71	0,32	0,82
Masculino	45	66	89	77,31	5,72	-0,58	-0,75	1,10
Total	130	65	91	75,18	5,86	1,71	-1,22	0,68

Grupos etários

A distribuição dos idosos por grupos etários mostra, que as percentagens mais elevadas se encontram no segundo escalão 71-80 para os três grupos considerados. Entre homens e mulheres existem ligeiras diferenças uma vez que em segundo lugar para o sexo feminino está o escalão 65-70 e para os homens o maior ou igual a 80 anos, o que denota maior envelhecimento no sexo masculino.

Estado civil

Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que, o estado de *casado* é o mais marcante da nossa amostra com 55,8%, seguindo-se o de *viuvez* com 43,3%, valor este bastante significativo, mas que não nos surpreende em indivíduos nesta faixa etária.

Analisando o estado civil por género, constatamos que a distribuição se faz de forma similar, contudo de notar o predomínio (32,6%) de mulheres viúvas, dados que estão em concordância com as características nacionais divulgadas.

Habilitações Literárias

O baixo nível de escolaridade dos elementos da nossa amostra é uma característica visível. Assim, com maior destaque (34,6%) encontramos os *analfabetos* seguindo-se o *1º ciclo* com 29,2% e com um valor próximo deste (28,5%) aqueles que possuem formação *inferior ao 1º ciclo*.

Em termos de habilitações académicas existem algumas diferenças por género uma vez que a segunda opção para as mulheres corresponde à habilitação *inferior ao 1º ciclo* (21,5%) e para os homens corresponde ao *1º ciclo*.

Situação face ao emprego

Como podemos constatar a grande maioria (96,1%) dos nossos participantes encontram-se *reformados*; tendência que se verifica para homens e mulheres. Estes dados estão de acordo com o esperado tendo em conta a faixa etária inquirida.

Tipo de reforma

Considerando que para a maioria de idosos os rendimentos económicos proveem de pensões de reforma, quisemos conhecer o tipo de pensão auferida.

Assim constatamos, que quer para o total da amostra quer para homens e mulheres a *Pensão de Velhice* é a que assume maior representação (63,0%). Em segundo lugar para o total temos a *Pensão de Sobrevivência* (15,5%) e em terceiro a *Pensão Social* para 8,5%.

Analisando esta variável por sexo, verificamos que a sequência observada é a mesma para o grupo das mulheres, contudo para os homens a segunda alternativa é a *Pensão por Invalidez*.

Rendimento mensal

Os dados sobre o rendimento mensal mostram-nos, que 83,7% dos idosos da nossa amostra auferem um valor que se situa entre os 200€ e os 500€; seguindo-se um grupo significativo (12,4%) com valores inferiores a 200 €, e por fim apenas 3,9% usufrui de um valor superior a 500€.

Analisando os rendimentos por sexo verificamos uma distribuição similar à verificada para a amostra total.

Satisfação com o valor da reforma

Considerando os dados anteriores, não ficamos surpresos com as respostas obtidas sobre a satisfação com o valor dos rendimentos, uma vez que 62,4% dos idosos inquiridos se mostra claramente insatisfeito com esses valores.

Avaliando esta opinião em função do género, verificam-se maiores níveis de satisfação associados ao sexo feminino.

Tabela 3 - Dados sócio-demográficos da amostra

VARIÁVEIS	GÉNERO		MASCULINO		TOTAL	
	FEMININO		N	%	N	%
GRUPOS ETÁRIOS						
≤ 70	26	20,0	8	6,2	34	26,2
71 – 80	48	36,9	22	16,9	70	53,8
≥ 81	11	8,5	15	11,5	26	20,0
ESTADO CIVIL						
Solteiro	2	1,6	1	0,8	3	2,3
Casado	40	31,0	32	24,8	72	55,8
Divorciado	-	-	2	1,6	2	1,6
Viúvo	42	32,6	10	7,8	52	40,3
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS						
Analfabeto	30	23,1	15	11,5	45	34,6
Saber ler e escrever	3	2,3	1	0,8	4	3,1
<1 Ciclo	28	21,5	9	6,9	37	28,5
1º Ciclo (antiga 4ª classe)	19	14,6	19	14,6	38	29,2
2º Ciclo	4	3,1	2	1,6	6	4,7
SITUAÇÃO DE EMPREGO						
Empregado	2	1,6	1	0,8	3	2,3
Desempregado	1	0,8	1	0,8	2	1,6
Reformado	81	62,8	43	33,3	124	96,1
TIPO DE REFORMA						
Pensão de velhice	50	38,4	32	24,6	82	63,0
Pensão de invalidez	3	2,3	5	3,8	8	6,1
Complemento solidário	7	5,3	-	-	7	5,3
Pensão social	7	5,3	4	3,2	11	8,5
Pensão de sobrevivência	16	12,3	4	3,2	20	15,5
Nenhuma	2	1,6	-	-	2	1,6

RENDIMENTO MENSAL						
Inferior a 200€	10	7,8	6	4,7	16	12,4
Entre 200-500€	71	55,0	37	28,7	108	83,7
Entre 501-700€	3	2,3	2	1,6	5	3,9
SATISFAÇÃO /RENDIMENTO						
Sim	30	23,0	19	14,6	49	37,6
Não	55	42,4	26	20,0	81	62,4
TOTAL	85	65,4	45	34,6	130	100,0

V.2 – Caracterização Circunstancial

O grupo de questões que se seguem visa caracterizar a envolvente habitacional familiar, visitas e apoios dos idosos.

Residência

O local de residência tem-se revelado em diferentes estudos um factor importantíssimo no bem-estar psicológico do idoso: assim conhecer as condições em que estes residem torna-se deste modo uma questão pertinente.

Os resultados mostram que a grande maioria (96,2%) reside em *casa própria*; 3,0% em *casa de familiares* e apenas um idoso (mulher) está institucionalizado. Também nesta variável se notam diferenças entre sexos.

Com quem vive

Analisando as respostas dadas (c.f. tabela 4) à questão “*com quem vive?*”, podemos verificar: que o maior número de respostas se reporta à alternativa *cônjuge* em 46,2 % dos idosos, seguindo-se o item *sozinho* em 38,5 % e com igual valor 7,7% residem com os *filhos e com os amigos*.

Avaliando esta distribuição por sexo verificamos, que para os homens a distribuição se mantém mas não para as mulheres, uma vez que para estas a maior percentagem se localiza no item *sozinho* (30,8%). Estes resultados derivam possivelmente do facto, de “os homens casarem mais que as mulheres” e “do viver só ser uma característica essencialmente feminina”.

Sente-se sozinho/Quantas horas

Colocados perante esta questão a maioria (50,8%) responde afirmativamente, o que não nos surpreendeu tendo em conta as respostas a questão anterior.

De referir ainda o facto de ser um sentimento mais expresso pelas mulheres do que pelos homens.

No seguimento desta questão quisemos saber o número de horas em que sentem que estão sozinhos. Os dados mostram que para a amostra total corresponde a um período *inferior a 8 horas*, seguindo-se o item *16-24* e em terceiro lugar *8-16*. A mesma sequência encontramos para ambos os sexos.

Quem o costuma visitar

Confrontados com a questão “*quem o costuma visitar?*” a maioria (66,0%) diz ser visitado pelos *familiares*, seguindo-se os *vizinhos/amigos* com 14,8%. Contrariamente à maioria, 7,8% dos nossos inquiridos responde frontalmente não ser visitado por *ninguém*. Esta tendência está presente também nas mulheres, contudo para os homens a segunda alternativa recai no item *ninguém*.

Frequência de visitas

Os resultados relativos a esta questão mostram que a maior percentagem de respostas (34,6%) cai no item *épocas festivas*, seguindo-se todos os dias com 24,6% e em terceiro lugar uma vez por semana em 19,2%. A análise em função do género mostra a mesma hierarquia de respostas.

Apoios

Queríamos ainda saber de quem usufruíam apoios: as respostas demonstram que são os familiares os apoiantes principais para 56,1%, seguindo-se o item *nenhum* para 22,3% e só depois aparecem os *vizinhos/amigos*. Também aqui a análise em função do género mostra a mesma hierarquia de respostas.

Serviços que usufrui

Quisemos ainda saber que entidades forneciam serviços: verificámos que 73,1% não recebe nenhum apoio, 14,6% refere outros (não especificando) distribuindo-se as restantes respostas pelas associações, apoio domiciliário e centros dia. Também aqui existe consonância na ordem das respostas.

Tabela 4 - Dados sobre características circunstanciais

VARIÁVEIS \ GÉNERO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ONDE VIVE						
Casa própria	82	63,1	43	33,1	125	96,2
Lar	1	0,8	-	-	1	0,8
Casa familiares	2	1,5	2	1,5	3	3,0
COM QUEM VIVE						
Sozinho	40	30,8	10	7,7	50	38,5
Filhos	7	5,4	3	2,3	10	7,7
Cônjuge/companheiro	34	26,2	26	20,0	60	46,2
Familiares/amigos	4	3,1	6	4,6	10	7,7
SENTE-SE SOZINHO NO DIA-DIA						
Sim	52	40,0	14	10,8	66	50,8
Não	33	25,5	31	23,7	64	49,2
HORAS SOZINHO						
Menos de 8h	37	28,5	35	26,9	72	55,4
Entre 8-16H	21	16,2	4	3,1	25	19,2
Entre 16-24h	27	20,8	6	4,6	33	25,4
QUEM O CUSTUMA VISITAR						
Familiares	65	40,4	33	25,6	98	66,0
Vizinhos/amigos	11	8,6	8	6,2	19	14,8
Ninguém	6	4,7	4	8,9	10	7,8
Outros	2	1,6	-	-	2	1,6
FREQUÊNCIA DE VISITAS						
Uma vez por semana	16	12,3	9	6,9	25	19,2
1/2 Vezes por mês	9	6,9	9	6,9	18	13,8
Todos os dias	22	16,9	10	7,7	32	24,6
Épocas festivas	32	24,6	13	10,0	45	34,6
Nunca	6	4,6	4	3,1	10	7,7

APOIOS						
Familiar	46	35,3	27	20,7	73	56,1
Institucional	2	1,5	5	3,8	7	5,4
Vizinhos/amigos	15	11,5	6	4,6	21	16,2
Nenhum	22	16,9	7	5,4	29	22,3
USUFRUI DOS SERVIÇOS						
Apoio domiciliário	3	2,3	5	3,8	8	6,2
Centro de dia	2	1,5	1	0,8	3	2,3
Associações	4	3,1	1	0,8	5	3,8
Outros	12	9,2	7	5,4	19	14,6
Nenhum	64	49,2	31	23,8	95	73,1
TOTAL	85	65,5	45	34,5	130	100,0

V.3 – Percepção da Saúde

A tabela 5 mostra que a maioria (85,3%) dos idosos se considera *autônomo*, 14,7% diz-se *parcialmente dependente* e nenhum deles se posicionou no item *completamente dependente* razão pela qual não a inserimos na tabela.

Quanto as doenças crônicas, tivemos respostas múltiplas. O grupo mais referido por 48,7% é o das *cardiovasculares* seguindo-se as *psiquiátricas* e em terceira posição a *diabetes*. Esta ordem foi também seguida pelas mulheres contudo, os homens atribuíram uma sequência diferente, ou seja para estes a segunda doença é a *diabetes* e a terceira as *reumatismais*.

Relativamente à toma da medicação, verificamos que 99,2% responde afirmativamente contra apenas um idoso do sexo feminino que responde *Não*. Esta distribuição mantém-se em ambos os sexos.

Quanto à ajuda na medicação, perguntamos que tipos de apoios necessitavam, e a grande maioria (80,6%) responde *nenhum*. Apenas 8,5% do grupo *necessita de ajuda na compra*, e 6,4% na *toma*. De referir um pequeno grupo (5,5%) que necessita de ajuda na *preparação*. A ordem atribuída pela amostra total a estas necessidades mantém-se quando comparamos os dois sexos.

Considerando a sua percepção sobre o *tipo de alimentação* que fazem, constatamos que 73,1% sente que faz uma alimentação saudável, contrariamente a 26,9% que responde negativamente.

Tabela 5 - Dados sobre percepção da saúde

VARIÁVEIS \ GÉNERO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CONSIDERA-SE UMA PESSOA						
Autónoma	77	59,7	33	25,6	110	85,3
Parcialmente dependente	9	6,1	11	8,6	19	14,7
DOENÇAS CRÓNICAS						
Respiratórias	5	3,2	4	2,5	9	5,7
Cardiovasculares	51	33,1	24	15,6	75	48,7
Diabetes	17	11,0	9	5,8	26	16,8
Reumatismais	7	4,5	2	5,0	9	9,5
Psiquiátricas	23	14,9	7	4,5	30	19,4
Outras	3	1,9	2	5,0	5	6,9
TOMA MEDICAÇÃO						
Sim	83	63,8	46	34,6	129	99,2
Não	1	0,8	-	-	1	0,8
NECESSITA DE APOIO						
Na toma	4	3,2	4	3,2	8	6,4
Na preparação	2	1,6	5	3,9	7	5,5
Requisição/compra	6	4,7	5	3,9	11	8,5
Nenhuma	73	56,6	31	24,0	104	80,6
ALIMENTAÇÃO SAUDAVEL						
Sim	64	49,2	31	23,8	95	73,1
Não	21	16,2	14	10,8	35	26,9

V.3.1 – Percepção da Saúde - actividade física

A tabela 6 expressa, um conjunto de dados sobre as *práticas de actividade física*: assim verificamos que 80,6% dos idosos reconhece-lhe importância para o seu bem-estar, ao contrário de 19,4% que não valoriza.

Sobre a prática da actividade física verificamos que 62,0% não a pratica regularmente, e apenas 38,0% responde afirmativamente.

Quisemos ainda saber junto do grupo que respondeu afirmativamente que tipo de actividade praticava. Os resultados mostram que a actividade mais praticada (44,9%) é a

caminhada, seguindo-se a *ginástica* para 36,7% e apenas 18,4% respondeu *outras*. A sequência apresentada é também seguida nas respostas por género.

Procurámos ainda indagar quanto tempo por semana se dedicam a este tipo de actividades, as respostas mostram que 48,9% dos idosos ocupa mais de 1 hora, 44,7% entre 30 minutos a 1 hora e apenas 6,4% afirma dedicar-se menos de 30 minutos. A comparação por sexo, mostra que a maior percentagem de homens lhe dedica entre 30 minutos a 1 hora e as mulheres mais de 1 hora.

Relativamente ao tipo de acompanhamento durante a actividade, verificamos que 54,2% dizem *monitor*, 41,7% refere *não ter* e apenas 4,2% (todas as mulheres) expressão os *amigos*.

Vimos ainda que a entidade que proporciona estas actividades é para a grande maioria (93,2%) o *Projecto Social*, caindo os restantes na alternativa *outros*.

Por fim quisemos ainda averiguar quais as razões que os levam a não praticar actividade física. As respostas distribuem-se por um vasto leque de motivos porém o grupo mais significativo (27,8%) alega *dificuldades físicas* com igual percentagem (20,8%) temos a *falta de vontade* e *falta de actividades*”, e 16,2% refere *falta de companhia*.

Tabela 6 - Dados sobre actividade física

VARIÁVEIS \ GÉNERO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ACTIVIDADE E BEM-ESTAR						
Sim	70	53,5	35	27,1	105	80,6
Não	15	11,6	10	7,8	25	19,4
EXERCE ACTIVIDADE FÍSICA						
Sim	35	27,1	14	10,9	49	38,0
Não	49	38,0	31	24,0	80	62,0
SE SIM QUAL						
Ginástica	14	28,6	4	8,2	18	36,7
Caminhadas	15	30,6	7	14,3	22	44,9
Outro	6	12,1	3	6,1	9	18,4
TEMPO DE REALIZAÇÃO						
Menos de 30 min	1	2,1	2	4,3	3	6,4
30 Min a 1 hora	15	31,9	6	12,8	21	44,7
Mais de 1 hora	18	38,3	5	10,6	23	48,9

ACOMPANHAMENTO						
Não tem	14	29,2	6	12,5	20	41,7
De amigos	2	4,2	-	-	2	4,2
De um monitor	19	39,6	7	14,6	26	54,2
ENTIDADE/ACTIVIDADE						
Projecto social	20	68,9	7	24,3	27	93,2
Outro	1	3,4	1	3,4	2	6,8
RAZÕES/ACTIVIDADE FÍSICA						
Falta de tempo	5	5,8	2	2,3	7	8,1
Falta de vontade	12	13,9	6	6,9	18	20,8
Dificuldades físicas	12	13,9	12	13,9	24	27,8
Falta de companhia	12	13,9	2	2,3	14	16,2
Falta de recursos financeiros	4	4,6	1	1,6	5	6,2
Falta de actividade	9	10,4	9	10,4	18	20,8

V.4 – Actividades Sócio-Culturais

Os dados constantes da tabela 7 mostram que 30,3% dos idosos ocupam os seus tempos livres a *ver televisão*, 22,8% a *conversar*, 20,2% na *jardinagem/ agricultura*, e ainda 11,6% a *passar*. Verificamos ainda que actividades do tipo *ler*, *ouvir musica*, *fazer trabalhos manuais* e *jogar* são práticas preferidas apenas por pequenos grupos. A comparação por género mostra que os homens tendem a *conversar* enquanto as mulheres se dedicam à *jardinagem*. De referir que esta questão permitia respostas múltiplas.

Quanto a participação em actividades festivas verificamos que 60,5% responde *Sim* e 39,5% diz *Não* tendência que se mantém entre sexos.

Junto dos que responderam *Sim*, quisemos ainda identificar o tipo de actividade: as respostas mostram que a primeira opção recai sobre as *actividades do Projecto Social* (29,8%), seguindo-se os *jantares de Natal* para 25,7% e em terceira posição as *visitas temáticas* para 21,8%. De realçar ainda os 19,1% que referem as *festas do Padroeiro*, e apenas um pequeno grupo destaca as *actividades das instituições*.

As razões apresentadas pelos idosos para não integrarem estas actividades foram: em primeiro lugar a *falta de vontade* (30,5%), em segundo as *dificuldades físicas* para 27,0% e em terceiro lugar com 17,0% a *falta de actividades*. A *falta de transporte*,

de *companhia* e de *recursos financeiros*, também foram apontadas mas com valores percentuais menores.

Na sequência destas questões quisemos saber como avaliavam o seu suporte social, verificamos que para 53,9% este é *Satisfatório*, 35,2% classifica-o como *Bom*, 7,0% diz mesmo ser *Mau* e apenas 3,9% dos inquiridos o considera *Excelente*. A comparação por géneros mostra uma avaliação mais positiva por parte dos indivíduos do sexo masculino.

Ao questionarmos os participantes sobre “*se se considera feliz*” verificamos que a maioria (65,1%) dos idosos se considera *Medianamente Feliz*, 17,1% *Pouco Feliz*, 2,3% sente que é *Infeliz* e apenas 14,7% se diz *Felizes*.

Tabela 7 - Dados sobre actividades sócio-culturais

VARIÁVEIS \ GÉNERO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES						
Passear	25	8,1	11	3,5	36	11,6
Ler	8	2,6	3	0,9	11	3,5
Ouvir música	3	0,9	1	0,3	4	1,2
Televisão	65	21,2	28	9,1	93	30,3
Trabalhos manuais	20	6,5	4	1,2	24	7,7
Jogos	4	1,2	3	0,9	7	2,1
Conversar	36	11,7	34	11,1	70	22,8
Jardinagem/ agricultura	41	13,4	21	6,8	62	20,2
PARTICIPAÇÃO FESTAS						
Sim	49	38,0	29	22,5	78	60,5
Não	35	27,1	16	12,4	51	39,5
SE SIM QUAL						
Jantar de Natal	35	16,3	20	9,3	55	25,7
Festas do padroeiro	27	12,6	14	6,5	41	19,1
Visitas temáticas	31	14,4	16	7,4	47	21,8
Actividades do projecto social	44	20,5	20	9,3	64	29,8
Actividades das instituições	3	1,4	4	1,8	7	3,2
SE NÃO PORQUÊ						
Falta de vontade	12	20,3	6	10,2	18	30,5
Falta de transporte	4	6,8	-	-	4	6,8
Dificuldades físicas	11	18,5	5	8,5	16	27,0

Falta de companhia	4	6,8	2	3,4	6	10,2
Falta de recursos financeiros	4	6,8	1	1,7	5	8,5
Falta de actividades	6	10,2	4	6,8	10	17,0
AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL						
Excelente	3	2,3	2	1,6	5	3,9
Bom	29	22,7	16	12,5	45	35,2
Satisfatório	44	34,4	25	19,5	69	53,9
Mau	8	6,2	1	0,8	9	7,0
CONSIDERA-SE						
Feliz	9	7,0	10	7,8	19	14,7
Medianamente feliz	59	45,7	25	19,4	84	65,1
Pouco feliz	14	10,9	8	6,2	22	17,1
Infeliz	2	1,6	1	0,8	3	2,3

A tabela 8 expressa dados sobre os níveis de satisfação dos idosos com o suporte social avaliados pelas dimensões da escala. Centrando-nos nos resultados da amostra total, verificamos que os níveis de satisfação são moderados em todas as dimensões, contudo são mais elevadas no item *satisfação com amizades* ($M = 16,2$) seguindo-se *intimidades* ($M = 11,4$) e *satisfação com a família* ($M = 9,6$). O valor mais baixo encontra-se na *satisfação com as actividades sociais* ($M = 5,8$).

Analisando a satisfação em função do género, verificamos que os resultados medianos são muito próximos em termos de valores (satisfação moderada), contudo verifica-se que existe mais satisfação em todas as dimensões nos indivíduos do sexo masculino.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas sobre a satisfação com o suporte social

GÉNERO	N	MIN	MAX	\bar{x}	DP
FEMININO					
Satisfação com amizades	85	7	21	15,5	3,6
Intimidades	85	4	33	11,0	3,4
Satisfação com a família	85	3	15	9,5	3,5
Actividades sociais	85	3	14	5,7	2,3
MASCULINO					
Satisfação com amizades	45	6	20	17,0	3,3
Intimidades	45	6	16	12,2	2,0

Satisfação com a família	45	3	15	9,8	3,2
Actividades sociais	45	3	10	6,0	1,9
AMOSTRA TOTAL					
Satisfação com amizades	130	5	24	16,2	3,8
Intimidades	130	4	33	11,4	3,9
Satisfação com a família	130	3	15	9,6	3,4
Actividades sociais	130	3	14	5,8	2,1

V.5 – Análise Inferencial

No dizer de Richardson (1999) a análise inferencial é a operação pela qual se aceita ou rejeita uma proposição em virtude da sua relação com outras proposições. Como a nossa variável dependente é a satisfação dos idosos com o suporte social passaremos a relacioná-la com algumas variáveis independentes.

Temos ainda por objectivo verificar qual destas relações é mais significativa e quais as variáveis que apresentam maior peso preditivo na determinação da satisfação com o suporte recebido.

H1 – Existe associação entre as variáveis sócio-demográficas e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

Para testar esta hipótese foram criadas seis sub-hipóteses que passamos a apresentar.

H1a – Existe associação entre o género e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

Com o intuito de se compreender a correlação entre o sexo e o suporte social utilizou-se o T-Teste (tabela 9). Observou-se que no cruzamento entre o sexo e as diversas subescalas, apenas se obtiveram diferenças estatisticamente significativas para a subescala *Satisfação com Amizades*: significa isto, que o género tem influência na satisfação com amizades, levando à aceitação parcial da hipótese formulada, uma vez que para as restantes subescalas não se obtiveram diferenças estatísticas significativas.

Considerando os valores médios, constatamos que os homens possuem níveis de satisfação com o suporte social mais elevado em todas as subescalas, comparados com as mulheres.

Tabela 9 - Teste T entre o gênero e o suporte social

Subescalas	Gênero	Feminino	Masculino	T	P
		M	M		
Satisfação com amigas		15,56	17,07	-2,081	0,039
Intimidades		11,06	12,22	-1,578	0,117
Satisfação com Família		9,57	9,87	-0,456	0,649
Actividades Sociais		5,76	6,04	-0,717	0,475

H1b – Existe associação entre a idade e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

De forma a entender a influência entre idade e o suporte social, efectuou-se o teste One-Way ANOVA. A tabela 10 mostra que, não existem diferenças estatísticas significativas nas subescalas do suporte social. Posto isto, podemos concluir que se rejeita a hipótese inicialmente formulada, ou seja, a faixa etária dos participantes não influencia a satisfação com o suporte social.

Não obstante a rejeição da hipótese, verifica-se que os sujeitos com idades iguais ou inferiores a 70 anos possuem níveis mais elevados de suporte social da subescala *Satisfação com amigas*; *Intimidades* e *Satisfação com família*. No entanto, os participantes com idades entre os 71 e os 80 anos têm níveis mais elevados de satisfação na subescala *actividades sociais*.

Tabela 10 - Teste One-Way ANOVA entre a idade e o suporte social

Subescala	Idade	<= 70 Anos	71 – 80 Anos	>= 81 Anos	F	P
		M	M	M		
Satisfação com amigas		16,47	15,90	16,15	0,229	0,796
Intimidades		12,42	10,94	11,65	1,580	0,210
Satisfação com Família		10,38	9,46	9,38	0,874	0,420
Actividades Sociais		5,58	6,00	5,85	0,432	0,650

H1c – Existe associação entre o estado civil e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

Com o intuito de perceber a influência do estado civil sobre o suporte social, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 11, constatou-se que

apenas existiam diferenças estatísticas significativas na subescala *Intimidades*, aceitando-se assim, a hipótese formulada para esta dimensão, podendo-se concluir que o estado civil influencia a “Intimidade” dos Idosos em estudo. Quanto às restantes subescalas, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas levando à rejeição da hipótese formulada.

Face a estes resultados, inferimos que os participantes que vivem acompanhados possuem níveis mais elevados de satisfação com o suporte social em todas as subescalas, comparativamente com os sujeitos que vivem sem companhia.

Tabela 11 - Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e o suporte social

Subescalas	Estado Civil	Não acompanhado	Acompanhado	U	P
		O.M	O.M		
Satisfação com amigos		62,54	64,27	1906,00	0,790
Intimidades		51,79	73,63	1304,00	0,001
Satisfação com Família		55,79	69,66	1528,50	0,033
Actividades Sociais		60,31	66,91	1781,50	0,310

H1d – Existe associação entre habilitações literárias e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

Para perceber a influência entre as habilitações literárias e o suporte social, utilizou-se o T-Teste. Ao observar a tabela 12, testou-se que existiram diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas: *Satisfação com amigos* e *Intimidades*, aceitando-se assim, a hipótese formulada para as mesmas, logo, pode inferir-se que as habilitações literárias influenciam a satisfação com amigos e intimidades. No que concerne as subescalas *Satisfação com Família* e *Actividades Sociais* estas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se assim a hipótese enunciada.

Verificou-se que os participantes que sabem ler e escrever possuem níveis mais elevados de suporte social da subescala *Satisfação com amigos*; *Intimidades* e *Satisfação com família*. No entanto, os participantes que não sabem ler e escrever têm níveis mais elevados de satisfação na subescala *actividades sociais*.

Tabela 12 - Teste T entre as habilitações literárias e o suporte social

Subescalas	Habilitações Literárias		T	P
	Analfabeto	Sabe ler e escrever		
	M	M		
Satisfação com amizades	14,73	16,84	-2,964	0,004
Intimidades	10,27	12,12	-2,556	0,012
Satisfação com Família	9,02	10,04	-1,590	0,114
Actividades Sociais	6,04	5,76	0,717	0,475

H1e – Existe associação entre o rendimento mensal e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

De forma a entender a influência existente entre o rendimento mensal e o suporte social, efectuou-se o teste One-Way ANOVA. Observando a tabela 13, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do suporte social, levando assim, à rejeição da hipótese inicialmente enunciada.

Refira-se que os participantes com rendimentos mensais inferiores a 200€ apresentam níveis mais elevados na subescala *Intimidades*; os participantes com rendimentos entre 200€ e 500€ têm níveis mais elevados na subescala *Actividades Sociais* e os sujeitos com rendimentos entre os 500€ e os 700€ possuem níveis mais elevados de satisfação com as amizades e com a família.

Tabela 13 - Análise de variância entre o rendimento mensal e o suporte social

Subescala	Rendimento mensal			F	P
	Inferior a 200€	200 – 500€	500 – 700€		
	M	M	M		
Satisfação Amizades	15,80	16,19	16,90	0,097	0,907
Intimidades	11,56	11,50	11,20	0,016	0,984
Satisfação com Família	9,50	9,68	10,20	0,077	0,926
Actividades Sociais	5,13	6,04	4,40	2,495	0,087

H1f – Existe associação entre a satisfação com o rendimento mensal e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

De modo a compreender a influência entre a satisfação com o rendimento mensal e o suporte social, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes subescalas, rejeitando-se desse modo a hipótese formulada.

Tabela 14 - Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação com o rendimento mensal e o Suporte Social

Subescalas	Satisfação com o rendimento		U	P
	Sim O.M	Não O.M		
Satisfação com os Amigos	67,09	61,29	1699,50	0,384
Intimidades	62,04	65,19	1802,00	0,639
Satisfação com a Família	65,79	62,09	1762,00	0,578
Actividades Sociais	64,75	63,54	1860,00	0,856

H2a – Existe associação entre a variável “com quem vive” e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

Para se compreender se a variável “com quem vive” influencia a satisfação com o suporte social utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Analisando os resultados obtidos (tabela 15), constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala *Intimidades*, ou seja, as pessoas com quem os idosos vivem interferem na sua intimidade, levando à aceitação da hipótese formulada. Inferimos assim que os idosos que vivem com o *conjugue/companheiro*, estão mais satisfeitos com o suporte social (em todas as subescalas, *Satisfação com Amizades; Intimidades; Satisfação com Família e Actividades sociais*) do que os que vivem com os filhos.

Tabela 15 - Teste Kruskal-Wallis entre com quem vive e o suporte social

Subescalas	Com quem vive			KW	P
	Sozinho M	Com o filho (s) M	Com o cônjuge/companheiro M		
Satisfação com amizades	63,77	61,50	64,54	0,063	0,969
Intimidades	53,52	60,30	72,91	8,025	0,018
Satisfação com Família	58,29	57,15	69,13	2,886	0,236
Actividades Sociais	60,54	69,60	66,57	0,988	0,610

H2b – Existe associação entre o sentir-se sozinho no seu dia-a-dia e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

Para se entender a relação entre o facto de sentir-se sozinho no dia-a-dia e o suporte social utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. Observando os resultados obtidos (tabela 16), constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, ou seja, o fato de sentir-se sozinho no dia-a-dia interfere nas distintas subescalas do suporte social, levando à aceitação da hipótese formulada.

Pelos valores da ordenação média verificou-se, que os participantes que não se sentem sozinhos no seu dia-a-dia, possuem níveis mais elevados em todas as subescalas da satisfação com o suporte social.

Tabela 16 - Teste U de Mann-Whitney entre o sentir-se sozinho no dia-a-dia e o suporte social

Subescalas	Sentir-se sozinho no dia-a-dia		U	P
	Sim	Não		
	O. M	O.M		
Satisfação com Amizades	52,98	75,08	1285,00	0,001
Intimidades	44,39	85,21	719,00	0,000
Satisfação com Família	56,04	71,45	1497,50	0,017
Actividades Sociais	56,86	71,72	1542,00	0,021

H2c – Existe associação entre o número de horas que passa sozinho e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

De forma a entender a influência entre o número de horas que passa sozinho e o suporte social, efectuou-se o teste One-Way ANOVA. Observando a tabela 17, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas *Satisfação com Amizades*, *Intimidades* e *Satisfação com Família*, ou seja, aceita-se a hipótese formulada para estas dimensões. Quanto à subescala *Actividades sociais* verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se assim a hipótese formulada para esta subescala.

Mencione-se que os participantes que passam menos de 8 horas sozinhos, possuem níveis mais elevados de satisfação em todas as subescalas que avaliam o suporte social.

Tabela 17 - Teste One-Way ANOVA entre o número de horas que passa sozinho e o Suporte Social

Subescala	N.º de horas que passa sozinho			F	P
	Menos de 8 horas	Entre 8 e 16 horas	Entre 16 e 24 horas		
	M	M	M		
Satisfação com Amizades	17,01	15,72	14,38	5,39	0,006
Intimidades	12,94	10,00	9,34	13,12	0,000
Satisfação com Família	10,65	9,25	7,84	8,34	0,000
Actividades Sociais	6,04	5,56	5,69	0,599	0,551

H2d – Existe associação entre a frequência das visitas e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

Para se perceber qual a influência entre a frequência das visitas dos familiares e o suporte social, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 18, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas *Satisfação com Amizades*, *Intimidades* e *Satisfação com Família*, aceitando-se, assim a hipótese formulada para as subescalas enunciadas, logo, podemos afirmar que a frequência de visita dos familiares interfere com a satisfação com amizades, com a família e com as intimidades.

Refira-se que os participantes em que a frequência de visitas dos familiares é inferior ou igual a uma semana, possuem médias mais elevadas na satisfação com as amizades, com a família, nas intimidades e nas actividades sociais.

Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre a frequência de visita dos familiares e o suporte social

Frequência de visita dos familiares Subescalas	Inferior ou igual a uma semana	Superior a uma semana	U	P
	M	M		
Satisfação com Amizades	75,18	55,46	1365,00	0,003
Intimidades	76,93	54,83	1320,00	0,001
Satisfação com Família	76,66	54,01	1279,00	0,001
Actividades Sociais	68,91	61,07	1769,00	0,229

H3a – Existe associação entre a percepção da saúde (autonomia) e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

Com o intuito de se perceber a influência existente entre a percepção que os idosos têm sobre o nível de independência/autonomia e o suporte social, utilizou-se o T-Teste. Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das subescalas, ou seja, rejeita-se a hipótese inicialmente formulada.

Contudo observando-se a tabela 19, verifica-se que os participantes que se consideram autónomos têm maior satisfação com as amizades comparativamente com os que se consideram parcialmente dependentes. No entanto, os sujeitos que se consideram parcialmente dependentes possuem níveis mais elevados na satisfação nas intimidades, com a família e nas actividades sociais.

Tabela 19 - Teste T entre considera-se uma pessoa e o suporte social

Subescalas	Considera-se uma pessoa		T	P
	Autônoma	Parcialmente dependente		
	M	M		
Satisfação com Amizades	16,11	15,89	0,220	0,827
Intimidades	11,44	11,53	-0,082	0,935
Satisfação com Família	9,63	10,00	-0,431	0,667
Actividades Sociais	5,78	6,37	-1,103	0,272

H3b – Existe associação entre a percepção da saúde (prática de exercício físico) e a satisfação dos Idosos com o suporte social.

Para perceber a influência entre a prática de exercício físico e o suporte social, utilizou-se o T-Teste. Ao observar a tabela 20, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas apenas na subescala *Satisfação com Amizades*, aceitando-se assim, a hipótese formulada para esta. No que toca às restantes subescalas verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, rejeita-se a hipótese inicialmente formulada.

Observa-se ainda que os participantes que praticam exercício físico têm maior satisfação com amizades e com as actividades sociais comparativamente com os que não praticam exercício físico. No entanto, os sujeitos que não praticam exercício físico possuem médias mais elevadas nas intimidades e na satisfação com a família.

Tabela 20 - Teste T entre a prática de exercício físico e o suporte social

Subescalas	Prática de exercício físico		T	P
	Sim	Não		
	M	M		
Satisfação com Amizades	17,13	15,47	2,310	0,023
Intimidades	11,44	11,53	-0,128	0,898
Satisfação com Família	9,63	9,74	-0,186	0,853
Actividades Sociais	5,90	5,84	0,152	0,879

Capítulo VI – Discussão dos Resultados

Recordamos que este estudo foi levado a cabo com o propósito de se conhecer a percepção que os idosos têm sobre o suporte social que auferem. As hipóteses colocadas foram no sentido de tentar responder, em parte, a esta questão. Mais concretamente no sentido de perceber se, o facto, dos idosos viverem em meio rural influencia ou não a percepção do suporte social, e compreender se este pode estar relacionado com o bem-estar biopsicossocial.

Assim neste capítulo pretendemos proceder à discussão dos resultados apresentados, integrando-os e comparando-os com o conhecimento científico acumulado nesta área. Faremos esta discussão dos resultados pela ordem de apresentação dos mesmos e na sequência das hipóteses formuladas e testadas.

Assim a amostra deste estudo, é constituída por 130 Idosos, sendo 85 do sexo feminino e 45 do sexo masculino. São múltiplos os estudos sobre idosos em que o predomínio feminino se verifica: os factores que contribuem para esta tendência prendem-se com a relação de masculinidade, os efeitos de sobremortalidade masculina, os efeitos dos fluxos migratórios e da esperança de vida, que como sabemos é mais elevada no caso das mulheres (INE, 2011). Este dado mostra ainda que o facto de existirem mais mulheres na amostra reforça a ideia de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde e sociais do que os homens.

A idade da amostra total correspondendo a uma idade média de 75,18 anos, contudo a análise em função do género mostra, que a média de idades para o sexo feminino é de 74 anos ou seja ligeiramente inferior à do sexo masculino (77 anos), o que denota maior envelhecimento, no sexo masculino no caso da nossa amostra.

A verificação do estado civil revela que a maioria dos idosos são casados mas, com um valor bastante significativo e aproximado temos o estado de viuvez, o que não nos surpreende em indivíduos nesta faixa etária. Vimos ainda que as mulheres, na sua maioria, são viúvas, dados que estão em concordância com as características nacionais divulgadas pelo INE – as taxas de nupcialidade de idosos são mais elevada nos homens (casamento de segunda ordem) e a viuvez nas mulheres. Corroboram ainda os estudos de Martins (2006) quando afirma que a dissolução familiar essencialmente por morte do cônjuge, adquire na população idosa uma importância crescente que não se verifica em grupos etários mais jovens.

No que diz respeito às habilitações literárias da nossa amostra, encontramos com maior destaque, *os analfabetos*, a segunda opção para as mulheres corresponde à habilitação *inferior ao 1º ciclo* e para os homens corresponde ao *1º ciclo*. Esta situação deve-se em nosso entender, ao facto de aquando em idade de frequentar a escola, estes idosos, serem obrigados pelas circunstâncias sociais ir para o campo, ou “servir” (como referem) para poderem ajudar os pais no sustento da família. De destacar a existência de famílias numerosas muito comuns em meio rural, onde se verificava uma economia comum, em que todos contribuía para o mesmo fim.

Como esperávamos, a grande maioria dos idosos inquiridos encontra-se reformada; tendência que se verifica para homens e mulheres. Estes dados estão de acordo com as estatísticas nacionais que diz que “as pensões constituem a componente mais importante dos rendimentos dos idosos”.

A reforma revela-se como marcador que limita, o afastamento do indivíduo do seu ritmo quotidiano, de uma forma brusca quando atinge a idade estipulada, os 65 anos, não existindo uma preparação pré-reforma.

O afastamento do mundo laboral é efectuado, em muitos dos casos, em condições que não permitem ao reformado, o mínimo indispensável para lhe garantir viver com dignidade e qualidade de vida.

Não ficámos surpreendidos com as respostas obtidas sobre a satisfação com o valor dos rendimentos, uma vez que dos idosos inquiridos existe uma insatisfação com esses valores, verificando-se maiores níveis de satisfação associados ao sexo feminino.

No meio rural os idosos, apesar de receberem a sua reforma, ainda mantém algum nível de actividade, na sua maioria, a mesma que desempenharam durante a sua vida, os trabalhos agrícolas, agora em menor dimensão.

Nas sociedades modernas existem mudanças conceptuais e estruturais na família. O local de residência tem-se revelado em diferentes estudos um factor importantíssimo no bem-estar psicológico do idoso. Anteriormente as famílias, como núcleos fundamentais acolhiam os idosos, existindo um *familismo* tradicional, o clã em que os avós, pais, filhos e netos coabitavam na mesma casa, actualmente existem alterações (Martins, 2002).

Os resultados apontam que a grande maioria dos idosos da nossa amostra reside em casa própria, apenas 3,0% em casa de familiares e apenas um idoso (mulher) está institucionalizado.

A família deixou de ser o espaço mais marcante de realização, desenvolvimento e consolidação, nuclearizou-se tornando incompatível a coabitação com os mais velhos, e assim, surge a necessidade de institucionalizar o familiar “velho” nas instituições de acolhimento de idosos (Santos, 1995, citado por Martins, 2002).

Verificamos assim que os idosos vivem maioritariamente, com o cônjuge e/ou sozinhos sendo, poucos os que residem com os filhos. De notar que são as mulheres as que vivem mais sozinhas e contrariamente os homens vivem mais frequentemente com o cônjuge. Estes resultados derivam, possivelmente, do facto de as mulheres ficarem viúvas mais cedo e os homens contraírem novos casamentos.

O isolamento, como as inúmeras formas de exclusão social, de que são alvo os idosos, condicionam grandemente a fase da velhice, evitando que esta possa ser vivida com maior qualidade de vida. O nosso estudo reforça esta concepção, sendo um sentimento que é mais expresso pelas mulheres do que pelos homens.

Pudemos constatar que no concelho de Armamar os idosos ainda são visitados, na sua maioria (66,0%) pelos familiares, sobretudo nas épocas festivas, contudo, ficou igualmente claro que as visitas dos vizinhos/amigos são peças fundamentais que compõem o seu quotidiano. Contrariamente à maioria, encontramos 7,8% dos nossos inquiridos que responde frontalmente não ser visitado por ninguém, dado que engrossa as fileiras dos que defendem que a solidão é um sentimento muito presente nos idosos.

Face a todas estas constatações, as sociedades vão tentando encontrar formas de gerir as mudanças, criando redes de suporte formais e informais de apoio aos idosos. A rede de suporte formal é constituída por organismos de ajuda governamental, e é formada por várias instituições (Centros de dia, Lares, Centros de Convívio, etc.). A rede de suporte informal, ou também chamada rede natural de ajuda, é constituída pelo companheiro, parentes, filhos, amigos e vizinhos. Esta permite uma maior manutenção de autonomia funcional do idoso (Martins, 2002).

As respostas dadas sobre os apoios recebidos demonstram que, derivam essencialmente dos familiares, seguindo-se aqueles cuja percepção é a que não recebem nenhum apoio e só depois aparecem os vizinhos/amigos por quem se consideram

apoiados. De facto as famílias continuam a constituir os principais apoios dos idosos embora os vizinhos em muitas circunstâncias sejam também peças fundamentais, uma vez que, em especial nos meios rurais, sejam considerados parte integrante da família dado que até ao quinto grau é considerada a parentalidade.

Quisemos ainda saber que tipo de entidades forneciam serviços: verificámos que 73,1% não recebe nenhum apoio, 14,6% refere outros (não especificando) distribuindo-se as restantes respostas pelas alternativas associações, apoio domiciliário e centros dia.

O envelhecimento tem sido considerado como um processo termodinâmico de quebra de energia, que é geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, que por fim resultam na morte. Manifestam-se por “declínio da integridade funcional de um órgão, tecido ou células particulares, ou é inespecífico como uma falha de cooperação entre componentes biológicos, ou ainda pelo aumento, com a idade, da associação entre funções que causam instabilidade dinâmica” (Paúl & Fonseca, 2005:28).

A saúde embora destacada por muitos investigadores, como factor determinante no bem-estar dos idosos, têm-no sido também, não só numa perspectiva objectiva mas sobretudo uma compreensão pessoal e subjectiva. Assim a auto-caracterização do perfil de saúde feita pelos nossos inquiridos, mostra que a maioria (85,3%) se considera autónoma. Já quanto às doenças crónicas, foram as cardiovasculares as mais referidas, seguindo-se as psiquiátricas e em terceira posição a diabetes. Esta ordem distributiva foi também seguida pelas mulheres contudo a hierarquia masculina apresenta uma sequência diferente, uma vez que para estes surge a diabetes e na terceira posição estão as patologias reumáticas. Estas opiniões embora revestidas de algumas especificidades compreendidas neste contexto geográfico e cultural, apresentam-se no geral concordantes, com as descritas por vários autores como as mais prevalentes nos indivíduos desta faixa etária (citado por Martins, 2004).

Ainda relacionada com as doenças pudemos constatar que 99,2% toma vária medicação, contra apenas um idoso do sexo feminino que afirma não tomar nenhuma. Estes dados estão mais uma vez a corroborar o facto de os idosos constituírem um grupo em que frequentemente se deteta o uso da polimedicação.

Nestes últimos anos, já são diversos os estudos que têm sido desenvolvidos para tentar descobrir o que contribui para um envelhecimento com qualidade e activo: dos

factores apontados destaca-se a prática de actividade física como essencial. A Organização Mundial de Saúde defende que um estilo de vida activo contribui para prevenir doenças, manter o funcionamento cognitivo e providencia a integração na sociedade que aproxima a pessoa ao meio envolvente (Ribeiro & Paúl, 2011).

Nesta vertente também quisemos conhecer a importância atribuída a esta actividade: verificamos que 80,6% dos idosos da nossa amostra, reconhece a importância de praticar actividade física para o seu bem-estar, ao contrário de 19,4% que não a valoriza. Verificamos ainda que 62,0% não a pratica regularmente, e apenas 38,0% responde afirmativamente.

Quisemos ainda saber junto do grupo que respondeu afirmativamente que tipo de actividade praticava. Os resultados mostram que a actividade mais praticada (44,9%) é a *caminhada*, seguindo-se a *ginástica*⁴ para 36,7% e apenas 18,4% respondeu outras.

Procurámos ainda indagar quanto tempo por semana se dedicam a este tipo de actividades, as respostas mostram que 48,9% dos idosos ocupa mais de 1 hora, 44,7% entre 30 minutos a 1 hora e apenas 6,4% afirma dedicar-se menos de 30 minutos. A comparação por sexo, mostra que a maior percentagem de homens lhe dedica entre 30 minutos a 1 hora e as mulheres mais de 1 hora.

Relativamente ao tipo de acompanhamento que tinham durante o desenvolvimento da actividade, verificamos que 54,2% dizem ser um monitor, 41,7% refere não ter nenhum acompanhamento e apenas 4,2% (todas mulheres) expressam ser acompanhadas por amigos.

Vimos ainda que a entidade que maioritariamente proporciona estas actividades é para (93,2%) dos Idosos o Projecto Social, caindo um pequeno grupo na alternativa outros.

Uma vez que os idosos inquiridos frequentam o balcão de proximidade do Projecto 3I's de Armamar, têm acesso a toda a informação sobre a agenda sénior impulsionada pelo projecto. Este procedimento faz com que o incentivo à participação nas actividades físicas e desportivas seja feito junto do idoso, o que leva a uma maior adesão às aulas de actividade física dinamizadas pelo projecto nas Localidades do concelho.

⁴ Pretendemos com termo ginástica englobar toda a actividade física organizada e regular.

De facto a inactividade pode potenciar um círculo vicioso, pois ao afastar-se e isolar-se, não pode aproveitar as oportunidades que a comunidade lhe oferece, o seu campo de acção irá restringir-se gradualmente e as suas capacidades, físicas e cognitivas, diminuirão (Ribeiro & Paúl, 2011).

As razões que apontaram e que estão na base de não praticarem actividade física, centram-se: nas dificuldades físicas, na falta de vontade e ainda na falta de actividades existentes o que vem reforçar a ideia que as limitações físicas e condições de saúde condicionam a participação dos idosos nas diversas actividades facultadas pela própria comunidade.

Percebemos ainda que os idosos inquiridos ocupam os seus tempos livres a ver televisão, 22,8% a conversar, 20,2% na jardinagem/ agricultura, e ainda 11,6% a passear. As actividades do tipo ler, ouvir musica, fazer trabalhos manuais e jogar são práticas preferidas apenas por pequenos grupos. A comparação por género mostra que os homens tendem mais a conversar enquanto as mulheres se dedicam mais à jardinagem.

Quanto a participação em actividades festivas verificamos que 60,5% dos participantes responde Sim e 39,5% diz Não. Junto dos que responderam Sim, quisemos ainda identificar o tipo de actividade: as respostas mostram que a primeira opção recai sobre as actividades do Projecto Social (29,8%). As razões apresentadas pelos idosos para não integrarem estas actividades foram: em primeiro lugar a falta de vontade (30,5%), em segundo as dificuldades físicas para 27,0% e em terceiro lugar com 17,0% a falta de actividades. Estes dados corroboram a hipótese da pouca motivação que os idosos demonstram para participar ativamente nas actividades propostas.

Mutran realizou um estudo, nos EUA, com pessoas entre os 58 e os 63 anos de idade, que concluiu que homens casados que viviam com familiares, estavam menos susceptíveis a afirmar-se "felizes" do que os que viviam com a esposa. Por outro lado, o contacto com vizinhos demonstrou aumentar o sentimento de utilidade, talvez porque contactos sociais fora da esfera da família sejam mais voluntários e menos baseados em obrigações sociais, portanto, menos desiguais (citado por Trivalle, 2002).

Os idosos da nossa amostra avaliaram o seu suporte social como Satisfatório (53,9%), 35,2% classifica-o como Bom e 7,0% diz mesmo ser Mau e apenas 3,9% dos inquiridos o considera Excelente. A comparação por géneros mostra uma avaliação mais positiva por parte dos indivíduos do sexo masculino.

Ao questionarmos os participantes sobre “se se considera feliz” verificamos que a maioria (65,1%) dos idosos se considera Medianamente Feliz, 17,1% Pouco Feliz, 2,3% sente que é Infeliz e apenas 14,7% se diz Felizes.

No que diz respeito aos dados sobre os níveis de satisfação dos idosos com o suporte social avaliados pelas dimensões da escala centrando-nos nos resultados da amostra total, verificamos que os níveis de satisfação são moderados em todas as dimensões, contudo são mais elevadas no item *satisfação com amigos* (M = 16,2) seguindo-se *intimidades* (M = 11,4) e a *satisfação com a família* (M = 9,6). O valor mais baixo encontra-se na *satisfação com as actividades sociais* (M = 5,8).

Analisando a satisfação em função do género, verificamos que os resultados medianos são muito próximos em termos de valores (satisfação moderada), contudo verifica-se que existe mais satisfação em todas as dimensões nos indivíduos do sexo masculino.

A primeira hipótese da investigação enunciada procurava compreender a correlação entre o sexo e a satisfação com o suporte social dos idosos: os resultados mostraram que o género tem influência na satisfação com amigos, levando à aceitação parcial da hipótese formulada, uma vez que para as restantes subescalas não se obtiveram diferenças estatísticas significativas.

Considerando os valores médios, constatamos que os homens possuem níveis de satisfação com o suporte social mais elevados em todas as subescalas, comparados com as mulheres.

Undén e Orth- Gomér (1989) ao trabalharem um instrumento de medida ao suporte social chegaram à conclusão que os homens que demonstram uma baixa percepção de suporte social, estão mais susceptíveis de virem a desenvolver sintomatologia depressiva. Situação comprovada por Langford et al., (1997) que demonstraram que a prevalência de perturbações da ansiedade e do humor será mais baixa, quanto maior a percepção de suporte social (citado por Baptista, et al., 2006).

De forma a entender a influência entre idade e a satisfação com o suporte social, verificou-se que a faixa etária dos participantes não influencia a satisfação com o suporte social.

Perante a terceira hipóteses, H1c- Existe associação entre o estado civil e a satisfação dos idosos com o suporte social, podemos observar que apenas existe

diferenças estatísticas significativas na subescala Intimidades, aceitando-se assim, a hipótese formulada para esta dimensão, podendo-se concluir que o estado civil influencia a “Intimidade” dos idosos em estudo. Quanto às restantes subescalas, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas levando à rejeição da hipótese formulada. Face a estes resultados, inferimos que os participantes que vivem acompanhados possuem níveis mais elevados de satisfação com o suporte social em todas as subescalas, comparativamente com os sujeitos que vivem sem companhia.

Os idosos que residem em meio rural, que sempre viveram num espaço socialmente coeso e que as suas habilitações literárias são inexistentes ou muito baixas, tendem a ter maior dificuldade em se adaptarem a novos papéis e situações sociais (Azeredo, 2011).

Perante a hipótese, H1d – Existe associação entre habilitações literárias a satisfação dos idosos com o suporte social, pode inferir-se que as habilitações literárias influenciam a satisfação com amizades e intimidades. Os participantes que sabem ler e escrever possuem níveis mais elevados de suporte social da subescala *Satisfação com amizades; Intimidades e Satisfação com família*. No entanto, os participantes que não sabem ler e escrever têm níveis mais elevados de satisfação na subescala *actividades sociais*, ou seja, os idosos analfabetos da nossa amostra, envolvem-se nas actividades da comunidade onde existe a promoção de socialização.

A influência existente entre o rendimento mensal e o suporte social, nos idosos inquiridos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do suporte social. Refira-se que os participantes com rendimentos mensais inferiores a 200€ apresentam níveis mais elevados na subescala *Intimidades*; os participantes com rendimentos entre 200€ e 500€ têm níveis mais elevados na subescala *Actividades Sociais* e os sujeitos com rendimentos entre os 500€ e os 700€ possuem níveis mais elevados de satisfação com as amizades e com a família.

A hipótese, H1f – Existe associação entre a satisfação com o rendimento mensal e a satisfação dos idosos com o suporte social foi rejeitada, visto que, os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes subescalas.

Na relação entre a variável “*com quem vive*” e a sua influência na satisfação com o suporte social inferimos assim que os idosos junto dos idosos que, os que vivem com o *conjugue/companheiro*, estão mais satisfeitos com o suporte social (em todas as

subescalas, *Satisfação com Amizades; Intimidades; Satisfação com Família e Actividades sociais*) do que os que vivem com os filhos.

Segundo Azeredo (2011:93) “nas famílias unigeracionais o cuidador principal é, geralmente o cônjuge, funcionando os descendentes como cuidadores secundários, sendo para aqueles um suporte afectivo e instrumental importante”. Esta autora ainda salienta que, tal acontece devido aos anos de convivência e ao mútuo conhecimento entre o casal, o cônjuge é a pessoa que está mais apto para o papel de cuidador.

No que diz respeito à hipótese, H2b – Existe associação entre o sentir-se sozinho no seu dia-a-dia e a satisfação dos idosos com o suporte social, verificou-se, que os participantes que não se sentem sozinhos no seu dia-a-dia, possuem níveis mais elevados em todas as subescalas da satisfação com o suporte social, o que nos leva a afirmar que o facto de os idosos não se sentirem sozinhos é preditivo na determinação da satisfação com o suporte social.

A autora Constança Paúl (2005), aponta que os aspectos funcionais do apoio social se apresentam preditores significativos. Uma maior frequência de contactos, através das redes sociais, aumenta a probabilidade de que aconteçam trocas sociais, mas, também os efeitos propriamente protectores da saúde, que são devidos à natureza dessas trocas, ou seja, às funções do apoio, bem como aos aspectos subjectivos envolvidos.

Os idosos inquiridos que passam menos de oito horas sozinhos, possuem níveis mais elevados de satisfação em todas as subescalas que avaliam o suporte social, ou seja, a influência entre o número de horas que passa sozinho e o suporte social.

Num estudo acerca da relação do bem-estar subjectivo e do apoio social em idosos foi confirmado o valor preditivo do suporte social no bem-estar dos idosos, sendo que se chegou às seguintes conclusões: a satisfação com a vida aumenta com a satisfação com o apoio percebido e com o apoio dado; os afectos positivos aumentam com a satisfação com o apoio e; os afectos negativos diminuem quando o idoso dá apoio aos outros. Contudo, este poder preditivo não pode ser generalizado a todas as dimensões do apoio social (Guedea, et al., 2006).

No que concerne à hipótese, H2d – Existe associação entre a frequência das visitas e a satisfação dos idosos com o suporte social, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, aceitando-se, assim a hipótese formulada,

logo, podemos afirmar que a frequência de visita dos familiares interfere com a satisfação com amizades, com a família e com as intimidades.

Refira-se que os participantes em que a frequência de visitas dos familiares é inferior ou igual a uma semana, possuem médias mais elevadas na satisfação com as amizades, com a família, nas intimidades e nas actividades sociais. Portanto, a frequência das visitas dos familiares aos idosos são preditivos na determinação da satisfação com o suporte social.

De acordo com Trivalle (2002) não são só as qualidades do suporte social recebidas que estão relacionadas com o bem-estar, uma vez que o suporte social dado aos outros também aumenta a saúde mental. O nível de reciprocidade entre o suporte recebido e o suporte dado revela um nível satisfatório de autonomia, servindo esta capacidade como um moderador do impacto da estratégia directa e do apoio dado sobre o bem-estar dos idosos. Os idosos que enfrentam de forma directa os seus problemas, recebem e dão apoio são os que assumem maior bem-estar. Tal situação contribuiu para a mudança na concepção dos idosos como sendo um receptor passivo de ajuda, levando a que seja visto também como sujeito activo na promoção do seu bem-estar.

No controlo entre a percepção que os idosos têm sobre o nível de independência/autonomia e o suporte social, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das subescalas, ou seja, rejeita-se a hipótese inicialmente formulada. Contudo, verifica-se que os participantes que se consideram autónomos têm maior satisfação com as amizades comparativamente com os que se consideram parcialmente dependentes. No entanto, os sujeitos que se consideram parcialmente dependentes possuem níveis mais elevados na satisfação nas intimidades, com a família e nas actividades sociais.

O aumento do número de idosos e grandes idosos em relação à população activa, constitui um factor preocupante para o futuro, quer a nível económico, quer a nível social e saúde. O aumento da taxa de dependência dos idosos pode trazer efeitos negativos, tais como: uma sobrecarga para a população activa, despesas com as pensões, cuidados de saúde e de suporte social, o que poderá ser diminuído pela migração. Perante estas consequências, “a necessidade de criar oportunidades de trabalho flexíveis que interesse aos idosos, bem como aumentar a idade de reforma”, podem ser soluções mas estão a ser questionadas pelos Estados Membros da CE (Eurostat 2010, citado por Azeredo, 2011:24)

Para a hipótese se existe ou não influência entre a prática de exercício físico e a satisfação com suporte social, constatou a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na subescala *Satisfação com Amizades*, aceitando-se assim, a hipótese formulada para esta. No que toca às restantes subescalas, rejeita-se a hipótese inicialmente formulada. Contudo, os idosos inquiridos que praticam exercício físico têm maior satisfação com amigos e com as actividades sociais, comparativamente com os que não praticam exercício físico. No entanto, os sujeitos que não praticam exercício físico possuem médias mais elevadas nas intimidades e na satisfação com a família.

A família pode ser uma peça fundamental na prática da actividade física por parte do idoso, uma vez que pode aconselha-lo a participar em algum grupo de actividade física, ou supervisionar alguns exercícios que o idoso pode fazer em casa ou até mesmo motiva-lo a praticar (Ribeiro & Paúl, 2011). Outras situações centram-se em aumentar as oportunidades para o idoso se movimentar mais vezes e durante mais tempo, como por exemplo não efectuar por ele tarefas que ainda possa executar, tais como vestir, ir buscar água, entre outras.

Perante a discussão e apreciação dos resultados, podemos concluir que as variáveis que têm maior influência na satisfação com o suporte social, dos idosos inquiridos no concelho de Armamar são: o género, em que os indivíduos do sexo masculino possuem níveis de satisfação com o suporte social mais elevados em todas as subescalas, comparados com as mulheres; o facto de sentir-se sozinho no dia-a-dia e a frequência de visitas dos familiares, são assim preditivos na determinação da satisfação com o suporte social.

Conclusão

A investigação que nos propusemos desenvolver permitiu-nos comprovar o facto de o envelhecimento ser na verdade um processo complexo e que muitos idosos não estão ainda despertos para as mudanças que este comporta.

Tal como foi referido inicialmente, a população residente em Portugal sofreu um aumento no número de idosos, sendo este evidente na região Norte do país, região esta, que inclui o concelho de Armamar, onde residem os nossos inquiridos. O índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que tem hoje mais população idosa do que jovem.

Sabemos que as causas do aumento da população idosa advêm, principalmente, da diminuição das taxas de natalidade e fecundidade; da diminuição das taxas de mortalidade, sobretudo da mortalidade infantil. Existe quase a erradicação das doenças infecciosas e avanços na medicina, que faz com que os indivíduos, cada vez mais, cuidam de si e da sua saúde.

A literatura tem apontado para o aumento do envelhecimento populacional, a implicação deste na aquisição de doenças mentais e do crescente isolamento, solidão, abandono dos mais velhos e falta de apoios sociais. Desta forma, tornou-se premente o estudo da percepção do suporte social dos idosos, deste concelho, a fim de o conhecermos para posteriormente podermos promover actividades e, mudanças de comportamentos, que envolvam estes indivíduos, famílias e comunidade em geral, de forma a diminuir os efeitos negativos do envelhecimento.

Hoje em dia, não é suficiente pensar na terceira idade apenas com o objectivo de conseguir retardar o envelhecimento e aumentar o tempo de vida, mas sim, prolongar a duração da vida com qualidade e bem-estar.

Para que os idosos possam envelhecer com qualidade de vida, é necessário que todos se constituam em agentes transformadores da sociedade, para juntos buscar o direito de serem tratados com dignidade e respeitados como pessoas.

Um dos mitos que rodeiam os idosos habitantes nas aldeias do interior do país em que um deles é, que se reformam em pequenas comunidades campestres, solidárias, onde os esperam anos de felicidade e poucas preocupações ou cuidados, pois têm forte apoio de redes familiares, disponíveis e presentes. Outro centra-se na ideia de que não têm problemas de saúde, nem necessitam de apoios sociais e financeiros, mesmo não

sendo ricos, vivem confortavelmente, pois o custo de vida é mais baixo no meio rural (Azeredo, 2011). Após a nossa investigação podemos concordar com a autora em algumas considerações, não são mitos, o facto de os idosos rurais terem um apoio familiar mais próximo e que realmente não necessitam de tantos recursos financeiros como podem precisar os idosos a viver nas cidades. Mas isto acontece porque os idosos, mais especificamente, no concelho de Armamar, ainda cultivam os campos para seu sustento e geograficamente os filhos que vivem no concelho ainda terem o cuidado de visitar os pais. Existindo ainda no concelho um vasto número de emigrantes que deixam os seus idosos sozinhos, visitando-os só uma vez no ano. Contudo, necessitam de apoios sociais e de saúde tanto ou mais como os que vivem nas cidades.

Os idosos rurais também necessitam de um suporte social coeso e definido. Quando referenciamos suporte social este é, muitas vezes associado a um tipo de ajuda, formal ou informal, a algo que suporta uma pessoa que está em carência, ou a uma fonte de recursos a que essa pessoa recorre para diminuir as suas necessidades e dificuldades. O suporte social é considerado como uma variável importante, quer para a saúde como para a prevenção da doença.

O suporte social em contexto rural tem de facto visibilidade, pois o vizinho é sobretudo o contacto mais permanente de que o idoso dispõe. Porém a entajuda altera-se por dificuldades funcionais porque a maioria são idosos e “grandes idosos” que prestam apoio a outros idosos, estando todos em situação semelhante, existindo assim uma troca de vivências, por vezes conjuntas de solidariedade entre os seus habitantes.

O estudo mostrou também que a família tem um papel preponderante na satisfação dos idosos com o seu suporte social, pois o apoio familiar está intrinsecamente ligado aos seus efeitos positivos. Quando os idosos têm perceção e satisfação com o suporte social que recebem, adquirem um sentimento de que são amados, sentindo-se seguros para lidar com os problemas do dia-a-dia e com uma auto-estima mais elevada.

Pretendeu-se que esta investigação venha a contribuir para a compreensão de alguns factores psicossociais, pertinentes para a caracterização e compreensão desta faixa etária, no interior da região Norte do País, mais propriamente no concelho de Armamar. Seguidamente apresentam-se as conclusões da investigação, bem como o contributo da mesma para o desenvolvimento de intervenções futuras.

A população estudada é maioritariamente feminina, com uma média de idades

de 74 anos e viúva. As habilitações literárias são baixas, (34,6%) analfabeta, sem apoio institucional e com baixos rendimentos. A grande maioria (96,2%) reside em casa própria e o mais comum é os idosos considerarem-se autônomos (85,3%). Na sua maioria passam o seu dia a conversar ou a executar trabalho de jardinagem. Os idosos da nossa amostra avaliam o seu suporte social como satisfatório (53,9%) e consideram-se mediamente felizes (65,1%). Os níveis de satisfação com o suporte social são moderados em todas as dimensões, contudo são mais elevados no item satisfação com amigos ($M=16,2$).

No que respeita a existência de associação entre as variáveis sócio-demográficas e a satisfação com o suporte social, os dados obtidos apontam para a não existência de relação na totalidade das dimensões. Contudo, o género tem influência na satisfação com as amizades, pois constatamos que os homens possuem níveis de satisfação com o suporte social mais elevado do que as mulheres. O estado civil também tem alguma influência pois os indivíduos que vivem com acompanhados possuem níveis de satisfação com o suporte social mais elevados do que os que vivem sozinhos.

O facto de se sentir ou não sozinho, tem influência na satisfação com o suporte social pois verificou-se, que os participantes que não se sentem sozinhos no seu dia-a-dia, possuem níveis mais elevados em todas as escalas da satisfação com o suporte social, assim como os idosos que passam menos de 8 horas diárias sós.

As visitas frequentes da família interferem também na satisfação com o suporte social e os idosos, de uma forma geral, reconhecem e apreciam o apoio prestado pelos familiares.

O estudo permitiu-nos ainda concluir, que os idosos inquiridos não estavam ainda familiarizados com o conceito de suporte social, contudo atribuem grande importância aos níveis de autonomia. De realçar ainda a constatação de que a manutenção da independência e da autonomia da população idosa não é tarefa fácil face ao acelerado processo de envelhecimento populacional.

A influência da prática de exercício físico na satisfação dos idosos com o suporte social, não é refletida nas suas respostas, contudo os idosos que praticam algum exercício físico demonstram maior satisfação com as amizades e com as actividades sociais comparativamente aos idosos que não praticam. Estes últimos tendem a mostrar maior satisfação com a dimensão intimidades e família.

Como forma de intervenção podemos apontar a promoção de estilos de vida saudável (o já se faz no Projecto 3I's), através da criação de interesses e actividades de estímulo à saúde física e mental, bem como à ocupação de tempos livres. Esta intervenção pode ser conseguida através da criação de espaços de debate e de lazer nos espaços rurais, dirigidos essencialmente a esta faixa etária. Pensamos ser também urgente proceder à alteração das políticas sociais permitindo, o acesso a todos os idosos aos serviços de apoio social, sobretudo ao apoio emocional ou psicológico, apoio na manutenção da saúde e de integração social.

Com base no estudo feito e nos resultados apresentados, estamos convictos que os objectivos inicialmente propostos foram conseguidos, no entanto temos consciência que se trata de uma investigação com algumas limitações regularmente inerentes aos estudos, porém destacamos as limitações temporais.

Esperamos e acreditamos que o estudo aqui apresentado, e as reflexões efectuadas sobre os resultados obtidos, possam constituir um ponto de referência para a compreensão de múltiplos factores no processo de envelhecimento, bem como da influência dos factores psicossociais e da importância do suporte social na fase da velhice. Desta forma, não podendo contrariar as estatísticas (que apontam para um envelhecimento crescente da população), esperamos com esta dissertação contribuir para que o estudo do envelhecimento se torne mais conhecido para ser melhor vivido.

Propomos ainda a criação de uma equipa técnica multidisciplinar, que intervenha directamente na vida quotidiana destes idosos sobretudo porque falamos de idosos a residir em aldeias perdidas no interior Norte de Portugal, onde os recursos são bastante escassos e muitas vezes agravados pelas dificuldades de comunicação. Queremos destacar o bom exemplo e trabalho da equipa técnica do Projecto 3I's, Projecto de Desenvolvimento Social de Armamar, que apesar do excelente trabalho, que tem levado a cabo neste contexto geográfico e social, tem um tempo curto de vigência.

Com a finalização da presente investigação estaremos disponíveis para a sua divulgação junto dos Profissionais da área social e da saúde do concelho onde o estudo foi efectuado, a fim de que possam tomar consciência da realidade vivida e percebida pelos idosos, pois só assim será possível promover o tão desejado e proclamado *Envelhecimento activo e da solidariedade entre Gerações* que este ano de 2012 se promove.

Bibliografia

Bibliografia de fonte documental

AZEREDO, Z. (2011). *O idoso como um todo...* Viseu: Psicossoma.

BAPTISTA, M., & BAPTISTA, A. (2006). Associação entre o suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1), 39-48.

BARRÓN, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno España Editores.

BIRREN, J. (1995). New models of aging: comment on need and creative efforts. *Aging Journal*, 14, 1-3.

CARMO, H. (2001). *Problemas sociais contemporâneos*. Lisboa: Universidade Aberta.

CARRILHO, M., et al., (2004). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, 127-152. Lisboa: INE.

COSTA, A. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva.

COHEN, S. & WILLS, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.

COUTINHO, C. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

FERNANDES, A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

- FERRERO, J., & TOLEDO, M. (1998). Estrés y salud. In P.B. Martín, J. Martínés & T. Aliaga (Orgs). *Intervencion en psicología clínica y salud*. (Pp: 9-58). Valencia: Promolibro.
- FORTIN, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- FORTIN, M. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- FORTIN, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- GUEDEA, M., et al., (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 301-308.
- HILL, M., & HILL, A. (2011). *Investigação por questionário*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- IMAGINÁRIO, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- LAKATOS, E., & MARCONI, M. (1996): *Técnicas de pesquisa*. 3ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- MARTINS, R. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Dissertação de Doutoramento: Universidade da Extremadura.
- MARTINS, R., & ALBUQUERQUE, C., et al. (2006). *Qualidade de vida do indivíduo com lesão medular traumática*. Viseu: Escola Superior de Saúde. 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (Texto não publicado, disponível na ESSV).

- PAÚL, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- PAÚL, M. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Sociologia. Pp: 275-287.
- PAÚL, M., & FONSECA, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- PESTANA, H., & GAGEIRO, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Silabo.
- PIMENTEL, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L. (2000). *Manual de investigação em ciências sociais*. 3ª Edição. Coleção Trajectos. Lisboa: Gradiva.
- RAMOS, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7 (4), 156-175.
- RIBEIRO, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 247-558.
- RIBEIRO, O. e PAÚL, M. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- SAMUELS, M., & WITMER, J. (2003). *Statistics for the Life Sciences*. 3ª Edição. Prentice Hall: Pearson Education.
- SARACENO, C. (1998). *Sociologia da Família*. Lisboa: Estampa.
- SEIDL, E., & TRÓCCOLI, B. (2001). Análise factorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234.

SERRA, A. (2005). *O stress na vida de todos os dias*. 3ª Edição. Coimbra: Edição do autor.

SOUSA, L., & CERQUEIRA, M. (2004). *Envelhecer em familiar: Os cuidadores familiares na velhice*. Porto: Ambar.

SOUSA, L., & CERQUEIRA, M. (2006). *Envelhecer em familiar: Os cuidadores familiares na velhice*. 2ª Edição. Porto: Ambar.

THOITS, P. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.

TRIVALLE, C. (2002). *Gerontologie preventive: elements de prevention du vieillissement pathologique*. Paris: Masson.

Bibliografia de fonte computadorizada

INE. (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Consultado em 03 de Janeiro de 2012. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

ROSA, M. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, 122 (3), 679-689. Consultado em 14 de Dezembro de 2011. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223291769P9jTF5la0Hq76JE3.pdf>

GEOESCOLA.ORG. (2009). Consultado em 8 de Dezembro de 2011. Disponível em http://geoescola.org/index.php?option=com_rsgallery2&page=inline&gid=32&limit=1&Itemid=159&limitstart=1

MARTINS. R. (2002). Envelhecimento demográfico. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 26. Consultado em 04 de Dezembro de 2010. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/626/1/Envelhecimento%20demogr%C3%A1fico.pdf>

MARTINS. R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 128-134. Consultado em 04 de Dezembro de 2010. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium31/9.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2002). *Versão em Português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL)*. Consultado em 04 de Dezembro de 2010. Disponível em <http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol1.html>

RODRIGUES. V. (2008). *Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbações psiquiátricas: Estudo exploratório*. Monografia, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Consultado em 06 de Janeiro de 2012. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1004/2/10593.pdf>

Apêndices

Apêndice I – Carta de Autorização

Exma. Senhora Coordenadora Técnica
do Projecto 3I's – CLDS de Armamar

Assunto: *Pedido de autorização para colheita de dados para uma investigação no âmbito do Mestrado em Serviço Social*

Como é do conhecimento de V. Exa. eu, Catarina Sofia da Silva Igreja Monteiro, encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Serviço Social, na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu.

Tendo em vista a realização da dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Martins, proponho-me realizar um estudo subordinado ao tema: Idosos Residentes em Meio Rural: Satisfação com o Suporte Social

Os objectivos do estudo visam conhecer o contexto real do envelhecimento dos idosos a viver em meio rural, principais necessidades sentidas e a importância que atribuem ao suporte social recebido.

Para desenvolver a dissertação, necessito de recolher informação junto da população idosa a viver no Concelho de Armamar. Neste sentido, venho solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário (que anexamos a este pedido), junto dos idosos que se dirijam ao Balcão de Proximidade do Projecto 3I's.

Assegurarei que os dados serão tratados com o maior sigilo profissional, comprometendo-me assim a garantir a confidencialidade, privacidade e o anonimato dos participantes.

Procurarei não interferir no bom funcionamento dos serviços, uma vez que os questionários serão preenchidos no período de espera de atendimento dos idosos pelos serviços de saúde prestados pelo Balcão de Proximidade do Projecto 3I's.

Foi também elaborado uma folha de consentimento informado para colocar a todos os clientes, onde é explicada a essência do estudo, sendo dado aos participantes a liberdade para poderem ou não participar neste estudo.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração, agradecendo, desde já, a atenção dispensada.

Armamar, 21 de Novembro de 2011

(Catarina Sofia da Silva Igreja Monteiro)

Apêndice II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Espaço a preencher pela responsável da investigação

Data de Aplicação: ___/___/___

N.º Questionário: _____

Exma. (a) Sr. (a), venho por este meio solicitar a sua autorização para participar numa investigação sobre a *satisfação com o suporte social dos idosos a viver em meio rural*, mais propriamente no Concelho de Armamar. Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu.

Para atender a este objectivo, é necessário a realização de vários questionários, onde serão colocadas questões relacionadas com a forma como percebe o seu suporte social incluindo a relação que mantêm com a sua família no momento.

Não haverá qualquer inconveniência para todos os que participarem nesta investigação assim como para os que não participarem.

Todos os dados obtidos através destes questionários são totalmente confidenciais, ou seja, será respeitada a sua privacidade. Em nenhum momento será revelado algum dado que o possa identificar.

Após ter sido explicado verbalmente e em detalhe os aspectos aqui mencionados, solicitamos a sua assinatura neste consentimento informado escrito para formalizar a sua participação neste estudo.

Depois de ouvir/ler as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura do Cliente: _____

Assinatura da Investigadora: _____

Apêndice III – Questionário

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu
Mestrado em Serviço Social



QUESTIONÁRIO

Este questionário foi elaborado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Serviço Social como objectivo de realizar um levantamento de informações sobre a satisfação com o suporte social dos idosos do Concelho de Armamar. Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que, tentando ser o mais honesto(a)/sincero(a) possível, responda de acordo com a sua situação a todas as questões. As informações recolhidas são de carácter anónimo e confidencial. Agradecemos desde já a sua colaboração.

Espaço a preencher pela responsável da investigação

Data de Aplicação: ___/___/___

N.º Questionário: ___

Parte I - Caracterização Sócio-Demográfica

Assinale com uma cruz (X) a opção que melhor se adequa à sua situação

1 - Género F M

2 - Idade _____ anos

3 - Estado civil

Solteiro	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>	Viúvo	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>	União de Facto	<input type="checkbox"/>

4 - Habilitações Literárias

Analfabeto	<input type="checkbox"/>	3º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>	Secundário	<input type="checkbox"/>
< 1º Ciclo	<input type="checkbox"/>	Curso Superior	<input type="checkbox"/>
1º Ciclo (Antiga 4ª classe)	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
2º Ciclo	<input type="checkbox"/>		

5 - Situação face ao emprego

Empregado	<input type="checkbox"/>
Desempregado	<input type="checkbox"/>
Reformado	<input type="checkbox"/>

6 - Tipo de Pensão

Pensão de Velhice	<input type="checkbox"/>	Pensão Social	<input type="checkbox"/>
Pensão de Invalidez	<input type="checkbox"/>	Pensão de Sobrevivência	<input type="checkbox"/>
Pensão Social de Invalidez	<input type="checkbox"/>	Regime Rural	<input type="checkbox"/>
Complemento Solidário para idosos	<input type="checkbox"/>		

7 - Rendimento Mensal

Inferior a 200€ Entre 700€ e 1000€
Entre 200€ e 500€ Superior a 1000€
Entre 500€ e 700€

8 - Sente-se satisfeito com o valor do seu rendimento mensal?

Sim Não

Parte II - Variáveis Circunstanciais

9 - Onde vive?

Em casa própria Em casa de familiares
Lar de idosos

10 - Com quem vive

Sozinho Com Cônjuge/Companheiro
Com Filho (s) Com outros familiares/amigos

11 - No seu dia-a-dia sente-se sozinho?

Sim Não

Se sim

11.1 - Quantas horas por dia passa sozinho?

menos de 8h
Entre 8h e 16h
Entre 16h e 24h

12 - Quem o costuma visitar?

Familiares Ninguém
Vizinhos/Amigos Outros

13 - Com que frequência a sua família o visita?

Uma vez por semana Todos os dias
Uma ou mais vezes por semana Apenas em épocas festivas
Nunca

14 - Usfrui de apoio:

Familiar Vizinhos/amigos
Institucional Nenhum

15 - Usfrui de serviços fornecidos por:

Apoio Domiciliário Associações Nenhum
Centro de Dia Outros

Parte III - Percepção da Saúde

16 - Considera-se uma pessoa:

Autónoma
Parcialmente dependente
Completamente dependente

17 - Tem alguma doença crónica relacionada com:

Doença respiratória Doença reumatismal
Doença cardiovascular Doença mental/ psíquica/depressão
Diabetes Outros

18 - Toma medicação?

Sim Não

se sim

18.1 - Necessita de apoio para:

A toma Requisição/compra
Preparação diária Nenhum

19 - Considera ter uma alimentação saudável?

Sim Não

20 - Considera a prática de actividade física e/ou ocupacional importante para o seu bem-estar?

Sim Não

21 - Exerce algum tipo de actividade física?

Sim Não se respondeu não passe à questão 22

se sim qual?

Actividade física "ginástica" Caminhadas
Outros

21.1 - Quanto tempo por semana ocupa a realizar a actividade mencionada?

Menos de 30 minutos Mais de 1 hora
Entre 30 minutos a 1 hora

21.2 - Qual o tipo de acompanhamento?

Não tem Com monitor
Com amigos Outros

21.3 - Quem proporciona essas actividades?

Instituição Projecto Social
Autarquia Outros

22 - Quais as razões para não praticar mais actividade física e/ou ocupacional?

Falta de tempo	<input type="checkbox"/>	Falta de companhia	<input type="checkbox"/>
Falta de vontade	<input type="checkbox"/>	Falta de recursos financeiros	<input type="checkbox"/>
Dificuldades físicas	<input type="checkbox"/>	Falta de actividades	<input type="checkbox"/>

Parte IV - Actividades Sócio-Culturais

23 - Como ocupa os seus tempos livres?

Passear	<input type="checkbox"/>	Trabalhos manuais	<input type="checkbox"/>
Ler	<input type="checkbox"/>	Jogos	<input type="checkbox"/>
Ouvir música	<input type="checkbox"/>	Conversar com vizinhos e amigos	<input type="checkbox"/>
Ver televisão	<input type="checkbox"/>	Fazer trabalhos de jardinagem/agrícolas	<input type="checkbox"/>

24 - Participa em actividades/ festas da Câmara Municipal de Armamar/ festas da Igreja ou de outras instituições?

Sim Não

se sim quais:

Jantar de Natal	<input type="checkbox"/>	Actividades do Projecto Social	<input type="checkbox"/>
Festas do Padroeiro	<input type="checkbox"/>	Actividades das Instituições	<input type="checkbox"/>
Visitas Temáticas	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

se não porque:

Falta de vontade	<input type="checkbox"/>	Falta de companhia	<input type="checkbox"/>
Falta de transporte	<input type="checkbox"/>	Falta de recursos financeiros	<input type="checkbox"/>
Dificuldades físicas	<input type="checkbox"/>	Falta de actividades	<input type="checkbox"/>

25 - Como habitante do Concelho de Armamar como avalia o seu suporte social?

Excelente	<input type="checkbox"/>	Satisfatório	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>	Mau	<input type="checkbox"/>

26 - Considera-se uma Pessoa

Feliz Mediamente Feliz Pouco Feliz Infeliz

**Parte V - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL
(Ribeiro, José Pais. 1999)**

Esta parte destina-se a recolher dados sobre a sua satisfação relativamente ao seu suporte social. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar, por exemplo, na primeira afirmação, se pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá assinalar a letra E.

	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- Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3- Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
4- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
5- Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
6- Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E
7- Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
8- Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
9- Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
10- Estou satisfeito com a forma como me relaciono 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 tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
13- Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
14- Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
15- Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E

Obrigada pela colaboração!