



UC/FPCE — 2009

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Análise da percepção das estratégias de *Coping*,
Qualidade de Vida e Forças Familiares numa
amostra composta por idosos da população geral e
idosos utentes de centros de dia: um estudo
exploratório**

Sara Filipa Fernandes Gonçalves (e-mail:
saragoncalves20@sapo.pt)

Dissertação de Mestrado na Área de especialização em
Psicologia Clínica e Saúde, Sub-área de especialização em
Psicologia Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da
Professora Doutora Isabel Alberto

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, Qualidade de Vida e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Resumo: O objectivo do presente estudo exploratório prende-se com a análise da percepção das estratégias de *coping*, qualidade de vida e forças familiares numa amostra composta por idosos da população geral (grupo A, N=27) e por idosos utentes de centros de dia (grupo B, N= 30). Os instrumentos utilizados nesta análise foram as Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-Copes – McCubbin, Larsen & Olson, 1981), o Inventário de Qualidade de Vida – versão parental (QV – Olson & Barnes, 1982) e o Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007). Além destes, foi também utilizado um Questionário Sócio-Demográfico e uma Ficha de Dados Complementares. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A e o grupo B ao nível da escala total da Qualidade de vida, da satisfação com o tempo, relações sociais e saúde. Em relação ao estilo de *coping*, detectámos diferenças entre os grupos, sendo que o grupo de idosos em centros de dia mostrou uma tendência significativamente superior na utilização das estratégias relacionadas com a aquisição de suporte social e apoio formal, ambas estratégias de *coping* externas. Na escala total das Forças Familiares não destacámos diferenças significativas. As análises exploratórias realizadas à amostra geral (N=57) não registaram efeitos estatisticamente significativos das variáveis sócio-demográficas - género, estado civil e estatuto sócio-económico, sobre as escalas da QV, do F-COPES e das FF.

Palavras-chave: Envelhecimento sócio-demográfico, Forças familiares, Família, Estratégias de *coping*, Qualidade de vida.

Analysis the perception of Coping strategies, Quality of Life and Family Strengths in a sample composed by elders with general population and elders in centers of day: an exploratory study

Abstract: The main goal of this exploratory study is the analysis the perception of coping strategies, quality of life and family strengths in a sample composed by elders with general population (group A, N=27) and elders in centers of day (group B, N=30). The means used on this analysis were Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-Copes – McCubbin, Larsen & Olson, 1981), Inventory of Quality of Life - parental version (QV – Olson & Barnes, 1982) and Questionary of Family Strengths (Melo & Alarcão, 2007). Besides these, a social-demographical quiz and a Complementary Data Worksheet were also used. Results revealed significant statistical differences between groups A and B, referring to total scale of Quality of Life, satisfaction with time, social relationships and health. Regarding the style of coping, we found differences between groups, with the group of elders in centers of day to use significantly higher strategies related to the acquisition of social support and formal support, both external strategies for coping. In total scale of Family Strengths we do not find differences of relevance. Research analysis not registered statistical noteworthy effects on social-demographical matters - gender, marital status and social-economical status, concerning scales of QV, F-COPES and FF.

Key Words: Socialdemographic interpretation of life span, Family Strengths, Family, Coping strategies, Quality of life.

Agradecimentos

À minha orientadora Doutora Isabel Alberto, a minha sincera gratidão pelas oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional promovidas pelas nossas interações. Agradeço pelo compromisso assumido, pelos esclarecimentos, pelas exigências, pelas sugestões, pelo respeito com o qual participou em todas as etapas da construção deste trabalho.

Às Professoras Madalena Lourenço, Madalena Alarcão e Paula Relvas, pelo interesse que me despertaram nesta área de especialização, ajudando-me a ver para além de um foco individual.

Às minhas amigas Carla e Joana, que compartilharam comigo momentos únicos durante todo o percurso trilhado nestes últimos anos.

Aos meus pais, pessoas que me acompanham, compartilhando o maior número de sentimentos possíveis e essenciais na minha história e no meu futuro.

À minha irmã pelo eterno companheirismo e apoio.

A todos os meus amigos, pessoas importantes e participantes na minha caminhada rumo ao Mestrado Integrado em Psicologia.

Ao meu querido e eterno bisavô que me transmitiu uma visão sempre positiva da velhice e que partilhou comigo as suas histórias e sabedoria.

Aos idosos participantes da pesquisa, que foram importantes na contribuição do avanço desta dissertação e essenciais na minha evolução pessoal.

Aos responsáveis pelas instituições, que me permitiram recolher os dados e com isso realizar o presente estudo. Agradeço a disponibilidade e o interesse.

Índice

Introdução	
I – Enquadramento Conceptual	
1.1. Envelhecimento Sócio-demográfico	1
1.2. Paradigmas desenvolvimentais: do organicismo ao contextualismo	2
1.3. Abordagem do envelhecimento segundo uma perspectiva de ciclo de vida	4
1.4. <i>Coping</i> e Stress	6
1.5. Qualidade de vida	9
1.6. O lugar do idoso na família: forças familiares e apoio informal e formal	11
II – Objectivos	15
III – Metodologia	
3.1. Descrição da amostra	18
3.2. Instrumentos utilizados	
3.2.1. Questionário Sócio-Demográfico	20
3.2.2. Ficha de Dados Complementares	20
3.2.3. Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-Copes)	21
3.2.4. Qualidade de Vida (QV)	23
..... 3.2.5. Forças Familiares (FF)	26
3.3. Procedimentos	29
IV – Resultados	
4.1. Hipóteses de Investigação	30
4.2. Análises Exploratórias	38
V – Discussão	41
5.1. Limitações do estudo	44
5.2. Sugestões para pesquisas futuras	45
VI – Conclusões	45
Bibliografia	46
Anexos	51

Introdução

O envelhecimento sócio-demográfico nos países desenvolvidos, de algumas décadas a esta parte, é um fenómeno crescente que coloca diversos desafios a nível individual, familiar e/ou social. Falar de envelhecimento sócio-demográfico, é não só destacar a diminuição da taxa de natalidade mas também, o aumento da percentagem de idosos no conjunto da população (Oliveira, 2005; Simões, 2006). Sendo o aumento de idosos uma realidade e uma vez que o suporte empírico sobre esta temática é mais dirigido para os idosos da população geral ou institucionalizados, este estudo propõe analisar o impacto que a vivência desta etapa do ciclo de vida (velhice) e o apoio de uma entidade formal (centros de dia) tem ao nível da percepção das forças familiares, das estratégias de *coping* e da qualidade de vida a partir de duas amostras: uma específica e outra de comparação. Pretendemos ainda explorar os efeitos de algumas variáveis sócio-demográficas na percepção das forças familiares, da qualidade de vida e das estratégias de *coping*.

Começaremos por abordar o envelhecimento sócio-demográfico e os paradigmas desenvolvimentais do processo de envelhecimento. Depois, serão descritos os objectivos deste trabalho e a metodologia utilizada, bem como, os resultados e respectiva discussão. Posteriormente, faremos referência às limitações inerentes ao estudo, assim como, a sugestões para pesquisas futuras.

Deste modo, pretendemos fornecer um pequeno contributo para um conhecimento mais aprofundado acerca das especificidades desta etapa do ciclo de vida, quer nos próprios indivíduos, quer no sistema familiar e social¹.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Envelhecimento sócio-demográfico

Constata-se que a população está a envelhecer, registando-se drásticas modificações na estrutura da população (Oliveira, 2005; Simões, 2006). A taxa de natalidade reduziu acentuadamente, e a esperança de vida à nascença aumentou. Daqui resulta um duplo envelhecimento da população: a partir da base da pirâmide, com uma redução vertiginosa do número de jovens e, a partir do topo, com um aumento da faixa etária de idosos (Oliveira, 2005; Simões, 2006). Temos na actualidade, uma população de idosos que já supera e, segundo o cenário mais plausível, excederá ainda mais, a população juvenil. Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS), há uns anos atrás, se propunha como objectivo aumentar a esperança de vida, hoje coloca como desafio aumentar a expectativa de vida activa dos idosos, ou seja, pretende dar aos idosos uma melhor qualidade de vida que passa por mantê-los activos (Oliveira, 2005).

Se o fenómeno do envelhecimento sócio-demográfico pode ser considerado universal, por se verificar à escala mundial, ele não é experienciado da mesma forma, em toda a parte, por todos os indivíduos

¹Torna-se importante salientar, que os construtos forças familiares, qualidade de vida e *coping* são medidos numa dimensão familiar, mas os grupos referem-se aos sujeitos respondentes. Serão analisados os resultados em termos individuais e familiares, conforme os instrumentos utilizados e a literatura encontrada o permitem.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

(Simões, 2006), sendo que os “caminhos do envelhecimento” não são homogêneos, nem com uma pessoa, nem entre pessoas (Baltes, 1991). Para além de ser pessoal, o envelhecimento é um fenómeno contextual, sendo a complexa interacção entre estas duas ordens de factores que determina a imensa variedade das experiências de envelhecimento, revelando que a população idosa é extremamente heterogénea.

Segundo a OMS, velho é aquele que já completou 65 anos. Contudo, têm sido questionados critérios baseados exclusivamente na idade cronológica. Para além desta, há que atender à idade biológica, psicológica, social, funcional, etc. (Pimentel, 2001; Oliveira, 2005). A idade biológica refere-se aos níveis de maturidade física e ao estado de saúde, enquanto a idade psicológica atende ao desenvolvimento cognitivo-emotivo, à capacidade de adaptação, à aprendizagem e motivação. Por sua vez, a idade social corresponde ao “*status*”, papéis e funções desempenhadas. Há autores que falam da idade funcional, como a capacidade de manter uma actividade e produtividade. Neste sentido, houve alguns países, como os Estados Unidos, que aboliram a obrigatoriedade da reforma determinada pela idade cronológica (geralmente, aos 65 anos).

Não é fácil definir envelhecimento e delimitar inequivocamente esta etapa, porém, têm surgido progressivamente ciências que se dedicam ao estudo do processo do envelhecimento, como a gerontologia, que o faz sob o ponto de vista físico, psíquico e social, com vista à promoção de um maior bem-estar dos idosos. Existe também uma variedade de paradigmas que abordam o desenvolvimento e como tal, o envelhecimento, quer com um foco mais reducionista, mecanicista e/ou organicista quer mais contextual e ecológico.

1.2. Paradigmas desenvolvimentais: do Organicismo ao Contextualismo

Desenvolvimento significa complexidade crescente, diferenciação de funções e aumento de competências (Fonseca, 2005). Durante longos anos, os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento eram tratados como antagónicos, em que a velhice era considerada como um período sem desenvolvimento. Um dos desafios enfrentados pela Psicologia do Envelhecimento foi conciliar estes dois conceitos. Erikson, um dos pioneiros nos estudos sobre o desenvolvimento humano, com a formulação da Teoria do Desenvolvimento (1963,1964), explicitou que este se processa ao longo da vida e que o sentido da identidade de uma pessoa se desenvolve através de uma série de estádios psicossociais (Bee & Mitchell, 1984). Como apontam Bee e Mitchell (1984), a teoria de Erikson colaborou no sentido de oferecer sínteses sobre o desenvolvimento cognitivo e da personalidade, sobretudo na vida adulta.

À medida que se envelhece, que mudanças são esperadas e como surgem, que factores as influenciam e qual o respectivo padrão de evolução? Na tentativa de dar resposta a estas questões, surgiu um conjunto de paradigmas que se debruçaram sobre o modo como se processa o desenvolvimento, destacando ora uma origem interna da mudança desenvolvimental, ora uma origem externa ou uma combinação entre ambas (Fonseca, 2005). O surgimento de diferentes paradigmas deveu-se à consolidação da Psicologia do Envelhecimento como uma nova área da Psicologia, que foi acompanhada por mudanças nos enfoques do desenvolvimento humano, incluindo-se novos contextos de vida e novos fenómenos evolutivos (Bee & Mitchell, 1984).

As perspectivas de natureza organicista preconizam a existência de estádios desenvolvimentais, verificando-se com a passagem do tempo uma progressão de certos atributos de ordem psicológica e comportamental, de uma forma ordenada e sequencial (Fonseca, 2005; Dessen, 2005). Este

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

paradigma não concebe os seres humanos como maleáveis, visto existirem estádios universais (Baltes, 1979; Baltes & Reese, 1984; Lerner, 1986; Reese & Overton, 1970), em que os contextos sociais são vistos como relativamente irrelevantes para a estrutura e sequência do desenvolvimento, desempenhando apenas um papel na inibição ou na facilitação da progressão do desenvolvimento “normal” ou “natural” (Thomas, 1996).

Exemplo disto, é a teoria de Erikson, mencionada anteriormente, que assenta no pressuposto da existência de uma espécie de “ciclos inerentes à vida” ou de maturação progressiva, em que adultos e idosos são afectados por padrões de transformações físicas, psicológicas e sociais, experimentando sucessivos processos de transição e de mudança. Destes processos resulta, frequentemente, a emergência de novos comportamentos, de novas percepções da realidade, de novas redes de relações interpessoais, ou seja, de novas formas de adaptação pessoa-meio. Estas teorias são alvo de críticas por considerarem a regulação das mudanças desenvolvimentais por meio de estádios universais e padronizados, orientadas para objectivos finais previamente definidos. Segundo alguns autores (Baltes & Baltes, 1980; Fonseca, 2005) esta é uma visão demasiado simplista e determinista, que fragmenta o desenvolvimento humano em períodos pré-estabelecidos e sucessivos.

A emergência do paradigma contextualista promoveu o aparecimento de visões alternativas às perspectivas de estádios, propondo que o desenvolvimento humano é um processo dinâmico que se constitui a partir de uma rede sistémica de interações, na qual as dimensões sócio-históricas e culturais estão imbricadas dialecticamente (Fonseca, 2005). Neste paradigma sobressai a ideia de que os indivíduos são agentes que participam activamente na produção do seu próprio desenvolvimento, não se podendo isolar de cada pessoa os contextos, sendo que o indivíduo e o ambiente são entidades mutuamente influentes, co-participantes na construção do desenvolvimento individual e dos grupos que nasceram na mesma época - coortes (Baltes & Baltes, 1980; Neri, 2005; Fonseca, 2005). Neugarten (1969) defende que indivíduos e coortes internalizam o “relógio social”, que serve para regular o senso de normalidade, de ajustamento e de pertença a um grupo etário ou a uma geração. O curso de vida das pessoas é influenciado pelas crenças culturais sobre como devem ser as biografias individuais, por sequências institucionalizadas de papéis e posições sociais, por restrições e permissões legais e informais em relação aos desempenhos e aos papéis esperados para cada idade e pelas decisões das pessoas. Também no decurso da sua ontogenia, os indivíduos formam representações mentais daquilo que são ou podem vir a ser, e essas representações modelam as formas por meio das quais eles interpretam, organizam e avaliam o seu desenvolvimento actual e futuro (Brandtstadter, 1999 cit *in* Fonseca, 2005).

Segundo uma visão contextualizada, a vida não é uma realidade estática ou previsível, pelo que o desenvolvimento dos idosos não é uma questão de maturação, sendo que cada momento é importante por si. A contextualização defende que os seres humanos são determinados pelas suas histórias passadas e de uma forma interactiva com os seus contextos (Thomas, 1996). Deste modo, não considerando padrões fixos e generalizáveis de envelhecimento e de adaptação a esse envelhecimento, à medida que as pessoas envelhecem, os seus percursos tendem a diferenciarem-se cada vez mais uns dos outros, como também tendem a apresentar diferentes necessidades de acordo com os contextos em que se inserem (Fonseca, 2005).

Outra característica deste paradigma contextualizador do envelhecimento prende-se com a ênfase que é dada ao poder de iniciativa da pessoa que está a envelhecer (Saltthouse & Schulz, 1998 cit *in* Fonseca,

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

2005), ou seja, implica uma reestruturação da vida pessoal e social, em função da qual há tarefas desenvolvimentais específicas a cumprir e novos papéis sociais a desempenhar, não confinando a existência a um mero e sucessivo abandono das funções até aí desempenhadas.

1.3. Abordagem do envelhecimento na perspectiva de ciclo de vida

Atingir a velhice significa que se tem um passado histórico e um potencial futuro que fornecem um contexto para a caracterização do indivíduo num dado ponto do tempo. Esta ideia poderá ser alargada a todos os indivíduos de todas as idades e enfatiza a importância de se ver a vida como parte de um fluxo contínuo e dinâmico com um início e um fim.

Considerando a perspectiva de ciclo de vida, as mudanças podem ser tomadas como significativas e desenvolvimentais mesmo não assumindo um padrão universal e invariante. Como referem Baltes, Reese e Lipsitt (1980) “o desenvolvimento humano é determinado pela acção conjunta de influências normativas e não normativas” (cit *in* Fonseca, 2005, p. 108).

Os defensores da abordagem do ciclo de vida, inspirados no paradigma contextualista, têm proposto uma concepção de envelhecimento como um sub-processo integrante do processo mais vasto do desenvolvimento, caracterizado pela ocorrência de mudanças adaptativas sucessivas e influenciado pela exposição a determinados contextos sócio-demográficos (Fonseca, 2005). Esta visão de ciclo de vida respeita e valoriza a natureza dinâmica e desenvolvimental do envelhecimento, encarando a velhice não apenas como um período no fim da vida mas como um processo multidireccional e multidimensional.

Para VandenBos (1998) foi este novo olhar e esta abertura a novas considerações acerca da evolução humana que permitiram reenquadrar o processo de envelhecimento, afastando-se da visão patológica e de declínios irreversíveis e apostando na adaptação criativa que os indivíduos desenvolvem (cit *in* Fonseca, 2005). Nesta medida, destaca-se como essencial, a ideia que durante todo o curso de vida ocorrem ganhos e perdas e, estas últimas, não são exclusivas da velhice. Neri (2002) aponta que a velhice foi, durante largos anos, considerada uma fase de involução, associada somente a perdas do espectro físico, cognitivo, social e psicológico, concepção muito vinculada a uma visão biomédica.

Segundo Baltes e Carstensen (2000) não se pode negar nem minimizar a importância da pesquisa sobre os declínios relacionados com o avanço da idade, pois as dificuldades do envelhecimento são muito reais, envolvendo perdas nos domínios físico, cognitivo e social. Contudo, as dificuldades do envelhecimento não são o “único lado da moeda”, existindo um outro lado, que envolve crescimento, vitalidade, esforço, contentamento, sabedoria, auto-aceitação, reconhecendo a importância de se balançarem os significados das perdas e dos ganhos (Baltes & Carstensen, 2000; Baltes & Smith, 2003). Para Baltes (1991) se a compreensão do envelhecimento se restringisse somente às perspectivas tradicionais, as concepções facultadas seriam insuficientes para a busca de uma visão positiva do envelhecimento, sendo que a expectativa seria o declínio mental e físico.

A velhice como etapa da vida é um processo biológico inevitável, porém não é o único, implicando não somente modificações somáticas como também mudanças psicossociais. As perspectivas inscritas no quadro da psicologia do ciclo de vida, que encaram a mudança desenvolvimental como decorrente ao longo da vida e com um significado próprio em cada uma das fases em que a constituem, têm na sua base um modelo biopsicossocial. Tomando o domínio biológico, sabe-se que muitos dos aspectos do seu funcionamento se alteram à medida que se envelhece, sendo consensual que se trata da área onde a percepção individual pende mais para

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

o lado das perdas desenvolvimentais do que para o lado dos ganhos (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989 cit *in* Fonseca, 2005). Para o idoso, a relação entre o funcionamento físico e o psicológico é de maior relevância à medida que os declínios de natureza física começam a traduzir-se em limitações palpáveis no funcionamento individual global. Baltes (1997) defende que a diminuição do potencial biológico leva a um aumento da necessidade de utilização dos recursos psicológicos, sociais e materiais, de modo a compensar tais perdas.

Quanto ao domínio psicológico associado ao envelhecimento está subjacente a ideia de que existe uma plasticidade intra-individual que se refere ao potencial para mudanças na capacidade adaptativa do indivíduo e à flexibilidade e resistência para lidar com desafios e exigências (Baltes, 1987). Este potencial adaptativo e desenvolvimental do idoso dependerá, em larga medida, dos recursos disponíveis e adquiridos ao longo da vida, que quanto mais numerosos e diversificados forem, maior plasticidade intra-individual lhe conferem para se adaptar a diferentes contextos e circunstâncias. Deste modo, o grau de plasticidade depende dos recursos internos (*e.g.* saúde física e capacidade cognitiva) e dos recursos externos (*e.g.* rede social, *status* económico) disponíveis num dado momento (Baltes, 1987). Por outro lado, os limites desta plasticidade intra-individual são testados pela exposição e vivência de determinados acontecimentos de vida, pois a forma como a pessoa reage a estes dá-nos uma estimativa dos limites da capacidade adaptativa individual (Fonseca, 2005).

No que respeita ao domínio ecológico, isto é, à relação pessoa-ambiente, a interacção contínua que existe ao longo do ciclo de vida entre o indivíduo e o meio envolvente não se interrompe bruscamente pelo facto de se atingir a velhice, apenas se altera. Para analisar a relação pessoa-ambiente, podemos considerar diferentes contextos, que segundo o modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979, 1989) se referem a um espaço físico e relacional, no qual o indivíduo permanece e onde estabelece relações – família, local de trabalho, vizinhança, oferecendo-nos uma visão sistémica do desenvolvimento. Narvaz e Koller (2004) ressaltam que Bronfenbrenner propôs uma passagem do atomismo e do individualismo para outra, que se estende à interacção constante e mútua pessoa-ambiente, em que o indivíduo tem um papel activo. Este modelo foi alvo de uma evolução, revelando modificações e uma preocupação em ampliar o entendimento teórico a fim de contemplar além da pessoa e do contexto, o processo e o tempo (Bronfenbrenner, 2004). De acordo com este modelo, a transformação da importância relativa dos diferentes contextos, traz alterações a diversos níveis, entre as quais, a atribuição de significados distintos a pessoas, tarefas e actividades inerentes a cada um dos contextos, podendo daí resultar quer possibilidades quer constrangimentos em termos do potencial desenvolvimento individual. Para Lawton (1982, 1999) quanto maior for a adaptação recíproca entre as capacidades do indivíduo e os recursos do ambiente físico e humano, melhor será a adaptação do indivíduo ao meio - hipótese da docilidade ambiental (cit *in* Fonseca, 2005).

Para além dos factores mencionados, há um conjunto de factores sociais e culturais que, sob o ponto de vista da psicologia do ciclo de vida, exercem um impacto especial e um papel primordial à medida que os indivíduos envelhecem. VandenBos (1998; cit *in* Fonseca, 2005) detalha as influências exercidas sobre o padrão de vida dos idosos mediante a consideração de quatro estruturas sociais determinantes: a família, o trabalho, o estado e a religião. O autor assume que o papel do trabalho e da família na vida dos adultos é de uma importância muito grande pelo que, eventuais alterações sentidas nestas estruturas, como a passagem à reforma ou a morte do cônjuge, são necessariamente acontecimentos que produzem um impacto no modo de ser e de estar. Nestas situações, a pessoa vê-se

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

perante a necessidade de mobilizar toda a sua capacidade adaptativa, não somente para fazer face a desafios de natureza material ou contextual (como ocupar o tempo, para onde ir durante o dia, etc.), mas igualmente, no sentido de proceder à redefinição da sua identidade social e da utilidade da sua vida.

Existem dois conceitos que embora de uma forma subtil têm vindo a ser referenciados, permitindo construir uma visão alternativa à que habitualmente está destinada aos idosos e à velhice: o de variabilidade e plasticidade. A aplicação do princípio da variabilidade inter-individual ao processo de adaptação face ao envelhecimento, revela-nos que as diferenças entre os indivíduos se acentuam à medida que envelhecem, associando-se a indicadores comportamentais e biomédicos (Lachman & Baltes cit *in* Fonseca, 2005). Por sua vez, a aplicação do princípio da plasticidade ao processo de adaptação face ao envelhecimento comporta dois aspectos.

O primeiro refere-se ao facto da generalidade dos idosos manifestar um elevado potencial de adaptação e de reconstrução interna face à ocorrência de determinadas perdas, o que para Baltes (1999) constitui um dos melhores “seguros de bem-estar” que a pessoa pode ter para enfrentar a velhice (cit *in* Fonseca, 2005, p. 135). O segundo aspecto reflecte a necessidade de contrapor a capacidade de mudança desenvolvimental ao estereótipo que associa a velhice a um período pautado pela estagnação e pela ocorrência exclusiva de perdas desenvolvimentais. Daqui ressalva-se a ideia de quão necessário e premente é encarar o envelhecimento como qualquer outro período do ciclo de vida (*e.g.* infância, adolescência), sujeito a perdas mas também a ganhos (Baltes, 1987; Neri, 2002; Fonseca, 2005).

1.4. Coping e Stress Familiar

A velhice é também uma etapa que promove alterações contextuais que podem representar desafios pessoais ao idoso, afectando a qualidade de vida e gerando níveis de stress.

O corpo começa a mostrar sinais naturais decorrentes do seu envelhecimento, como, por exemplo, a diminuição de memória de curto prazo, de massa muscular, queda do nível de gordura sob a pele, diminuição da elasticidade do coração, artérias e pulmões, aparecimento de rugas, entre outros (Simões, 2006). Também é comum a saída de filhos de casa e a perda de entes queridos, além da diminuição do rendimento económico, principalmente em virtude da reforma.

Da grande variedade de abordagens que o conceito de *stress* tem sido alvo nas últimas décadas, destaca-se a abordagem psicológica “clássica” proposta por Lazarus (1966): “*stress* é um termo geral usado para caracterizar os estados em que, face a um acontecimento, as solicitações internas e/ou externas põem em causa ou excedem os recursos adaptativos do indivíduo ou do seu sistema social” (cit *in* Fonseca, 2005, p.147). Nesta definição é sublinhada a importância quer da interpretação individual do significado dos acontecimentos quer da avaliação dos recursos disponíveis para lidar com a situação potencialmente geradora de *stress*.

Boss (2002) apresentou uma conceptualização de *stress* familiar, defendendo que crenças e valores diferentes influenciam a forma como determinada família define aquilo que induz *stress* e como atribuem significado ao que está a acontecer. De acordo com esta perspectiva de *stress* familiar, a vida familiar está em constante mudança, exigindo uma adaptação contínua dos membros da família e do sistema familiar, mesmo que essas mudanças sejam previsíveis e esperadas. Alarcão (2006) integra as situações de *stress* em duas categorias, ou seja, o *stress* oriundo da transição de um para outro período do ciclo vital, ainda que seja esperado e normativo e, o *stress* advindo de problemáticas particulares, inesperadas e não normativas, que pode afectar a organização estrutural de um sistema familiar.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Inerente ao conceito de *stress* está necessariamente o conceito de *coping*, que se refere aos esforços cognitivos e comportamentais activados com a finalidade de dominar, reduzir ou tolerar as condições geradas por uma situação de *stress* (Serra, 1999). Para Lazarus e Folkman (1984) o *coping* consiste num processo simultaneamente emocional e cognitivo, através do qual a pessoa faz uma série de julgamentos acerca dos potenciais efeitos dos acontecimentos no seu bem-estar. Este processo envolve tarefas adaptativas, cujo resultado final é incerto e em que os limites das capacidades adaptativas individuais perante as exigências internas e externas são postos à prova. Lazarus e Folkman (1984) atribuem ao *coping* duas funções primordiais; a primeira prende-se com a regulação das emoções desajustadas, tomando a forma de *coping* centrado na emoção, referindo-se aos esforços para regular estados emocionais que andam associados ou resultam de acontecimentos geradores de tensão; a segunda função refere-se à alteração da situação ou problema que estejam a provocar o desajustamento, tomando a forma de *coping* centrado no problema e referindo-se aos esforços para agir sobre a origem da perturbação (Serra, 1999; Fonseca, 2005). A ênfase é atribuída ao que a pessoa efectivamente pensa e faz numa situação potencialmente stressante, sendo também frisado o aspecto contextual, o que faz com que a adopção de determinadas estratégias de *coping* seja influenciada pela avaliação que o indivíduo faz quanto às exigências concretas da situação e aos recursos que julga possuir para lhe fazer face.

A nível familiar, o *coping* é necessariamente mais complexo, já que exige que se lide em simultâneo com diversas dimensões da vida familiar (Boss, 2002). Boss (2002) define *coping* familiar como a capacidade que a família (enquanto unidade) tem para lidar com uma situação geradora de *stress*. Para lidar com o *stress*, o sistema familiar utiliza processos cognitivos, afectivos e comportamentais e vai criando e modificando as estratégias de *coping* em função do elemento gerador de *stress*, já que o que poderá ser eficaz num momento e num processo, poderá não ser noutra (Olson & col., 1983).

Olson e colaboradores (1983) agregaram em dois grupos as estratégias de *coping*: a) estratégias internas b) estratégias externas. Dentro do primeiro grupo temos o *reenquadramento*, que se caracteriza por uma atitude activa que encara a situação geradora de *stress* como um obstáculo a transpor e a *avaliação passiva*, que se caracteriza por uma atitude passiva baseada na crença de que com o tempo o problema irá resolver-se, pelo que é uma forma de evitar dar resposta ao obstáculo. Nas estratégias externas de *coping*, temos o *apoio espiritual* que se concretiza na busca de aconselhamento em actividades religiosas, a *aquisição de suporte social*, em que a família ou indivíduo recorre ao apoio de elementos da família alargada, amigos ou vizinhos que prestam um apoio informal e, por fim, a *mobilização de apoios formais*, que diz respeito à busca de recursos técnico-profissionais. Olson e colaboradores (1983) analisaram as estratégias mais utilizadas nas famílias ao longo do ciclo desenvolvimental, concluindo que as estratégias de *coping* utilizadas variam ao longo do ciclo vital da família, porém, o *reenquadramento* parece ser a estratégia de *coping* mais habitual em todas as fases. Por outro lado, a *avaliação passiva* parece ser a menos utilizada nas fases iniciais do ciclo vital familiar, em comparação com as fases tardias. O *apoio espiritual*, por sua vez, é a estratégia frequentemente utilizada por casais mais idosos. Relativamente à *aquisição de suporte social*, Olson e colaboradores (1983) observam um declínio que se inicia na fase de família com filhos em idade pré-escolar e em idade escolar, atingindo o valor mais baixo na fase de lançamento, voltando a aumentar durante as duas fases finais do ciclo de vida familiar. A *mobilização de apoios formais* é uma estratégia utilizada com mais frequência também nas

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

duas últimas fases do ciclo de vida familiar, o que os autores atribuem ao facto de ser uma fase onde as preocupações com a saúde aumentam. Também para Lavee e Olson (1991), o conjunto de respostas face a situações indutoras de *stress* vai variar consoante a etapa do ciclo vital, ou seja, o impacto das fontes de *stress* será diferente consoante a fase da vida em que a família se encontra, assim como as estratégias de enfrentamento que se colocarão em marcha.

Perante a velhice, é necessário que o indivíduo e a própria família se adaptem às problemáticas que lhe estão associadas e aos desafios propostos, exigindo ajustamentos e respostas com vista a uma adaptação funcional.

Sabemos que a natureza dos acontecimentos ambientais potencialmente geradores de *stress* na velhice é diversa, de causa externa (e.g. morte de um familiar, entrada na reforma, etc.) ou interna (e.g. estado de saúde, etc.). É a avaliação cognitiva que o indivíduo faz da situação e as suas respostas para lhe fazer face que constituem processos mediadores entre a pessoa e o meio ambiente.

Lazarus (1998) debruçou-se sobre os processos de “*stress* e *coping*” ligados ao envelhecimento, acentuando o factor individual como a chave para compreender tais processos. Nesta medida, a natureza e o grau das perdas que as pessoas vão sofrendo à medida que envelhecem, a idade em que elas se tornam mais evidentes, as situações em que essas perdas se fazem notar e as emoções associadas a esse facto, constituem aspectos extremamente variáveis de pessoa para pessoa, pelo que o estudo do envelhecimento exige um levantamento exaustivo das estratégias de *coping* de que as pessoas idosas se servem e uma análise de como essas estratégias agem no sentido de proporcionar respostas adaptativas favoráveis em diferentes domínios (cit *in* Fonseca, 2005).

Folkman e colaboradores (1987) realizaram uma pesquisa com 150 homens e mulheres com idades entre 35 e 45 anos e 141 idosos com idades entre 65 e 74, com o objectivo de verificar diferenças no uso de estratégias de *coping* e nas contrariedades diárias (*hassles*) entre jovens e idosos. Os resultados desta pesquisa revelaram que os jovens adultos experimentavam mais *stressores* diários relacionados com as finanças, o trabalho, a manutenção da casa, a vida pessoal, a família e amigos do que os idosos. Já os idosos, em comparação com os jovens, experimentavam mais *stressores* relacionados com problemas ambientais e sociais, a manutenção da casa e a saúde. Quanto às estratégias de *coping*, os jovens utilizavam mais estratégias activas e interpessoais focadas no problema, enquanto os idosos recorriam mais a estratégias passivas e intrapessoais focadas na emoção. Um aspecto salientado por Folkman e colaboradores (1987) é que o padrão das estratégias de *coping* utilizado pelos idosos pode ajudar a explicar o menor número de *stress* diário relatado por eles em comparação com os jovens. O uso de estratégias focadas na emoção (e.g. distanciamento e reavaliação positiva) pode neutralizar alguns incidentes que, desta forma, passam a não ser entendidos como *stressores*. Outra explicação para o menor número de contrariedades diárias em idosos quando comparados a jovens é a redução de papéis sociais dos primeiros, principalmente os parentais e laborais.

Hardy, Concato e Gill (2002) realizaram um estudo com 154 idosos com idade superior a 70 anos em que dois dos objectivos eram identificar os eventos de vida que idosos vivenciavam como mais stressantes e as suas percepções sobre as consequências destes eventos nas suas vidas. Os eventos stressantes mais indicados foram a morte de um familiar ou amigo, doença de um familiar ou amigo, doença consigo próprio e evento não-médico (vitimização e mudança de residência). Ainda que a maioria dos participantes tenha avaliado estes eventos como muito stressantes, as suas consequências foram diversificadas. A maior parte dos participantes

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

declarou consequências negativas, contudo consequências positivas (e.g. início de novas actividades e mudança positiva de sentimentos em relação à vida) também foram relatadas por uma parte da amostra. Esta variedade de respostas quanto às consequências (negativas ou positivas) dos eventos stressantes na vida dos idosos pode revelar a existência, nesta amostra, de diferentes graus de resiliência, factor importante para o envelhecimento bem-sucedido.

1.5. Qualidade de Vida

O actual panorama demográfico e as suas consequências quer a um nível micro quer macro, como a prestação de cuidados de saúde, obrigam à reflexão e reconsideração do papel atribuído aos idosos. Numa etapa em que o declínio físico surge como incontornável, a questão da promoção da qualidade de vida não se pode restringir a um mero factor, implicando considerar critérios multidimensionais (e.g. manutenção da rede social e actividades significativas).

A afirmação do paralelismo continuado entre desenvolvimento e envelhecimento, permitiu encarar as etapas tardias da vida com optimismo, onde a deterioração já não surge como uma condição imperativa mas antes um acontecimento evitável.

Neste seguimento, Baltes e Baltes (1990) apresentaram uma teoria que denominaram de Envelhecimento Bem Sucedido (EBS), sendo o principal lema “acrescentar vida aos anos e não apenas mais anos à vida”. As premissas basilares desta teoria são a heterogeneidade do processo de envelhecimento e a existência de capacidades de reserva, que podem ser utilizadas perante o declínio de determinadas competências, defendendo a continuidade desenvolvimental dos ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida. Baltes e Baltes (1990) consideram que existem limites impostos pela idade para a adaptação e plasticidade comportamental, resultando num aumento progressivo das perdas e uma consequente diminuição dos ganhos. Porém esta não é uma relação linear, pois a recuperação de conhecimentos prévios e a utilização de tecnologias e recursos externos podem minimizar o impacto do processo de envelhecimento sobre o sujeito.

Para Rowe e Rahn (1998) envelhecimento bem sucedido refere-se às pessoas idosas que demonstram pouca ou nenhuma perda nas diversas funções (fisiológicas, cognitivas, psicossociais), comparativamente aos mais jovens e indivíduos homólogos. Rowe e Kahn (1998) defendem que a crença generalizada sustentada na associação idosos-declínios, desvia a atenção dos esforços no sentido de agir sobre factores extrínsecos que influenciam essas mudanças. No seu conjunto, as teorias do envelhecimento bem-sucedido, definem este conceito como complexo e multifactorial, incluindo entre outras, variáveis como a satisfação de vida, bem-estar psicológico, suporte social percebido, saúde física, capacidades funcionais e pertença a redes sociais (Baltes & Carstensen, 1996; Schulz & Heckhausen, 1996; Paúl & Fonseca, 2005). Para Neri (2005), envelhecer bem depende das oportunidades do indivíduo quanto a usufruir de condições adequadas de educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho durante todo o seu curso de vida. Estes são elementos cruciais à determinação da saúde (real e percebida) e da longevidade, da actividade, da produtividade e da satisfação, da eficácia cognitiva e da competência social, da capacidade de manter papéis familiares e uma rede de relações informais, das capacidades de auto-regulação da personalidade, do nível de motivação individual para a busca de informação e para a interacção social.

Segundo o modelo de EBS, o envelhecimento pode ser compreendido através do modelo de selecção, optimização e compensação, em que com a crescente limitação imposta pela natureza biológica e no intuito de aumentar potencialidades, a tarefa adaptativa do idoso consiste em seleccionar metas e objectivos mais importantes, optimizar recursos e compensar perdas,

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

procurando sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Baltes, Staundinger, & Lindenberger, 1999). Podemos definir *selecção* como sendo a delineação de objectivos por parte dos idosos, face aos condicionamentos surgidos pelo envelhecimento, que envolvem a convergência entre as demandas ambientais, as motivações individuais, habilidades e capacidade biológica; *optimização* descreve o processo de procura e maximização das condições e recursos necessários, podendo ocorrer em domínios existentes ou envolver investimento em novos domínios e objectivos; e por *compensação* entendemos a aquisição de meios alternativos para alcançar os objectivos, podendo envolver comportamentos existentes, aquisição de novas habilidades ou construção de novos significados que ainda não estão no repertório do indivíduo (Baltes & Carstensen, 2000; Fonseca, 2005). A par destas teorias de Envelhecimento Bem-Sucedido, surge a perspectiva de Envelhecimento Produtivo, que enfatiza simultaneamente a existência de uma actividade satisfatória em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada, e o bem-estar e qualidade de vida derivados do processo (Kaye, Butter, & Webster, 2003; Simões, 2006).

Ao falarmos de envelhecimento bem sucedido, é incontornável referirmos a qualidade de vida, conceito multidimensional que engloba critérios como o funcionamento fisiológico ou a manutenção das actividades de vida diária (Paúl & Fonseca, 2005), bem como componentes subjectivos, comumente designados por satisfação de vida, que traduzem o balanço entre as expectativas e os objectivos alcançados.

O termo *qualidade de vida* é tido como um construto social relativamente recente, que se adaptou às evoluções e alterações sociais (Ribeiro, 2002). A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (cit in Ribeiro, 2002, p.14). Nesta definição da OMS, a qualidade de vida abrange as dimensões física, psicológica, social e ambiental e surge como um dos indicadores de adaptação ao envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005). A compreensão da qualidade de vida configura-se como uma experiência multidimensional, que ultrapassa largamente a problemática da saúde. A introdução do conceito de qualidade de vida como um construto mais abrangente, deveu-se à mudança de modelo de abordagem das questões da saúde, em que se passou de uma ênfase biomédica para uma mais holística e biopsicossocial.

Bowling, Banister e Sutton (2003, cit in Paúl & Fonseca, 2005), a partir da análise de dados de um rastreio sobre a qualidade de vida da população idosa no Reino Unido, concluíram que os aspectos mais valorizados pelos idosos a residir na comunidade, incluem ter boa saúde e funcionalidade, como também, ter boas relações com a família e os amigos, desempenhar papéis sociais (*e.g.* voluntariado e *hobbies*), viver numa boa casa, numa zona simpática e com boa vizinhança, ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e independência. Contudo, a saúde continua a ser uma área fulcral da qualidade de vida, particularmente para os idosos e o peso desta, mais precisamente da percepção de saúde na qualidade de vida, permanece uma questão controversa. Segundo Brandstadter e Rothermund (2002), as dificuldades dos idosos em termos de saúde e de desempenho comportamental associadas a doenças e perdas irreversíveis, não têm um grande impacto negativo na qualidade de vida percebida. Esta constatação poderá ser explicada pelo processo dual de *coping*, usado pelos idosos para se ajustarem às dificuldades (Brandstadter, 1989; Fonseca, 2005): o *coping* assimilativo e o *coping* acomodativo. O primeiro corresponde a uma tentativa de diminuir as perdas actuais ou antecipadas através de acções compensatórias, ora tentando transformar as situações negativas em

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

situações que se ajustam aos objectivos, ora diminuindo a discrepância entre o estado actual e o desejado ou ideal. Por sua vez, o *coping* acomodativo, corresponde à adopção de objectivos e padrões de mais baixo nível ou exigência, permitindo assim um sentido de auto-eficácia e controlo sobre a vida. Para estes autores, os esforços compensatórios aumentam até aos 70 anos, observando-se a partir daí, um reajuste de expectativas ao desempenho possível, passando a imperar o *coping* acomodativo, que permitirá assegurar uma percepção positiva da qualidade de vida. Esta percepção estará também dependente da existência de recursos externos disponíveis para idosos (Paúl & Fonseca, 2005).

Um estudo da Fundação MacArthur (1984-1998, cit in Rowe & Kahn, 1998) destaca três condições para envelhecer “com qualidade”: manter um baixo risco de doença (estilo de vida saudável), manter um funcionamento físico e mental elevado e manter um envolvimento/compromisso activo com a vida. Por sua vez, um estudo realizado por Castellón (1998-2003 cit in Paúl & Fonseca, 2005) apontou como indicadores de “qualidade de vida” associados ao envelhecimento a autonomia, actividade, recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, pertença a uma comunidade e relações pessoais. Fonseca (1999-2004), num estudo realizado com 502 reformados identifica como categorias de “boa adaptação” à condição de reformado: vida conjugal e familiar, ocupação gratificante do tempo livre, a (re)definição de objectivos, o envolvimento em actividades de cultura e lazer e o enriquecimento da rede social (cit in Paúl & Fonseca, 2005).

O conceito de envelhecimento “com qualidade de vida” só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas. Paúl e Fonseca (2005) verificaram que a resignação com a vida e com o destino é um sentimento muito comum entre os portugueses, especialmente entre os idosos. Este sentimento, em conjunto com uma profunda atitude religiosa, define a imagem dos idosos que envelhecem com sucesso. Num estudo levado a cabo por Paúl (1997) em que se comparou idosos residentes em lares e idosos residentes na comunidade, verificou-se que os primeiros tendiam a sentir-se sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais num dia-a-dia monótono; em contrapartida, viviam menos agitados; os idosos residentes na comunidade viviam mais satisfeitos e os que experimentavam um reduzido bem-estar, ficava a dever-se ao “sentir-se só” e à falta de apoio adequado mesmo para a realização de actividades de rotina (cit in Paúl & Fonseca, 2005).

Em síntese e, tal como afirmam Freire e Resende (2001), se envelhecimento bem sucedido significasse boa saúde física e ausência de limitações, não haveria como dar sentido à existência das pessoas que estão doentes. Por isso, não se pode dizer que declínio físico seja sinónimo de falta de sentido e qualidade de vida, pois muitos envelhecem com qualidade e continuam activos, com objectivos e metas a atingir. Freire (2003) defende também que a auto-aceitação, as relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio sobre o ambiente, a presença de propósitos de vida e, o crescimento pessoal, podem transformar a velhice num período de satisfação e bem-estar psicológico.

1.6. O lugar do idoso na família – forças familiares e apoio informal e formal

Poder-se-á dizer que o envelhecimento sócio-demográfico e particularmente o aumento da esperança de vida, leva a que relações entre gerações sejam potencialmente mais frequentes nos nossos dias, o que leva a que se multipliquem famílias de três e quatro gerações. O aumento da

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

esperança de vida, associado a um conjunto de modificações sociais, repercute-se ao nível do contexto familiar e social com a verticalização das famílias, o crescente número de muito idosos e complexificação nas ligações familiares. Implica que um número crescente de idosos viva mais tempo, quer com autonomia, quer em situação de dependência, o que leva por um lado, a que as famílias passem mais anos a cuidar dos pais do que dos filhos e por outro, a que as crianças e jovens conheçam os avós e até bisavós numa fase plena de autonomia (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Sobre a família é vulgar ouvir dizer que está em crise, que é uma instituição que foi sendo substituída no desempenho das suas funções mais importantes por outro tipo de grupos sociais ou instituições, prevalecendo visões pessimistas e concepções erróneas da família no estágio tardio da vida (Carter & McGoldrick, 1995). Contudo, a família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização afectiva do indivíduo e sentida como uma esfera prioritária de investimentos e de dedicações individuais, com predomínio absoluto sobre as restantes esferas de actividade do indivíduo (Pimentel, 2001). Carter e McGoldrick (1995) realçam que a resposta de cada família aos desafios do estágio tardio da vida depende de padrões familiares anteriormente desenvolvidos, do tipo de sistema que criaram ao longo dos anos e das capacidades e formas de ajustamento às perdas e novas exigências.

O estudo do processo de envelhecimento feito à luz da psicologia do ciclo de vida, conjuga tempos e espaços colectivos e individuais. Adoptando o modelo de Carter e McGoldrick (1995), constituído por seis estádios, o sexto é precisamente famílias no fim de vida e implica, essencialmente, aceitar a mudança nos papéis geracionais, ou seja, a geração mais idosa tem de permitir que os seus descendentes assumam um papel mais central na vida familiar, mantendo espaço no agregado familiar para a sabedoria e experiência dos mais velhos. Este estágio exige, ainda, que se aprenda a gerir uma espécie de perda de naturezas diversas, tais como a morte do cônjuge, irmãos, amigos e a preparação para a própria morte, lidar com perdas de prestígio e poder, relacionadas, normalmente, com o abandono da vida profissional activa. Simultaneamente, integra outro desafio, o de manter o funcionamento e interesse por si e pelo cônjuge face ao declínio físico e explorar novos papéis sociais e familiares (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996). Em resumo, a família no fim de vida, enfrenta um conjunto de desafios aos quais tem de se adaptar: desocupação de papéis anteriores, ser avô, inversão de papel, redução das redes sociais, doença e dependência e morte (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

A reforma associada à terceira idade, assume-se como o ritual de passagem ao estatuto de idoso, representando a transição das pessoas da categoria dos activos à dos reformados, inactivos e improdutivo. Pode trazer efeitos negativos e positivos, podendo ser um tempo de desânimo, se o reformado não souber encontrar novas formas de viver e conviver, de ocupar o seu tempo, mas usualmente torna-se tempo de tranquilidade e de maior disponibilidade para poder fazer aquilo que mais gosta (Oliveira, 2005). Alarcão (2006) defende que a reforma é uma fonte de *stress*, o que não significa necessariamente negatividade, exigindo uma reorganização individual e um reequacionar do casal, nesta etapa tardia do ciclo de vida. A reforma, quando bem preparada e aceite com realismo, pode contribuir para o crescendo de liberdade dos últimos anos e para uma reapropriação e domínio do próprio tempo (Relvas, 1996). Torna-se prioritário, reorganizar o quotidiano, descentrar da profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de utilidade.

Acresce que ao período da reforma se pode associar alguma dificuldade financeira, devido ao aumento de despesas com a saúde e

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

encargos relacionados com a perda de autonomia, conducente à eventual necessidade de recurso ao suporte económico dos filhos e a uma reorganização do estilo de vida (Relvas, 1996; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Por outro lado, a reforma marca a desocupação de papéis sociais activos e apresenta-se como a abertura de acesso à velhice, sobretudo porque o estatuto de reformado é associado à perda de importância social e de poder, exigindo uma reorganização de valores, objectivos e energias (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Com a reforma, os contactos sociais tendem a diminuir, o que por norma leva o reformado a centrar-se na família que é vista como o único centro de investimento social e afectivo (Relvas, 1996). Em casa e na relação conjugal, a tarefa mais complicada é incorporar o homem na vida doméstica, pois mulher e marido, mantiveram ao longo da vida, esferas de acção separadas, das quais cada um, retirava satisfação, significado e auto-estima. Nas relações conjugais o dado mais importante é que no fim da vida, a família volta a ter a composição inicial: o casal sozinho. O aspecto mais relevante apontado pela literatura indica que os elementos do casal, nesta etapa, tendem a realçar aspectos como dependência e proximidade. Os próprios objectivos dos casais alteram-se, passando a valorizar aspectos mais expressivos, tais como, dar atenção e cuidados. O casal no fim de vida vê-se também a reviver sentimentos que ao longo da vida se foram manifestando, mas que eram dissipados por outras prioridades (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

No que respeita à relação filial, regista-se uma inversão do papel parental, isto é, os filhos convertem-se de certo modo em pais dos seus pais, que no entanto nunca o deixam de ser. Desta inversão de papéis, derivam dois aspectos, o receio da perda de controlo e o sentimento de inutilidade (Relvas, 1996). Curiosamente, os idosos, apesar de necessitarem de cuidados dos filhos, continuam com o registo de cuidar das gerações mais novas. Preferem também manter-se na sua residência enquanto for possível, embora perto dos filhos e dos parentes próximos, combinando uma certa privacidade com a interacção familiar, desejando não interferir na vida dos filhos e manter a sua autonomia e independência (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Oliveira, 2005).

Nas sociedades industriais e urbanas, as redes de parentesco assumem um papel muito importante na vida dos indivíduos. A nível normativo, funcionam como um quadro de referência, um elemento estável numa sociedade que muda rapidamente, fornecem normas de conduta que facilitam a integração no meio; a nível expressivo, garantem um suporte moral em situações críticas, geram estabilidade emocional e criam um sentimento de pertença; a nível instrumental, garantem a realização de serviços, ajudam os seus elementos em vários momentos e situações de necessidade ou adquirem alojamento, contribuindo frequentemente, com ajudas financeiras (Segalen, 1981, Coenen-Huther & col., 1991, cit *in* Pimentel, 2001). A intensidade da interacção entre gerações mais novas e mais velhas e o seu efeito sobre a prestação de cuidados aos idosos mantém-se difícil de determinar. Há uma certa disponibilidade para o convívio e para a afectividade que é para o idoso de extrema importância; no entanto o idoso nem sempre consegue manter a sua autonomia, necessitando de um apoio permanente, que exige uma disponibilidade de tempo e de meios que nem sempre se consegue encontrar (Pimentel, 2001).

Viver ao longo dos anos, implica necessariamente a perda de outros, que configura como mais um dos desafios do envelhecimento, pois para além de se ter que aceitar e adaptar à perda de companheiros que fizeram parte da história de vida, o idoso vê-se confrontado com a sua própria morte, traduzindo-se numa tarefa emocional marcante (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004; Paúl & Fonseca, 2005). Howarth (1998, cit *in* Sousa,

Figueiredo, & Cerqueira, 2004) verificou que em relação à morte, os idosos comportam-se de forma diferenciada; uns afirmam a sua preparação para a morte; outros preferem expressar o seu apego à vida, pensando no presente. Este mesmo autor, debruçou-se igualmente sobre os sentimentos relacionados com a morte dos outros, realçando que os idosos se preocupam, por ordem decrescente, com a morte do cônjuge, irmãos, filhos e filhas. Em relação a estes últimos, sentem essencialmente, que não deveriam morrer antes deles próprios. Quanto aos sentimentos envolvidos na perda do cônjuge são destacados a solidão e desorientação, evidenciando-se como principais tarefas psicossociais o luto e o reinvestimento no funcionamento futuro (Carter & McGoldrick, 1995). Lopata (1973, cit *in* Carter & McGodrick, 1995) resumiu em três as fases do ajustamento à viuvez: primeiramente confrontam-se com a aceitação da perda e a transformação das experiências partilhadas em memórias; a segunda fase prende-se com a necessidade de atender às exigências do funcionamento diário e, por fim, encontrar actividades e renovar interesses. Todavia, a experiência de perda não atinge somente o indivíduo tomado isoladamente, exigindo igualmente tarefas adaptativas da família: o reconhecimento partilhado da realidade da morte e da experiência comum da perda, a reorganização do sistema familiar e o reinvestimento em outras relações e projectos de vida (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Estudos empíricos levados a cabo por Davie e Vincent (1998, cit *in* Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004) sublinham que a espiritualidade e/ou a religião ajudam as pessoas a viver a morte e a fazer os lutos e, destacam que as pessoas idosas são mais religiosas que os mais novos, pois tomam a figura de Deus mais seriamente, como juiz e como figura parental.

Neste sentido, consolida-se a ideia de que a família é a principal fonte de apoio, nas suas diferentes vertentes. Contudo, cada vez mais se afiguram diferentes fontes de suporte, apostando-se em respostas coordenadas, que se baseiam na complementaridade entre os vários actores sociais (Pimentel, 2001). No grupo constituído pelas redes de apoio formal, incluem-se serviços estatais, de segurança social e os organizados pelo poder local (*e.g.* lares para a terceira idade, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio). No apoio informal, estão incluídos as famílias do próprio idoso e os amigos e os vizinhos. Estas redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a um grupo, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato. As redes sociais na velhice, devido à desocupação de papéis sociais e à morte de pessoas significativas, vão ficando mais reduzidas, aumentando a solidão do idoso. Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) as redes sociais, pessoais mais amplas são mais protectoras, em que as relações com amigos mais próximos previnem mais a solidão do que as relações com os familiares. Contudo, o apoio familiar é fundamental para quem se encontra nesta etapa de vida, pois como afirma Barros (2002, p.197): “se os mais novos devem encontrar na família o primeiro suporte psicossocial, com mais razão as pessoas idosas necessitam desta instituição fundamental para a sua qualidade de vida”.

A valência de Centro de Dia, que nos interessa particularmente, com a sua característica de equipamento aberto, é um meio caminho entre o domicílio e a institucionalização. Este local passa por ser uma escolha, em casos em que embora os idosos não estejam numa condição de dependência, apresentam algumas dificuldades na realização de tarefas quotidianas diárias. Por outro lado, é visto, habitualmente, como um local acolhedor, no qual o idoso pode participar em actividades mais ou menos interessantes e no qual pode estimular a sua rede relacional, promovendo trocas e interacções com os seus pares. Quando o idoso se mantém em casa e utiliza serviços da comunidade, a complexidade das relações geradas é enorme.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Contudo, o surgimento de estruturas formais não anula obrigatoriamente os cuidados familiares, pois as estruturas formais têm como objectivo garantir a satisfação de tarefas de índole técnico, enquanto as redes e estruturas informais suprem necessidades de cariz emocional e afectivo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

O recurso a estruturas formais é ainda hoje conotado negativamente, contudo, é geralmente aceite como aspecto relevante na vida dos indivíduos idosos, a possibilidade de receber suporte social que pode criar efeitos muito benéficos no bem-estar geral e na satisfação com a vida. Embora a literatura aponte uma associação entre relações interpessoais, apoio social e qualidade de vida na terceira idade, as pesquisas que focalizam esta associação são ainda escassas. Pode-se supor que o idoso que conta com uma rede de apoio social tende a ser mais socialmente competente, além de possuir níveis mais elevados de qualidade de vida do que aquele que interage apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos (Goldstein, 1995).

Em conclusão e como ressalva Lima (2004, p. 11) "... o facto de vivermos mais anos não é, necessariamente um problema, mas sim uma conquista histórica da qual não tirar partido seria uma enorme perda". Para uma vida familiar harmónica, não poderão faltar: sabedoria, flexibilidade e bom senso por parte de todos. Há que se respeitar como cada um envelhece! Não existe uma única maneira de viver esta etapa de vida, sendo que sobre as diferenças individuais, Fontaine (1999, p. 157) assinala: "não se deveria falar de velhice, mas sim de velhices".

Apesar do tema do envelhecimento estar cada vez mais presente na literatura, verifica-se ainda uma limitação em relação à avaliação e análise das forças familiares, estratégias de *coping* e qualidade de vida familiar, sendo ainda mais escasso o estudo das mesmas em população idosa que recorre a um apoio formal (centros de dia). Outro aspecto relevante remete para o facto de na literatura sobressair uma visão da velhice diferente da que nos é dada a conhecer pelo senso comum, sendo este um aspecto interessante a explorar.

II – Objectivos

O presente estudo, exploratório, pretende identificar se há diferenças entre: os idosos da população geral (grupo A) e os idosos utentes de centros de dia (grupo B).

A finalidade desta investigação vai no sentido de contribuir para a identificação das forças familiares, dos padrões de *coping* e qualidade de vida percebida em idosos que frequentam os centros de dia.

Os objectivos específicos sobre os quais o estudo se debruça são:

- a) Comparação entre o grupo A (idosos da população geral) e o grupo B (idosos utentes de centros de dia) ao nível da satisfação com: a) tempo, b) com a saúde, c) suporte social. Estas dimensões serão medidas através do inventário *Qualidade de Vida – Versão Parental (QV)* (Olson & Barnes, 1982, cit. in Olson & col. 1985, Versão portuguesa adaptada por NUSIAF-Sistémica, 2007, validada em 2008);
- b) Comparação dos dois grupos ao nível da utilização de estratégias internas de *coping* e b) estratégias externas de *coping*. Estes aspectos serão medidos pelas Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-Copes – McCubbin, Larsen & Olson, 1981, cit. in Olson & col. 1985, Versão portuguesa adaptada

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

- por NUSIAF-Sistémica, 2007, validada em 2008);
- c) Comparação dos dois grupos ao nível das forças familiares. Este aspecto será medido através do Questionário de Forças Familiares (QFF) (Melo & Alarcão, 2007).
 - d) Analisar os efeitos de algumas variáveis sócio-demográficas (género, estado civil e estatuto socio-económico) nas forças familiares, na qualidade de vida e estratégias de *coping* utilizadas na amostra geral (idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia).

De acordo com Fonseca (2005) a velhice é uma etapa desenvolvimental vista não só sob o prisma das perdas, mas também dos ganhos, facto corroborado por muitas investigações e defendido por outros autores. Assim, partindo dos objectivos acima referidos, e fundamentando através da literatura, poderão ser levantadas algumas hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Espera-se que a percepção do índice de *qualidade de vida* dos idosos do grupo em centros de dia seja significativamente superior ($p > 0,05$) ao grupo de idosos da população geral.

Partimos deste pressuposto tendo em conta que os centros de dia como entidades de apoio formal, desencadeiam respostas associadas a desafios colocados nesta etapa do ciclo de vida, nomeadamente, na redefinição de papéis sociais, conquista de um sentimento de pertença, activação e enriquecimento de relações sociais, e ocupação gratificante do tempo livre (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Fonseca 2005). De acordo com Rowe e Kahn (1998) há um conjunto convincente de investigações que destacam que o apoio social é um determinante chave do envelhecimento bem-sucedido. Deste modo, esperamos uma influência positiva, resultante de frequentar um centro de dia, na percepção da qualidade de vida dos idosos.

Hipótese 2: Espera-se que a satisfação com a *saúde e relações sociais e tempo* seja significativamente maior ($p > 0,05$) para o grupo de idosos utentes de centros de dia em comparação com os idosos da população geral.

A investigação relativa aos idosos considera o efeito das redes sociais na saúde e mortalidade mas também os efeitos no próprio bem-estar psicológico e satisfação com a vida (Paúl & Fonseca, 2005). O papel das redes no processo de envelhecimento refere-se ao seu efeito protector de evitar o *stress* ou efeito “almofada” que amortece o *stress* associado ao envelhecimento e às mudanças desenvolvimentais promovidas.

Hipótese 3: Esperamos que o grupo de idosos em centros de dia tenha um índice significativamente superior ($p > 0,05$) no que respeita à utilização de estratégias de *coping* externas, nomeadamente da *aquisição de suporte social* do que o outro grupo.

A *aquisição de suporte social* remete, segundo Olson, McCubbin e colaboradores (1983), para o apoio informal ao qual a família recorre, em termos de família alargada, amigos e vizinhos. Embora os centros de dia sejam estruturas de apoio formal, criam a possibilidade de activar e maximizar as relações interpessoais e, conseqüentemente, a possibilidade de um maior suporte social, que acaba por não se restringir à família próxima e alargada e aos vizinhos. Contudo, mais do que a extensão das redes sociais,

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

a qualidade das interações que se desenvolve dentro das próprias redes parece ser o elemento mais significativo (Paúl & Fonseca, 2005). Deste modo, os centros de dia, enquanto espaço de partilha e convivência, podem não só contribuir para promover um maior número, como também, um leque mais diversificado de relações interpessoais, aumentando a probabilidade de respostas satisfatórias a esta necessidade.

Hipótese 4: Ainda no que concerne à relação utentes de centros de dia – *coping*, esperamos que haja diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os grupos em relação à dimensão *Mobilização de Apoio Formal*, recorrendo os idosos de centros de dia de forma mais significativa a esta estratégia em relação ao grupo de idosos da população geral.

É ao nível biológico e físico que os idosos mais percepcionem perdas significativas (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989 cit in Fonseca, 2005), levando-os a recorrer a apoio técnico-profissional. Para além do recurso a entidades de suporte médico, os idosos poderão recorrer a outras entidades formais, como os centros de dia, pressupondo-se que os idosos que os frequentam encontrem respostas a nível de suporte e apoio social, minimizando a percepção de perdas, nomeadamente do espectro físico. Deste modo, são reconhecidos os efeitos positivos que o suporte social tem ao nível da saúde e qualidade de vida.

Hipótese 5: Espera-se que não existam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os dois grupos ao nível da *Procura de Apoio Espiritual*, enquanto estratégia de *coping*.

Esta hipótese parte de algumas investigações que põem em manifesto a importância das crenças religiosas na adaptação ao envelhecimento e às perdas, sublinhando o quanto as pessoas idosas são religiosas e a visão que as mesmas têm de Deus, como uma figura ajuizadora e parental (Davie e Vincent, 1998, cit in Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Hipótese 6: Não se esperam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os dois grupos relativamente às *forças familiares*.

Partimos deste pressuposto, atendendo a que a família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização afectiva do indivíduo, sendo percepcionada como uma esfera prioritária de investimentos e de dedicações individuais (Pimentel, 2001). Neste âmbito, a família não surge como fonte de apoio unilateral mas de apoio mútuo, sendo o centro de todo o apoio recebido e prestado (Paúl & Fonseca, 2005).

Além destas hipóteses, consideramos relevante proceder a análises exploratórias referentes à:

- a) Influência de variáveis sócio-demográficas - género, estado civil e estatuto socio-económico, sobre a percepção das forças familiares, da qualidade de vida e das estratégias de *coping* utilizadas na amostra geral;
- b) Correlação entre as forças familiares, a percepção da qualidade de vida e as estratégias de *coping* (na amostra geral);

Posto isto, partimos agora para a explanação da metodologia utilizada neste estudo.

III - Metodologia

Com o objectivo de analisar o impacto da vivência da velhice e das mudanças desenvolvimentais que a mesma promove, comparando duas amostras (idosos utentes de centros de dia e idosos não utentes) assim como, de analisar os efeitos de algumas variáveis sócio-demográficas sobre as forças familiares, a qualidade de vida percebida e as estratégias de *coping* utilizadas na amostra geral, desenhou-se um estudo exploratório *quasi-experimental* (Pais-Ribeiro, 2007)².

A amostra utilizada neste estudo foi recolhida no âmbito do projecto de investigação mais vasto que se debruça sobre três construtos: *coping*, *qualidade de vida* e *forças familiares*.

3.1. Descrição da amostra

Este estudo inclui uma amostra de idosos da população geral (grupo A; N=27), e idosos utentes de centros de dia (grupo B; N=30). De seguida, será feita uma breve caracterização de cada grupo. Todos os procedimentos estatísticos apresentados de seguida foram elaborados a partir do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 14.0 for Windows - 2007).

Como se pode observar - *Quadro 1*, foi feita a caracterização dos sujeitos, tendo em conta o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, local de residência e nível socio-económico. De realçar que do projecto geral de investigação em Mestrado Integrado sobre *Stress, Coping, Qualidade de Vida* e *Forças Familiares*, da amostra geral foram seleccionados para o grupo de comparação 17 sujeitos idosos, que correspondem apenas a 13,6% do total de respondentes. Os restantes 10 sujeitos que perfazem o total de 27 sujeitos que constituem a amostra de controlo foram recolhidos pela estagiária investigadora, não integrando a base total disponível para todos os investigadores.

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da amostra clínica e de controlo

Variáveis		Idosos da população geral Grupo A N= 27		Idosos utentes de centros de dia Grupo B N= 30	
		N	%	N	%
Género	Masculino	6	22,2%	13	43,3%
	Feminino	21	77,8%	17	56,7%
Idade	65-69	8	29,6%	1	3,3%
	70-74	8	29,6%	5	16,7%
	75-79	4	14,8%	6	20,0%
	80-84	1	3,7%	9	30,0%
	85-89	5	18,5%	6	20,0%
	90-94	1	3,7%	3	10,0%
Estado civil	Solteiro	0	0%	0	0%

² Neste tipo de estudo específico, apesar da variável independente ser controlada, os participantes não foram distribuídos de modo aleatório pelos grupos.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e *Forças Familiares* numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

	Casado	17	63,0%	4	13,3%
	Divorciado	1	3,7%	1	3,3%
	Viúvo	9	33,3%	24	80,0%
	Recasado	0	0%	1	3,3%
Habilitações literárias	<4º ano	7	25,9%	17	56,7%
	4º ano	15	55,6%	12	40,0%
	6º ano	2	7,4%	0	0%
	9º ano	2	7,4%	0	0%
	12º ano	0	0%	0	0%
	Ensino médio	1	3,7%	0	0%
	Ensino superior	0	0%	1	3,3%
Local de residência	Predominantemente urbano	15	55,6%	19	63,3%
	Medianamente urbano	9	33,3%	11	36,7 %
	Predominantemente rural	3	11,1%	0	0%
Nível socio-económico	Baixo	24	88,9%	24	80,0%
	Médio	3	11,1%	6	20,0%
	Elevado	0	0%	0	0%

A **amostra dos centros de dia**, é composta por 30 sujeitos, entre os 66 e os 93 anos ($M=81,13$ anos; $DP=6,71$ anos). Do total de respondentes, 13 são do sexo masculino (43,3%) e 17 do sexo feminino (56,7%). No que concerne ao local de residência, 63,3% ($N=19$) da amostra vive numa região predominantemente urbana e 36,7% ($N=11$) num meio medianamente urbano. Quanto ao estado civil, 13,3% ($N=4$) são casados, 3,3% ($N=1$) são divorciados, 80,0% ($N=24$) são viúvos e 3,3% são recasados ($N=1$). Em relação às habilitações literárias dos respondentes, 17 têm uma escolaridade inferior ao 4º ano (56,7%), 12 terminaram o 4º ano (40,0%) e 1 frequentou o ensino superior (3,3%). Considerando o estatuto socio-económico, 80,0% ($N=24$) pertencem a um nível socio-económico baixo e 20% ($N=6$) a um nível médio.

Em relação à **amostra de não utentes de centros de dia**, obtivemos um total de 27 idosos. Do total de respondentes, 6 são do sexo masculino (22,2%) e 21 do sexo feminino (77,8%). As suas idades variam entre os 65 e os 93 anos ($M=74,74$; $DP=7,63$). Em relação ao local de residência, 55,6% ($N=15$) da amostra vive numa região predominantemente urbana, 33,3% ($N=9$) num meio medianamente urbano e 11,1% ($N=3$) numa região predominantemente rural. Quanto ao estado civil, 63,0% ($N=17$) são casados, 3,7% ($N=1$) são divorciados e 33,3% ($N=9$) são viúvos. No que concerne às habilitações literárias dos respondentes, 7 têm uma escolaridade inferior ao 4º ano (25,9%), 15 terminaram o 4º ano (55,6%), 2 têm o 6º ano (7,4%), outros dois conseguiram alcançar o 9º ano (7,4%) e 1 frequentou o ensino médio (3,7%). Considerando o nível socio-económico, 88,9% ($N=24$) pertencem a um nível socio-económico baixo e 11,1% ($N=3$) a um nível médio.

3.2. Instrumentos utilizados

Os instrumentos foram seleccionados a partir dos objectivos específicos subjacentes ao estudo. Deste modo, foi utilizado o Questionário

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

de Forças Familiares (QFF - Melo & Alarcão, 2007), o Inventário de Qualidade de Vida – formulário parental (adaptado de Oslon & Barnes, 1982; versão NUSIAF – Sistémica, adaptado em 2007 e validado em 2008) e as Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (McCubin & col., 1981; versão portuguesa de Vaz Serra & col., 1990; versão NUSIAF – Sistémica, adaptado em 2007 e validado em 2008). Além destes, utilizou-se também um Questionário Sócio-Demográfico e uma Ficha de Dados Complementares.

Seguidamente far-se-á uma breve caracterização de cada instrumento integrante do protocolo.

3.2.1. Questionário Sócio-Demográfico³

Este questionário foi elaborado pela equipa de investigação no ano lectivo 2006/2007, ajustado primeiramente pelo grupo do ano lectivo 2007/2008 e por fim pelo grupo actual (2008/2009), com o propósito de facilitar a “identificação e caracterização do respondente e da sua família” (Vilaça, 2007, p.9). Com este questionário, a ser preenchido pelo investigador ou pelo respondente, sob a forma de uma entrevista estruturada, pretendia-se recolher os dados demográficos do respondente e da sua família. Desta forma, integra uma série de dimensões consideradas fundamentais e relevantes para a natureza e amplitude do estudo. Os campos a preencher são: dados pessoais (idade, género, profissão, estado civil, nível de escolaridade, nacionalidade e local de residência); agregado familiar (pedem-se algumas informações como a idade, estado civil, habilitações literárias e profissão principal de todos os elementos que actualmente constituem o agregado familiar) e existência ou não de religião (qual o grupo religioso). No final do questionário, cabia ao investigador preencher os dois seguintes campos: a etapa do ciclo vital, tendo em conta as 7 fases do ciclo vital da família definidos por Olson e colaboradores (1983) e o nível socio-económico, resultante do cruzamento da situação na profissão, da profissão principal e das habilitações literárias, de acordo com a tipologia de Simões (1994).

3.2.2. Ficha de Dados Complementares⁴

Este questionário foi também elaborado pela equipa de investigação do ano lectivo de 2006/2007 e reformulada duas vezes (no passado e actual ano lectivo). Pode igualmente ser preenchido pelo investigador ou pelo respondente (enquanto entrevista estruturada) e tem como principal objectivo aceder a um conjunto de informações relativas à história clínica do respondente e da sua família (Vilaça, 2007).

Deste modo, incorpora nove campos de análise: *I* existência de doença crónica ou outro tipo de problema na família, classificação do seu impacto no sistema familiar, percepção da gravidade e qual o apoio com o qual a família mais pode contar; *II* morte de alguém significativo, grau de parentesco, idade da pessoa falecida, causa da morte, classificação quanto a ter sido esperado ou inesperado, tempo decorrido e percepção do que actualmente sente; *III* divórcio de alguém significativo, de quem, há quanto tempo, acontecimento esperado ou inesperado e percepção do impacto na sua vida; *IV* recorrência a ajuda psicológica, tipo de instituição, motivo e tipo do pedido, duração do apoio e actual prestação ou não desse mesmo apoio; *V* importância do apoio recebido em situações difíceis, atendendo à família chegada, família alargada, comunidade (vizinhos, amigos, ...) e instituições (apoio social, médico, ...); *VI* como é avaliado o *stress* familiar; *VII* como é percebida a qualidade de vida familiar; *VIII* como são avaliadas

³ Anexo II, 1.

⁴ Anexo II, 2.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

as forças/capacidades da família para lidar com os problemas; e IX qual a percepção da adaptação da família às dificuldades que surgem. Para conhecer a percepção do respondente quanto aos últimos quatro campos avaliados, é proposta uma escala *Lickert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “muito pouco/muito má(s)/(l)” e 5 a “muitíssimo/muito boa(s)/(bem)”.

3.2.3. Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família – F-Copes (McCubbin & col., 1981, cit. Olson & col., 1985). Versão Portuguesa adaptada por NUSIAF – Sistémica, 2007; Validada em 2008⁵.

O “*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale*” (F-COPES) é um instrumento desenvolvido por McCubbin, Olson e Larsen (1981), estando associado ao Modelo Duplo ABCX⁶, de McCubbin e Patterson (1982).

Esta escala é composta, originalmente, por 30 itens através dos quais se pretende identificar as estratégias de *coping* utilizadas pela família, ou seja, as estratégias comportamentais e de resolução de problemas que a família utiliza em situações difíceis ou problemáticas. Na construção da escala, os autores recorreram às dimensões de *coping* descritas pelo Modelo ABC-X e integraram em estratégias de *coping* os recursos familiares e a percepção e significado do acontecimento da teoria do *stress* familiar. O total dos 30 itens foca-se em dois níveis de interacção: (1) do indivíduo para o sistema familiar (estratégias de *coping* familiar internas) e (2) da família para o ambiente social (estratégias de *coping* familiar externas) (Olson & col., 1985). Todavia, após a análise factorial que deu origem à escala final do F-Copes, o item 18⁷ foi excluído por não se agrupar em nenhum factor. Relativamente às estratégias de *coping* internas, remetem para: *reenquadramento* (8 itens) e *avaliação passiva* (5 itens). Por sua vez, as estratégias de *coping* externas integram: *adquirir suporte social* (9 itens); *procurar apoio espiritual* (4 itens) e *mobilizar a família para adquirir e aceitar ajuda* (4 itens).

Este instrumento é de auto-resposta e perante a afirmação “quando, na nossa família, nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma” são possíveis, a partir de uma escala de *Likert*, as seguintes respostas: (1) “discordo muito”; (2) “discordo moderadamente”; (3) “não concordo nem discordo”; (4) “concordo moderadamente” e (5) “concordo muito”. A cotação é feita de modo a que quanto mais elevada seja a pontuação, mais elevados serão os valores de estratégias de *coping* familiar. A versão original do F-Copes, permite obter dois indicadores: o resultado total de estratégias de *coping* e o resultado por factor, num total de 5 factores.

Para o presente estudo, utilizámos uma versão desenvolvida por NUSIAF-Sistémica (2007). Note-se que apesar da versão original da escala ser composta por 29 itens, decidiu-se seguir a adaptação acima referida do F-Copes e integrar o item 18 na escala.

Ao nível da consistência interna, os autores do original (Olson & col., 1985) obtiveram nos seus estudos um alpha de Cronbach de **0,86** para a escala total. Martins (2008) procedeu ao estudo de validação do instrumento, com um total de 372 sujeitos, obtendo um alpha de Cronbach

⁵ Anexo II, 3.

⁶ “O *stressor* (A) afecta um sistema familiar e, dependendo dos recursos da família (B) e da percepção do *stressor* (C), leva a uma crise (X) (...) integra além das “variáveis pré-crise” e crise, as variáveis pós-crise.” (Pereira & Lopes, 2005, p.73).

⁷ “Fazemos exercício físico com os amigos para mantermos uma boa condição física e reduzirmos a tensão”.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

de **0,846** (M=93,87; DP=14,12) para a escala total, composta por 30 itens. Através da realização da análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação varimax, encontrou-se uma solução de sete factores, com *eigenvalues* superiores a um, e responsável por 58.769% da variância total explicada.

Quadro 2. Versão de 7 factores do F-COPES e índices de consistência interna

Factores	Itens	Alpha
Reenquadramento	22, 3, 24, 11, 7, 13, 15	,79
Procura de Apoio Espiritual	23, 14, 27, 30	,85
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhança	10, 8, 29	,82
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	2, 5, 16, 1, 4, 25	,77
Mobilização de Apoio Formal	21, 6, 9	,70
Aceitação Passiva	12, 20, 19	,50
Avaliação passiva	17, 26, 28	,49

Com o intuito de testar as qualidades psicométricas da escala na amostra de idosos utentes de centros de dia, submetemos os 30 itens a uma análise de consistência interna⁸. Mais uma vez destacamos as limitações do estudo exploratório, dado a amostra ser constituída por um número reduzido de sujeitos (N=30).

Obteve-se um alfa de *Cronbach* de **0,813** (M=108,03; DP=5,852). Este valor é um pouco inferior tendo em conta o valor alcançado para a escala total no estudo de validação realizado no ano lectivo anterior, contudo é um valor de consistência muito razoável (> 0,70).

Quadro 3. Consistência interna para amostra clínica – F-COPES

Cronbach's Alpha	Média	Desvio Padrão	Total de itens	N
0,813	108,03	5,852	30	30

Analisando a correlação de cada item com a escala total (*Quadro 4*), percebemos que existem muitos itens pouco correlacionados, isto é, com uma correlação inferior a 0,3 (Moreira, 2004). São eles: item 3 (0,225), item 4 (0,032), item 6 (0,172), item 7 (0,197), item 9 (0,005), item 10 (0,164), item 11 (0,154), item 12 (0,035), item 15 (0,286), item 17 (0,090), item 19 (0,169), item 20 (0,110), item 21 (0,225), item 22 (0,287), item 24 (0,208), item 26 (0,206) e o item 28 (0,058). Porém, optámos por mantê-los, pois se os retirássemos não haveriam alterações significativas no valor da escala total.

Quadro 4. Item-Total Statistics (F-COPES)

	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC1	,339	,808
FC2	,475	,801
FC3	,225	,811
FC4	,032	,817
FC5	,443	,806
FC6	,172	,813

⁸ Anexo III, 1.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

FC7	,197	,812
FC8	,419	,804
FC9	,005	,820
FC10	,164	,814
FC11	,154	,814
FC12	,035	,821
FC13	,416	,804
FC14	,657	,789
FC15	,286	,809
FC16	,658	,794
FC17	,090	,816
FC18	,508	,800
FC19	,169	,812
FC20	,110	,814
FC21	,225	,811
FC22	,287	,810
FC23	,665	,789
FC24	,208	,812
FC25	,443	,806
FC26	,206	,813
FC27	,563	,795
FC28	,058	,817
FC29	,534	,798
FC30	,698	,788

Por sua vez, e como se pode ver no *Quadro 5*, a análise da consistência interna das dimensões da escala varia entre um alfa mínimo de $-0,732$ (*Aceitação Passiva*) e um alfa máximo de $0,906$ (*Procura de Apoio Espiritual*), sendo que o alfa da escala total é de $0,813$.

Quadro 5. *Consistência interna das Dimensões e da Escala Total (F-COPES)*

Dimensões do F-COPES	Resultados dos autores Olson e col. (1985)	Resultados obtidos pela equipa de 2007/2008 (N=372)	Resultados obtidos (N=30)
Reenquadramento		,79	,761
Procura de Apoio Espiritual		,85	,906
Aquisição de Apoio Social - Vizinhança		,82	,847
Aquisição de Apoio Social – Relações Intimas		,77	,584
Apoio Formal		,70	,827
Aceitação Passiva		,50	-,732
Avaliação Passiva		,49	,646
Valor da Escala Total	0.86	,846	,813

3.2.4. *Qualidade de Vida – QV (Olson & Barnes, 1982, cit. Olson & col., 1985) – Versão Portuguesa adaptada por NUSIAF – Sistemica 2007; Valiada em 2008.*⁹

O “*Quality of Life Inventory*” (QOL - Olson & Barnes, 1982, cit. in Olson & col., 1985) foi desenvolvido com o objectivo de avaliar a percepção individual de bem-estar e satisfação com a vida, tendo em conta

⁹ Anexo II, 4.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

diferentes domínios. Esses domínios relacionam-se com o casamento e a vida familiar, os amigos, a família alargada, a saúde, o lar, a educação, o lazer, a religião, os *mass media*, o bem-estar financeiro e a vizinhança e comunidade, enquanto indicadores de satisfação com a qualidade de vida.

Este é um inventário de auto-resposta que inclui duas versões: a) versão parental e b) versão para adolescentes. A versão parental é constituída por 40 itens, enquanto a versão para adolescentes contém apenas 25 itens. No entanto, 19 itens são comuns a ambas as escalas. Ambos têm como principal objectivo captar o grau de satisfação com cada uma das dimensões de qualidade de vida que avaliam. Para responder à pergunta “Qual o seu nível de satisfação com?” são dadas numa escala de Likert, as seguintes opções: (1) “insatisfeito”; (2) “pouco satisfeito”; (3) “geralmente satisfeito”; (4) “muito satisfeito” e (5) “extremamente satisfeito”. Este instrumento permite obter um indicador global de percepção da qualidade de vida e existe também a possibilidade de análise por factor (num total de 12 factores) na sua versão original. Em termos de cotação, a um resultado mais elevado corresponde um maior nível de satisfação com a qualidade de vida percebida.

No presente estudo foi usada a versão parental e utilizámos a versão portuguesa NUSIAF- Sistémica (2007). Ao nível da consistência interna, os autores da versão original (Olson & Barnes, 1982, cit. in Olson & col., 1985) encontraram para a escala total um alpha de *Cronbach* de **0,92**. Simões (2008) num estudo de validação para a população portuguesa, com uma amostra de 297 sujeitos, obteve um alfa de *Cronbach* de **0,922** (M=125,49; DP=20,08). A análise factorial realizada através do método de rotação *Varimax* encontrou 11 factores (*Quadro 6*).

Quadro 6. Estrutura factorial do QV a partir do estudo de validação

Factores do QV	Itens	Alpha de Cronbach
Factor 1. Bem-estar Financeiro	20, 29, 30, 31, 33, 34	0,89
Factor 2. Tempo	16, 17, 18, 19	0,979
Factor 3. Vizinhança e Comunidade	35, 36, 37, 38, 39, 40	0,888
Factor 4. Casa	9, 10, 11, 12, 13	0,90
Factor 5. <i>Mass Media</i>	26, 27, 28	0,805
Factor 6. Relações Sociais e Saúde	5, 6, 7, 8	0,735
Factor 7. Emprego	23, 24	0,739
Factor 8. Religião	21, 22	0,971
Factor 9. Família e Conjugalidade	1, 2	0,797
Factor 10. Filhos	3, 4	0,796
Factor 11. Educação	14, 15	0,825
Valor da Escala Total	---	0,922

No nosso estudo, e para a amostra específica dos idosos em centros de dia, realizámos uma análise estatística da consistência interna da escala¹⁰, obtendo-se um alfa de *Cronbach* de **0,83** (M=119,70; DP=6,71). Este valor de consistência interna é muito razoável (> 0,70).

De referir que devido às características da maioria dos sujeitos do grupo de estudo (viúvos e reformados) foram retirados os itens respeitantes ao nível de satisfação com o casamento (item 2), tempo para ganhar dinheiro (item 20) e o emprego (item 23 e 24).

¹⁰ Anexo III, 2.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Quadro 7. Consistência interna para amostra clínica – QV

Cronbach's Alpha	Média	Desvio Padrão	Total de itens	N
0,829	119,70	6,706	36	30

Analisando a correlação de cada item com a escala total (*Quadro 8*), percebemos que existem muitos itens pouco correlacionados, isto é, com uma correlação inferior a 0,3 (Moreira, 2004). São eles: item 1 (0,128), item 3 (0,263), item 4 (-0,113), item 7 (0,213), item 13 (0,277), item 14 (-0,114), item 15 (-0,312), item 19 (-0,019), item 26 (0,171), item 27 (0,287), item 28 (0,246), item 29 (0,270), item 30 (0,145), item 31 (0,237), item 32 (0,211), item 33 (0,162), item 34 (0,174) e o item 40 (0,283). Porém, optámos por mantê-los, pois a possibilidade de retirar algum destes itens à escala não diminui significativamente a sua consistência interna, descartando-se essa mesma possibilidade. Ainda assim, há quatro itens que suscitam mais atenção, ao apresentarem uma correlação negativa com a escala total. Apesar desse facto, optámos por mantê-los, devido ao tamanho da nossa amostra.

Quadro 8. Item-Total Statistics (QV)

	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q Casamento 1	,128	,830
Q Casamento 3	,263	,826
Q Casamento 4	-,113	,842
Q Amigos 5	,545	,816
Q Amigos 6	,456	,822
Q Saúde 7	,213	,828
Q Saúde 8	,391	,822
Q Casa 9	,413	,821
Q Casa 10	,310	,825
Q Casa 11	,631	,815
Q casa espaço 12	,696	,813
Q casa espaço 13	,277	,826
Q Educação 14	-,114	,840
Q Educação 15	-,312	,837
Q Tempo 16	,490	,818
Q Tempo 17	,721	,812
Q Tempo 18	,305	,827
Q Tempo 19	-,019	,832
Q Religião 21	,365	,824
Q Religião 22	,485	,819
Q Mass media 25	,363	,823
Q Mass media 26	,171	,830
Q Mass media 27	,287	,825
Q rendimento 28	,246	,827
Q rendimento 29	,270	,826
Q rendimento 30	,145	,829
Q rendimento 31	,237	,827
Q rendimento 32	,211	,828
Q rendimento 33	,162	,828
Q rendimento 34	,174	,828

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Q vizinhança 35	,616	,813
Q vizinhança 36	,616	,813
Q vizinhança 37	,543	,817
Q vizinhança 38	,357	,823
Q vizinhança 39	,476	,819
Q vizinhança 40	,283	,826

Por sua vez, como podemos observar no *Quadro 9*, a análise da consistência interna das dimensões da escala que realizámos à nossa amostra, varia entre um alfa mínimo de 0,46 (*Filhos*) e um alfa máximo de 0,84 (*Vizinhança e Comunidade*), sendo que o alfa total é de 0,83. De realçar que não foi realizada a análise da consistência interna relativa aos factores 7 e 9, uma vez que a maioria dos sujeitos do grupo de estudo são viúvos e reformados, ao que estes factores não se adequavam à mesma. No que respeita ao factor 1 (Bem-estar Financeiro) do total de 6 itens que o compõem, apenas constaram 5 da análise de consistência interna realizada, dado que o item retirado se referia ao nível de satisfação com o tempo para ganhar dinheiro. As dimensões com valores de consistência interna levamos a ter cuidado na análise da estatística inferencial.

Quadro 9. *Consistência interna das Dimensões e da Escala Total (QV)*

Dimensões do QV	Resultados dos autores Olson e col. (1985)	Resultados obtidos pela equipa de 2007/2008 (N=297)	Resultados obtidos (N=30)
Bem-estar Financeiro		0,89	,579
Tempo		0,979	,616
Vizinhança e Comunidade		0,888	,836
Casa		0,90	,738
<i>Mass Media</i>		0,805	,708
Relações Sociais e Saúde		0,735	,659
Emprego		0,739	—
Religião		0,971	,826
Família e Conjugalidade		0,797	—
Filhos		0,796	,463
Educação		0,825	,624
Escala Total	0.92	0,922	,829

3.2.5. *Questionário de Forças Familiares – QFF (Melo & Alarcão, 2007).*¹¹

O Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007) foi construído com base na resposta de caracterização dos processos de resiliência familiar de Walsh (2003, 2006, cit Mendes, 2008). Este questionário é constituído por 29 itens, construídos em função da revisão da literatura e da prática profissional com famílias, que descrevem características relativas ao funcionamento familiar teoricamente organizados de acordo com três processos (sistema de crenças familiares, processos organizacionais, comunicação e resolução de problemas). É um questionário de auto-resposta, em que os sujeitos respondentes devem indicar o grau em que as características mencionadas são semelhantes com as das suas famílias, de acordo com uma escala de *Likert* de cinco valores: (1) “nada parecidas”; (2) “pouco parecidas”; (3) “mais ou menos parecidas”; (4)

¹¹ Anexo II, 5.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

“bastante parecidas” e (5) “totalmente parecidas”. No anterior ano lectivo, realizou-se um estudo exploratório com o objectivo de avaliar as qualidades psicométricas do questionário (Mendes, 2008). Da amostra utilizada nesse estudo constaram 211 sujeitos. A análise de componentes principais revelou a presença de seis factores que explicam 62,25% da variância total. Esta solução factorial supera os três componentes esperados, de acordo com o modelo teórico de Froma Walsh, que serviu de base para a construção do questionário. Com o objectivo de avaliar a fidelidade da escala total, bem como de cada um dos seis factores, foi analisada a consistência interna através dos valores de alpha de *Cronbach*, que para a escala total foi de **0,93** (*Quadro 10*).

Quadro 10. Estrutura factorial do QFF

Factores do QFF	Itens	Alpha de Cronbach
Factor 1. Crenças e Comunicação	10,11,15,16,21,24,25,26,28	0,89
Factor 2. Capacidade de Adaptação	23,20,22,18,	0,80
Factor 3. Clima Familiar Positivo e Coesão	1,2,3,6,14	0,85
Factor 4. Organização da Vida Familiar e Tomada de Decisão	5,9,12,13,29	0,80
Factor 5. Individualidade	4,7,8	0,74
Factor 6. Apoio Social	17,19,27	0,70
Valor da Escala Total	---	0,932

Na nossa amostra específica dos idosos utentes de centros de dia, obteve-se um valor de consistência interna da escala¹², do alfa de *Cronbach* de 0,92 (M=110,77; DP=6,98), que é um índice bastante bom.

Quadro 11. Consistência interna para amostra clínica – QFF

Cronbach's Alpha	Média	Desvio Padrão	Total de itens	N
0,923	110,77	6,981	29	30

Analisando a correlação de cada item com a escala total (*Quadro 12*), percebemos que existem três itens pouco correlacionados, isto é, com uma correlação inferior a 0,3 (Moreira, 2004): item 18 (-0,037), item 19 (0,170) e o item 20 (0,243). Sendo assim, optámos por mantê-lo, pois a possibilidade de retirar estes itens à escala não diminuiu significativamente a sua consistência interna, rejeitando-se essa possibilidade.

Quadro 12. Item-Total Statistics (QFF)

	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Forças1	,481	,921
Forças2	,732	,917
Forças3	,703	,917
Forças4	,705	,918

¹² Anexo III, 3.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Forças5	,839	,915
Forças6	,740	,916
Forças7	,518	,921
Forças8	,329	,922
Forças9	,577	,919
Forças10	,685	,918
Forças11	,614	,918
Forças12	,527	,920
Forças13	,732	,917
Forças14	,415	,922
Forças15	,830	,916
Forças16	,830	,916
Forças17	,422	,922
Forças18	-,037	,929
Forças19	,170	,923
Forças20	,243	,925
Forças21	,401	,922
Forças22	,575	,920
Forças23	,502	,920
Forças24	,389	,922
Forças25	,401	,922
Forças26	,516	,921
Forças27	,340	,923
Forças28	,631	,920
Forças29	,742	,917

Por sua vez, como podemos observar no *Quadro 13*, a análise da consistência interna das dimensões da escala que realizámos à nossa amostra, varia entre um alfa mínimo de 0,35 (*Apoio social*) e um alfa máximo de 0,89 (*Organização da Vida Familiar e Tomada de Decisão*), sendo que o alfa total é de 0,92.

Quadro 13. *Consistência interna das Dimensões e da Escala Total (QFF)*

Dimensões do QFF	Resultados obtidos no estudo de 2007/2008 (N=211)	Resultados obtidos
Crenças e Comunicação	0,89	0,841
Capacidade de Adaptação	0,80	0,460
Clima Familiar Positivo e Coesão	0,85	0,534
Organização da Vida Familiar e Tomada de Decisão	0,80	0,896
Individualidade	0,74	0,612
Apoio Social	0,70	0,353
Valor da Escala Total	0,932	0,923

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório
Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Os índices de consistência interna obtidos nos factores 2, 3 e 6, exigem algum cuidado na análise dos resultados da estatística inferencial.

3.3. Procedimentos

Para o presente estudo foi necessária a recolha de dois grupos: um de estudo e outro de comparação. Em relação ao grupo de estudo (idosos utentes de centros de dia), tratou-se de uma amostra por conveniência (Pais-Ribeiro, 2007), composta por sujeitos disponíveis, cujos critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 65 anos e sujeitos utentes de centros de dia. A recolha desta amostra foi possível dada a colaboração com dois centros de dia do distrito da Guarda: (1) Centro de dia do Centro de Formação, Assistência e Desenvolvimento da Guarda (CFAD) e (2) Centro de dia e de Acolhimento da Rapoula. Primeiro, foi pedida a devida autorização, e depois foram acordados dias de aplicação dos protocolos, de modo a não interferir nas actividades dos utentes. No primeiro centro de dia foram aplicados vinte e um protocolos e no segundo, preenchidos nove protocolos, o que perfaz um total de trinta. Sendo os protocolos de auto-resposta, foi dada liberdade aos sujeitos para que respondessem independentemente da presença da investigadora, ao que todos preferiram que a mesma lesse os itens, indicando posteriormente o número correspondente à resposta desejada. É de referir que foi estabelecido um contacto formal entre o primeiro centro de dia e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra¹³. Por sua vez, não foi oficializado o contacto com o segundo centro de dia e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sendo que o director não impôs qualquer restrição, valendo para os devidos efeitos, um pedido informal. O período de aplicação dos questionários decorreu entre 19 de Novembro de 2008 e 2 de Fevereiro de 2009. Elaborou-se uma lista com todos os utentes que preenchiam os critérios de inclusão e, nos dias acordados foram aplicados os protocolos consoante a presença de quem constava da lista, sendo que nos dias que se prosseguiram, procedia-se o mesmo para os nomes dos utentes que faltavam.

No que se refere ao grupo de comparação (idosos da população geral), tratou-se igualmente de uma amostra por conveniência (Pais-Ribeiro, 2007). O critério de inclusão foi a idade igual ou superior a 65 anos. A recolha foi feita entre 15 de Novembro de 2008 e 5 de Junho de 2009, Convém referir que esta recolha se sub-dividiu em etapas. Inicialmente foi pedido ao conjunto de investigadores do presente ano lectivo, que recolhessem protocolos tendo em conta as diferentes etapas do ciclo vital. Seguidamente, foi pedida novamente a colaboração de todas as investigadoras para recolher os restantes protocolos necessários, conseguindo-se mais 15 sujeitos. Por fim, a investigadora responsável recolheu os restantes protocolos, de modo a conseguir um número satisfatório de sujeitos para compor o grupo de comparação. Sendo assim, os últimos 10 protocolos foram aplicados em diferentes contextos e de acordo com a disponibilidade das pessoas: cafés, terminais de autocarros e salas de espera do Centro de Saúde de Fernão Magalhães, em Coimbra. Em relação a este último foi realizado um pedido informal à directora, que acedeu prontamente.

Os protocolos administrados junto dos respondentes foram aplicados segundo um guião de aplicação, com o objectivo de uniformizar a recolha de dados. Primeiramente o elemento da equipa apresentava-se, retomava os objectivos da investigação, agradecia a disponibilidade e garantia a confidencialidade e o anonimato das respostas. Seguidamente, iniciava o

¹³ Anexo IV, 1.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

preenchimento do questionário sócio-demográfico e da ficha de dados complementares. Os questionários seguintes foram introduzidos da seguinte forma: Qualidade de Vida – versão parental ou versão adolescentes (Olson & Barnes, 1982), Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007), as Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (McCubbin, Olson & Larsen, 1988) e o Inventário familiar de eventos e mudanças (McCubbin, Patterson, & Wilson, 1981). Para o grupo de estudo em particular, utilizámos apenas a versão parental do primeiro instrumento, o segundo e terceiro instrumentos. No final da sua aplicação, o investigador voltava a agradecer a disponibilidade do indivíduo e procedia ao preenchimento de alguns dados, nomeadamente a categorização do nível-socio-económico, segundo Simões (1994) e a etapa do ciclo vital segundo Olson, McCubbin e colaboradores (1983).

A administração destes protocolos decorreu na sala de actividades de cada centro de dia (condições disponíveis), mas num recanto mais tranquilo e a sós com cada utente, de modo a diminuir o mais possível os efeitos de variáveis distractoras. Com um ambiente tranquilo e sem interrupções procedeu-se à aplicação com uma duração variável, entre 45 a 60 minutos, uma vez que se verificou por parte dos utentes dos centros de dia uma dificuldade de responder de forma concreta às questões, em que algumas suscitavam a partilha de histórias e experiências de vida.

IV - Resultados¹⁴

Para os objectivos que nos propomos e a fim de testar as hipóteses de investigação, foram realizados, neste estudo exploratório *quasi-experimental*, testes paramétricos (teste *t de Student*, ANOVA *Threeway* e o Coeficiente de Correlação de *Pearson*) e não paramétricos (*U de Mann Whitney*), dependendo do cumprimento do pressuposto de normalidade das escalas.

Todos os procedimentos estatísticos apresentados de seguida foram elaborados a partir do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 14.0 for Windows - 2007).

4.1. Hipóteses de investigação

Hipótese 1: Espera-se que a percepção do índice de qualidade de vida dos idosos do grupo em centros de dia seja significativamente superior ($p > 0,05$) ao grupo de idosos que está em casa.

Para testar a normalidade foi utilizado o teste *Shapiro - Wilk* (Maroco, 2007).

Tabela 1. Teste de normalidade para a escala total da QV

	Grupo	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
QVtotal	Casa	,973	25	,722
	Centros de dia	,984	30	,920

A análise ao pressuposto de normalidade não revelou qualquer violação. Os resultados do teste de normalidade *Shapiro - Wilk* (Tabela 1) apresentam um nível de significância superior a 0,05, seguindo o padrão da distribuição normal (Maroco, 2007). Assim, a hipótese levantada foi avaliada pelo teste paramétrico *t de student* para amostras independentes, de modo a perceber a possível existência de diferenças entre os dois grupos

¹⁴ Anexo V.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

tendo em conta a escala total da qualidade de vida.

Tabela 2. Valores de média e desvio-padrão para a escala total da QV

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QVTotal	Casa	25	108,64	12,179	2,436
	Centro de dia	30	119,70	6,706	1,224

Tabela 3. Teste t-Student para amostras independentes
Escala Total da QV

		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig.	Mean Diff.	Std. Error Diff.
QVTotal	Equal variances not assumed	7,887	,007	-4,057	35,771	,000	-11.060	2,726

Os resultados da *Tabela 2* indicam que os idosos em centros de dia apresentam *scores* mais elevados na escala da Qualidade de Vida (*Mean*=119,70), em comparação com os idosos da população geral (*Mean*=108,64). A partir do *Teste t-Student para amostras independentes*, descrito na *Tabela 3*, podemos inferir, a partir do teste de *Levene*, que o pressuposto de homogeneidade das variâncias para a escala total não está garantido [$F(1, 35,77) = 7,887; p=0,007$]. Podemos constatar igualmente que se verificam diferenças significativas entre as médias dos dois grupos (T equal variances not assumed = -4,057; $p=0,000$), com significância abaixo dos 0,05.

Hipótese 2: Espera-se que a satisfação com a *saúde e relações sociais* e *tempo* seja significativamente maior ($p > 0,05$) para o grupo de idosos utentes de centros de dia em comparação com os idosos da população geral.

O teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov*, revelou que a distribuição dos dados na dimensão 2 - *Tempo* ($K-S_{(56)}=0,194; p=0,000$) e na dimensão 6 - *Relações Sociais e Saúde* ($K-S_{(56)}=0,155; p=0,002$) da escala da QV (*Tabela 4*) não segue a distribuição normal. Assim, a hipótese levantada foi avaliada pelo teste não paramétrico *U de Mann Whitney*.

Tabela 4. Teste de normalidade
Dimensão Tempo e Relações Sociais e Saúde da Escala da QV

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Tempo	,194	56	,000
Relações Sociais e Saúde	,155	56	,002

Os resultados (*Tabela 5*) indicam que os idosos utentes de centros de

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e *Forças Familiares* numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

dia apresentam *scores* mais elevados na dimensão *Tempo* (*Mean Rank*=36,77), em comparação com o grupo dos idosos da população geral (*Mean Rank*=20,37), sendo que as diferenças observadas (*Tabela 6*) foram estatisticamente significativas (\underline{U} =172,000; p =0,000). Também para a dimensão *Relações Sociais e Saúde*, os idosos do grupo de estudo apresentam *scores* mais elevados (*Mean Rank*=37,05), relativamente ao grupo de comparação (*Mean Rank*=18,63), sendo que as diferenças são estatisticamente significativas (\underline{U} =133,500; p =0,000).

Tabela 5. Médias de rank para as dimensões *Tempo* e *Relações Sociais e Saúde*

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tempo	Casa	27	20,37	550,00
	Centro de dia	30	36,77	1103,00
	Total	57		
Relações Sociais e Saúde	Casa	26	18,63	484,50
	Centro de dia	30	37,05	1111,50
	Total	56		

Tabela 6. Teste U de Mann Whitney

Dimensão Tempo e Relações Sociais e Saúde da Escala Total da QV

	Tempo	Relações Sociais e Saúde
Mann-Whitney U	172,000	133,500
Wilcoxon W	550,000	484,500
Z	-3,785	-4,291
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

Hipótese 3: Esperamos que o grupo de idosos em centros de dia tenha um índice significativamente superior ($p > 0,05$) no que respeita à utilização de estratégias de *coping* externas, nomeadamente da *aquisição de suporte social* do que o outro grupo.

Começando pela análise da distribuição do índice total do F-COPES, o resultado não revelou qualquer violação. Os resultados do teste de normalidade *Shapiro – Wilk* (*Tabela 7*) apresentam um nível de significância superior a 0,05, seguindo o padrão da distribuição normal (Maroco, 2007).

Tabela 7. Teste de normalidade para a escala total do F-Copes

	Grupo	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
FCTotal	Casa	,924	26	,057
	Centro de dia	,981	30	,854

Assim, a hipótese levantada foi avaliada pelo teste paramétrico *t de student* para amostras independentes, de modo a perceber a possível existência de diferenças entre os dois grupos tendo em conta a escala total do F-Copes.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Tabela 8. Valores de média e desvio-padrão para a escala total do F-Copes

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FCTotal	Casa	26	95,04	11,470	2,249
	Centro de dia	30	108,03	5,852	1,068

Tabela 9. Teste t-Student para amostras independentes
Escala Total F-Copes

		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig.	Mean Diff.	Std. Error Diff.
FCTotal	Equal variances not assumed	13,030	,001	-5,218	35,972	,000	-12,995	2,490

Os resultados da *Tabela 8* indicam que os idosos em centros de dia apresentam *scores* mais elevados na escala do F-Copes (*Mean*=108,03), em comparação com os idosos da população geral (*Mean*=95,04). A partir do *Teste t-Student para amostras independentes*, descrito na *Tabela 9*, podemos inferir, a partir do teste de *Levene*, que o pressuposto de homogeneidade das variâncias para a escala total não está garantido [$F(1, 35,97) = 13,030$; $p=0,001$]. Podemos constatar igualmente que se verificam diferenças significativas entre as médias dos dois grupos ($T_{\text{equal variances not assumed}} = -5,218$; $p=0,000$), com significância abaixo dos 0,05.

Em relação à escala total de *coping* utilizado pelos dois grupos encontrámos diferenças significativas, porém, procurámos analisar se essas diferenças se reflectem tendo em conta o *coping* interno e o *coping* externo. Para isso procurámos analisar a normalidade das variáveis.

Tabela 10. Teste de normalidade do grupo de estratégias
Coping interno e *coping* externo

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Coping Interno	,149	56	,003
Coping Externo	,192	56	,000

Tendo em conta o teste de *Kolmogorov - Smirnov*, podemos concluir que ambos os grupos de estratégias referentes ao *coping* (interno e externo) não cumprem o pressuposto de normalidade, sendo o valor de significância inferior a 0,05. Assim, não cumprindo o pressuposto, utilizamos o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney* para perceber as diferenças nas médias dos grupos em relação ao *coping* interno e externo.

Tabela 11. Médias de rank para o grupo de estratégias Coping interno e Coping externo

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Coping Interno	Casa	26	26,06	677,50
	Centro de dia	30	30,62	918,50
	Total	56		
Coping Externo	Casa	27	18,63	503,00
	Centro de dia	30	38,33	1150,00
	Total	57		

Tabela 12. Teste U de Mann Whitney Coping Interno e Coping Externo

	Coping Interno	Coping Externo
Mann-Whitney U	326,500	125,000
Wilcoxon W	677,500	503,000
Z	-1,050	-4,484
Asymp. Sig. (2-tailed)	,294	,000

Os resultados (*Tabela 11*) indicam que os idosos utentes de centros de dia apresentam *scores* um pouco mais elevados nas estratégias de *Coping Interno* (*Mean Rank*=30,62), em comparação com o grupo dos idosos da população geral (*Mean Rank*=26,06). Contudo, as diferenças observadas (*Tabela 12*) não são estatisticamente significativas ($U=326,500$; $p=0,294$). Relativamente, às estratégias de *Coping Externo*, os idosos do grupo de estudo apresentam *scores* mais elevados (*Mean Rank*=38,33), relativamente ao grupo de comparação (*Mean Rank*=18,63), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($U=125,000$; $p=0,000$).

Procurámos perceber a diferença entre os grupos no que se refere a uma estratégia particular de *coping* externo – *Aquisição de Suporte Social*. Verificámos primeiro a normalidade das dimensões associadas (*Aquisição de Suporte Social – Vizinhança* e *Aquisição de Suporte Social – Relações Íntimas*), que conjuntamente compõem a estratégia supracitada.

A análise com base no teste *Kolmogorov-Smirnov*, revelou que o pressuposto de normalidade foi violado, sendo o nível de significância inferior a 0,05 ($p=0,000$). Assim, usámos um teste não paramétrico *U de Mann Whitney* para comparar as médias dos dois grupos tendo em conta a estratégia *Aquisição de Suporte Social*.

Tabela 13. Teste de normalidade - *Aquisição de Suporte Social*

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Aquisição de Suporte Social - Vizinhança	,219	57	,000
Aquisição de Suporte Social – Relações Íntimas	,233	57	,000

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Tabela 14. Médias de rank - Aquisição de Suporte Social

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Aquisição de Suporte Social - Vizinhança	Casa	27	15,93	430,00
	Centro de dia	30	40,77	1223,00
	Total	57		
Aquisição de Suporte Social – Relações Íntimas	Casa	27	17,80	480,50
	Centro de dia	30	39,08	1172,50
	Total	57		

Tabela 15. Teste U de Mann Whitney
Aquisição de Suporte Social

	Aquisição de Suporte Social - Vizinhança	Aquisição de Suporte Social – Relações Íntimas
Mann-Whitney U	52,000	102,500
Wilcoxon W	430,000	480,500
Z	-5,748	-4,896
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

Os resultados (*Tabela 14*) indicam que os idosos utentes de centros de dia apresentam *scores* mais elevados no que respeita à dimensão *Aquisição de Suporte Social – Vizinhança* (*Mean Rank*=40,77), em comparação com o grupo dos idosos da população geral (*Mean Rank*=15,93), sendo as diferenças observadas (*Tabela 15*) estatisticamente significativas ($U=52,000$; $p=0,00$). Relativamente, à *Aquisição de Suporte Social – Relações Íntimas*, os idosos do grupo de estudo apresentam, igualmente, *scores* mais elevados (*Mean Rank*=39,08), comparativamente ao outro grupo (*Mean Rank*=17,80), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($U=102,500$; $p=0,000$). Tendo em conta esta análise, verificamos que existem diferenças significativas no que concerne à estratégia *Aquisição de Suporte Social*.

Hipótese 4: Ainda no que concerne à relação utentes de centros de dia – *coping*, esperamos que haja diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os grupos em relação à dimensão *Mobilização de Apoio Formal*, recorrendo os idosos de centros de dia, de forma mais significativa, a esta estratégia em relação ao grupo de idosos da população geral.

A análise com base no teste *Kolmogorov-Smirnov*, revelou que o pressuposto de normalidade foi violado, sendo o nível de significância inferior a 0,05. Assim, usámos um teste não paramétrico *U de Mann Whitney* para comparar as médias dos dois grupos tendo em conta a dimensão *Mobilização de Apoio Formal* (dimensão 5 no conjunto de 7 factores).

Tabela 16. Teste de normalidade – Mobilização de Apoio Formal

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Mobilização de Apoio Formal	,170	57	,000

Tabela17. Médias de rank – Mobilização de Apoio Formal

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Mobilização de Apoio Formal	Casa	27	22,93	619,00
	Centro de dia	30	34,47	1034,00
	Total	57		

Tabela 18. Teste U de Mann Whitney
Mobilização de Apoio Formal

	Mobilização de Apoio Formal
Mann-Whitney U	241,000
Wilcoxon W	619,000
Z	-2,669
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008

Os resultados (Tabela 17) indicam que os idosos em centros de dia apresentam *scores* mais elevados na dimensão *Mobilização de Apoio Formal* (*Mean Rank*=34,47), em comparação com o grupo dos idosos da população geral (*Mean Rank*=22,93), sendo as diferenças observadas (Tabela 18) estatisticamente significativas ($U=241,000$; $p=0,008$).

Hipótese 5: Espera-se que não existam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os dois grupos ao nível da *Procura de Apoio Espiritual*, enquanto estratégia de *coping*.

O teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov*, revelou que a distribuição dos dados não segue a distribuição normal na dimensão *Procura de Apoio Espiritual* (dimensão 2) da escala F-Copes ($K-S_{(57)}=0,159$; $p=0,001$) (Tabela 19). Assim, a hipótese levantada foi avaliada pelo teste não paramétrico *U de Mann Whitney*.

Tabela 19. Teste de normalidade – Procura de Apoio Espiritual

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Procura de Apoio Espiritual	,159	57	,001

Tabela 20. Médias de rank para a dimensão Procura de Apoio Espiritual

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Procura de Apoio Espiritual	Casa	27	25,70	694,00
	Centro de dia	30	31,97	959,00
	Total	57		

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Tabela 21. Teste U de Mann Whitney
Procura de Apoio Espiritual

	Procura de Apoio Espiritual
Mann-Whitney U	316,000
Wilcoxon W	694,000
Z	-1,433
Asymp. Sig. (2-tailed)	,152

Os resultados (Tabela 20) indicam que os idosos utentes de centros de dia apresentam *scores* mais elevados na dimensão *Procura de Apoio Espiritual* (*Mean Rank*=31,97), em comparação com o grupo dos idosos da população geral (*Mean Rank*=25,70). Contudo, as diferenças observadas (Tabela 21) não são estatisticamente significativas ($U=316,000$; $p=0,152$).

Hipótese 6: Não se esperam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os dois grupos relativamente às forças familiares.

A análise dos resultados do teste de normalidade *Shapiro – Wilk* (Tabela 22), revela-nos que os dados não seguem uma distribuição normal no grupo de idosos em centros de dia, sendo o nível de significância inferior a 0,05 ($p=0,034$). Contudo, considerando quer os valores de curtose e de simetria (*Skewness*: -1,40; *Kurtosis*:2,3) que se situam muito perto do intervalo [-2; +2], quer o tamanho da amostra ($n=30$), decidiu-se avaliar a hipótese levantada pelo teste paramétrico *t de Student*, sendo este um teste robusto.

Tabela 22. Teste de normalidade para a escala total das FF

	Grupo	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
FFTotal	Casa	,958	26	,361
	Centro de dia	,924	30	,034

Tabela 23. Valores de média e desvio-padrão para a escala total das FF

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FFTotal	Casa	26	103,00	17,265	3,386
	Centro de dia	30	110,77	6,981	1,275

Tabela 24. Teste t-Student para amostras independentes
Escala Total FF

		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig.	Mean Diff.	Std. Error Diff.
FFTotal	Equal variances assumed	10,939	,002	-2,147	32,033	,039	-7,767	3,618
	Equal variances not assumed							

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Os resultados da *Tabela 23* indicam que os idosos em centros de dia apresentam *scores* mais elevados na escala das Forças Familiares ($Mean=110,77$), em comparação com os idosos da população geral ($Mean=103,00$). A partir do *Teste t-Student para amostras independentes*, descrito na *Tabela 24*, podemos inferir, a partir do teste de *Levene*, que o pressuposto de homogeneidade das variâncias para a escala total não está garantido [$F(1, 32,03) = 10,939$; $p=0,002$]. Podemos constatar igualmente que se verificam diferenças significativas entre as médias dos dois grupos (T equal variances not assumed = $-2,147$; $p=0,039$), com significância abaixo dos $0,05$.

4.2. Análises exploratórias

Além dos dados relativos às hipóteses estabelecidas, considerámos oportuno fazer algumas análises exploratórias, que passamos a apresentar:

a) Haverá influência das variáveis sócio-demográficas - género, estado civil e estatuto socio-económico, sobre a percepção das forças familiares, da qualidade de vida e das estratégias de *coping* utilizadas na amostra geral?

Para explorar o impacto do género, estado civil e estatuto socio-económico nas estratégias de *coping* (F- COPES), recorreu-se à análise da variância ANOVA (*threeway*), seguida do teste *post-hoc* Bonferroni¹⁵. Tanto o pressuposto da distribuição normal desta variável dependente (estratégias de *coping*) como o pressuposto de homogeneidade de variância foram, respectivamente, contrariados pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* ($K-S_{(56)}=0,143$; $p=0,006$) (*Tabela 25*) e pelo teste de *Levene* ($F=13,030$; $p=0,001$) (*Tabela 26*). Porém, a ANOVA é uma técnica robusta a violações suaves, não sendo necessário recorrer a transformações matemáticas correctivas (Maroco, 2007).

Tabela 25. Teste de normalidade da escala total do F- COPES

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
FCTotal	,143	56	,006

Tabela 26. Teste de homogeneidade das variâncias para a escala total do F- COPES

		Levéne Statistic	df1	df2	Sig.
FCTotal	Baseado na Média	13,030	1	54	,001

De acordo com os resultados desta análise (*Tabela 27*), podemos afirmar que não existe um efeito estatisticamente significativo do género ($F=0,236$; $p=0,629$), do estado civil ($F=2,016$; $p=0,125$) e do nível socio-económico ($F=0,415$; $p=0,523$) sobre as estratégias de *coping*. Além disto, também não foram estatisticamente significativos os efeitos da interacção entre as V.I's analisadas.

¹⁵ Este teste é especialmente sensível na detecção de diferenças quando o número de comparações entre pares de médias que pretendemos fazer é pequeno (Pestana & Gageiro, 2003).

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Tabela 27. ANOVA Threeway (F-Copes)

	df	F	Sig.
Género	1	,236	,629
Estadocivil	3	2,016	,125
Nívelsocioeconómico	1	,415	,523
Género * estadocivil	2	,650	,527
Género * nívelsocioeconómico	1	,018	,895
Estadocivil * nívelsocioeconómico	1	,132	,718
Género * estadocivil * nívelsocioeconómico	1	2,973	,092

Para explorar o impacto do género, estado civil e estatuto socio-económico na qualidade de vida (QV), recorreu-se à análise da variância ANOVA (*threeway*), seguida do teste *post-hoc* Bonferroni¹⁶. O pressuposto da distribuição normal desta variável dependente (qualidade de vida) não foi violado pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* ($K-S_{(55)}=0,094$; $p=0,200$) (*Tabela 28*), enquanto que o pressuposto da homogeneidade das variâncias foi contrariado pelo teste de *Levene* ($F=7,887$; $p=0,007$) (*Tabela 29*). Porém, a ANOVA é uma técnica robusta a violações suaves, não sendo necessário recorrer a transformações matemáticas corretivas (Maroco, 2007).

Tabela 28. Teste de normalidade da escala total da QV

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
QVTotal	,094	55	,200(*)

Tabela 29. Teste de homogeneidade das variâncias para a escala total da QV

		Levéne Statistic	df1	df2	Sig.
QVtotal	Baseado na Média	7,887	1	53	,007

De acordo com os resultados desta análise (*Tabela 30*), podemos afirmar que não existe um efeito estatisticamente significativo do género ($F=0,479$; $p=0,492$), do estado civil ($F=0,212$; $p=0,887$) e do nível socio-económico ($F=3,038$; $p=0,088$) sobre a qualidade de vida percebida. Além disto, também não foram estatisticamente significativos os efeitos da interação entre as V.I's analisadas.

Tabela 30. ANOVA Threeway (QV)

	df	F	Sig.
Género	1	,479	,492
Estadocivil	3	,212	,887

¹⁶ Este teste é especialmente sensível na detecção de diferenças quando o número de comparações entre pares de médias que pretendemos fazer é pequeno (Pestana & Gageiro, 2003).

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Nível socioeconómico	1	3,038	,088
Género * estadocivil	2	,651	,527
Género * nível socioeconómico	1	,052	,821
Estadocivil * nível socioeconómico	1	,640	,428
Género * estadocivil * nível socioeconómico	1	,677	,415

Para explorar o impacto do género, estado civil e estatuto socioeconómico nas forças familiares (FF), recorreu-se à análise da variância ANOVA (*threeway*), seguida do teste *post-hoc* Bonferroni¹⁷. Tanto o pressuposto da distribuição normal desta variável dependente (forças familiares) como o pressuposto de homogeneidade de variância foram, respectivamente, contrariados pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* ($K-S_{(56)}=0,174$; $p=0,000$) (*Tabela 31*) e pelo teste de *Levene* ($F=10,939$; $p=0,002$) (*Tabela 32*). Porém, a ANOVA é uma técnica robusta a violações suaves, não sendo necessário recorrer a transformações matemáticas correctivas (Maroco, 2007).

Tabela 31. Teste de normalidade para a escala total das FF

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
FFTotal	,174	56	,000

Tabela 32. Teste de homogeneidade das variâncias para a escala total das FF

		Levéne Statistic	df1	df2	Sig.
FFTotal	Baseado na Média	10,939	1	54	,002

De acordo com os resultados desta análise (*Tabela 33*), podemos afirmar que não existe um efeito estatisticamente significativo do género ($F=0,238$; $p=0,628$), do estado civil ($F=0,487$; $p=0,693$) e do nível socioeconómico ($F=0,102$; $p=0,751$) sobre as forças familiares. Além disto, também não foram estatisticamente significativos os efeitos da interação entre as V.I's analisadas.

Tabela 33. ANOVA Threeway (QFF)

	df	F	Sig.
Género	1	,238	,628
Estadocivil	3	,487	,693
Nível socioeconómico	1	,102	,751
Género * estadocivil	2	,218	,805
Género * nível socioeconómico	1	3,329	,075
Estadocivil * nível socioeconómico	1	,599	,443

¹⁷ Este teste é especialmente sensível na detecção de diferenças quando o número de comparações entre pares de médias que pretendemos fazer é pequeno (Pestana & Gageiro, 2003).

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Género * estadocivil * nível socioeconómico	1	,013	,911
--	---	------	------

b) De que forma se correlacionam os índices obtidos na percepção das forças familiares, da qualidade de vida e das estratégias de *coping*?

A análise feita a partir do coeficiente produto-momento de Pearson (Tabela 34), indica uma correlação estatisticamente significativa entre: as estratégias de *coping* e as forças familiares ($r_{(56)}=0,441$; $p=0,001$); as estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida ($r_{(55)}=0,643$; $p=0,000$) e as forças familiares e a percepção da qualidade da vida ($r_{(55)}=0,346$; $p=0,010$). Assim, concluímos que umas variam em função das outras na amostra em estudo.

Tabela 34. Correlação (F-Copes/QV/QFF)

		FCTotal	FFTtotal
FFTtotal	Pearson Correlation	,441	
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	56	56
QVTotal	Pearson Correlation	,643	,346
	Sig. (2-tailed)	,000	,010
	N	55	55

Apresentados os resultados obtidos, passaremos à análise e discussão dos mesmos.

V - Discussão

Iniciando a exploração dos resultados alcançados, salienta-se a corroboração de cinco das seis hipóteses de investigação levantadas, assim como, alguns resultados interessantes ao nível das análises exploratórias.

Tendo em conta o **Inventário Qualidade de Vida**, podemos, através das análises realizadas neste estudo, chegar a várias conclusões.

Relativamente à escala total, os grupos diferenciaram-se significativamente entre si, o que vem corroborar a nossa hipótese, no sentido de que o índice de *qualidade de vida* seria superior no grupo de idosos utentes de centros de dia em relação ao grupo de idosos da população geral. Partimos deste pressuposto tendo em conta a literatura consultada, e que indicava que os centros de dia como entidades de apoio formal, ofereciam respostas aos desafios colocados na etapa tardia da vida, nomeadamente, na redefinição de papéis sociais, conquista de um sentimento de pertença, activação e enriquecimento de relações sociais, e ocupação gratificante do tempo livre (Fonseca 2005; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Pensámos que este resultado se poderá dever ao facto de os centros de dia, para além de facultarem um apoio social, considerado determinante para o envelhecimento bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1998), disponibilizarem apoio a nível prático (*e.g.* serviço de refeições e de lavagem e passagem de roupas) e funcional (*e.g.* desempenho de funções que permitem a manutenção de actividades e um sentido de utilidade e produtividade). De uma forma complementar, a literatura faz referência a diversos aspectos valorizados pelos idosos e que influenciam a avaliação e a percepção que os mesmos têm da sua qualidade de vida, entre os quais, ter boa saúde e funcionalidade, ter boas relações sociais, desempenhar papéis

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

sociais e pertença a uma comunidade (Bowling, Banister & Sutton, 2003, cit *in* Paúl & Fonseca, 2005; Castellón, 1998 cit *in* Paúl & Fonseca, 2005).

A vivência desta etapa comporta *stressores*, que podem levar a um sentimento de perdas consecutivas, colocando em causa a resposta satisfatória a algumas tarefas normativas desta etapa do ciclo vital, assim como, provocar uma alta expressão de emoções, como a improdutividade, solidão e negativismo (Paúl & Fonseca, 2005). O apoio social que pode surgir por meio de entidades formais, como os centros de dia, aparece-nos então como uma influência positiva que poderá apaziguar eventuais perdas sentidas, contrabalançando com possíveis ganhos (Baltes & Carstensen, 2000; Baltes & Smith, 2003) designadamente a redefinição da identidade social, o sentimento de utilidade de vida e activação e ampliação da rede de relações sociais. Os resultados encontrados (percepção mais positiva da qualidade de vida para os idosos em centros de dia) são indicadores da importância e valorização das entidades de apoio formal, nomeadamente, dos centros de dia; contudo, deverão ser analisados com cuidado, uma vez que são referentes a um número amostral reduzido e apenas a dois centros de dia localizados num único distrito.

Baltes e Carstensen (2000) referem que são inegáveis os declínios relacionados com o avanço da idade e que as dificuldades do envelhecimento são muito reais, envolvendo perdas nos domínios físico, cognitivo e social. Todavia, tal como sugerem os resultados, é possível equilibrar os significados das perdas e dos ganhos, bem como a construção de visões alternativas mais positivas. Uma vez que aos centros de dia estão associadas respostas a diversos desafios colocados, é natural que a percepção da saúde, das relações sociais e tempo esteja alterada pela possibilidade que é dada de criar novos significados. Assim, os resultados que encontrámos vão de encontro a este pressuposto. De facto, os idosos utentes de centros de dia descrevem significativamente uma maior satisfação com o *tempo e relações sociais e saúde*, comparativamente aos idosos não utentes.

Tendo em conta as **Escalas de avaliação pessoal para a crise em família**, também nos foi possível chegar a vários resultados.

Quanto à escala total das *estratégias de coping*, os grupos diferenciaram-se significativamente entre si. Procurámos então mais particularmente, e de acordo com a nossa hipótese, diferenças ao nível do *coping* interno e externo nos dois grupos. De acordo com o que tínhamos avançado, detectámos diferenças entre os dois grupos, recorrendo os idosos em centros de dia de forma mais significativa a *estratégias de coping externas* em relação ao grupo de comparação. Este resultado faz-nos sentido, se pensarmos que os idosos dos centros de dia se mobilizam para o exterior, contrariando o movimento realizado após a reforma, de uma maior concentração na díade conjugal e família nuclear. Estes dados vêm mostrar como esta abertura ao exterior representa um capital, não só para redefinir papéis sociais, para restabelecer relações, como também, para aliviar possíveis tensões familiares em consequência da vivência da etapa tardia da vida. Já em relação ao *coping interno*, as diferenças entre as médias dos grupos não se mostraram relevantes.

Uma das estratégias de *coping* externo é a *aquisição de suporte social*, que segundo Olson e colaboradores (1983) remete para o apoio informal ao qual a família recorre, em termos de família alargada, amigos e vizinhos. Embora os centros de dia sejam estruturas de apoio formal, pensamos que podem criar a possibilidade de activar e maximizar as relações interpessoais e, conseqüentemente, a possibilidade de um maior suporte social, que acaba por não se restringir à família próxima/alargada e aos vizinhos. Algumas investigações (Paúl & Fonseca, 2005) ressaltam que

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

mais significativo do que a extensão das redes sociais, é a qualidade das interações que se desenvolve dentro das próprias redes. Assim, os resultados encontrados (os idosos utentes de centros de dia registam de forma mais significativa a aquisição de suporte social, quando comparados com os outros idosos) levam-nos a crer que os centros de dia, enquanto espaço de partilha e convivência, podem não só contribuir para promover um maior número, como também, um leque mais diversificado de relações interpessoais. Além disso, se pensarmos num dos possíveis motivos que conduz os indivíduos a procurar estas entidades - a necessidade de (re)estabelecer relações sociais em sequência, muitas vezes, da reforma e morte do cônjuge, estes resultados serão esperados.

Os dois grupos de idosos também se diferenciam de forma significativa, tal como esperado noutra hipótese, ao nível da *mobilização de apoio formal*. Verificou-se que o grupo de idosos em centros de dia se diferenciou do grupo de comparação, recorrendo de forma mais relevante à estratégia de mobilização de apoio formal. Este é um dado consistente com os resultados anteriores, pois esta estratégia integra o factor relacionado com o *coping* externo. A literatura complementar reforça esta ideia, de que é ao nível biológico e físico que os idosos mais percebem perdas significativas (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989 cit in Fonseca, 2005), levando-os a recorrer a apoio técnico-profissional. Contudo, não se pode fazer uma leitura dos tipos de apoio formal, circunscrita aos serviços de saúde, sendo possível, os idosos recorrerem a outras entidades formais, como os centros de dia. Se por um lado, o recurso a entidades formais se coloca sobre o prisma de respostas a perdas, nomeadamente ao nível da preocupação com a saúde, por outro, poderá desencadear ganhos, em que os idosos que frequentam, por exemplo, centros de dia, encontram respostas a nível de suporte e apoio social, que poderão minimizar a percepção dessas mesmas perdas.

A hipótese de estudo relacionada com a *Procura de Apoio Espiritual* (inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos) foi corroborada pelos resultados que obtivemos. O apoio espiritual, segundo Olson e colaboradores (1983) é uma estratégia frequentemente utilizada por casais mais idosos, evocada através de crenças, atitudes e comportamentos religiosos. A literatura sublinha a importância das crenças religiosas na adaptação ao envelhecimento e às perdas e a visão que as pessoas idosas têm de Deus, como uma figura ajuizadora e parental (Davie & Vincent, 1998, cit in Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Este resultado pode ser compreendido se pensarmos que na fase tardia do ciclo vital se começa a tomar consciência da proximidade da velhice, existindo assim uma forte tendência para reflectir sobre os aspectos religiosos. A fé e as questões existenciais passam a ser suportadas, em maior medida, pela religião e espiritualidade (Barros-Oliveira, 2006). Barros-Oliveira (2006) refere que se assiste a um crescimento espiritual ao longo da adultez e da velhice, sobretudo nas mulheres. Ora, este facto enquadra-se na nossa amostra, uma vez que é maioritariamente do sexo feminino.

Atendendo ao **Questionário de Forças Familiares**, também nos foi possível chegar a um resultado. A última hipótese por nós levantada não foi corroborada, uma vez que os resultados assinalaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à escala total das *forças familiares*. Inicialmente, partimos do pressuposto da inexistência de diferenças, atendendo a que a família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização afectiva do indivíduo, sendo percebida como uma esfera prioritária de investimentos e de dedicações individuais (Pimentel, 2001). Porém, os dados obtidos foram superiores nos idosos em centros de dia, o que nos leva a pensar que estes

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

como característica de equipamento aberto e de meio-caminho entre o domicílio e a institucionalização, possibilita a construção de visões ainda mais positivas acerca da família e do apoio que a mesma faculta. De algum modo, esta percepção poder-se-á dever ao facto de existir um alívio da carga familiar no que respeita a cuidados e rotinas diárias, conduzindo, eventualmente, a uma menor tensão familiar e a um menor número de conflitos.

Debruçamo-nos seguidamente sobre os resultados obtidos nas análises exploratórias.

A análise da variância que realizámos com o intuito de perceber se existem ou não efeitos estatisticamente significativos de algumas variáveis socio-demográficas (género, estado civil e estatuto socio-económico) sobre o inventário de qualidade de vida, a escala F-Copes e o questionário de forças familiares, revelou a não existência de influências de relevo. Parece-nos um resultado curioso e interessante uma vez que as especificidades de cada variável poderiam afectar de várias formas as V.D.'s analisadas. Por exemplo, poderíamos pensar que o nível socio-económico baixo interferisse significativamente na percepção da qualidade de vida e na utilização de estratégias de *coping*. Porém, nenhuma destas relações possíveis foi encontrada, sendo que poderemos justificá-lo se atendermos ao facto de que a análise apenas versou os índices globais e não as diversas dimensões.

A análise exploratória da correlação entre o inventário de Qualidade de Vida, a escala F-Copes e o Questionário de Forças Familiares revelou significância estatística, ou seja, concluímos que os construtos que os instrumentos avaliam (qualidade de vida percebida, estratégias de *coping* e forças familiares) variam uns em função dos outros. Este resultado, faz algum sentido se pensarmos que eventualmente, são as famílias que percebem a sua qualidade de vida como sendo muito boa, que têm maior capacidade e facilidade de enfrentar os problemas, de encontrar estratégias de *coping* adequadas, bem como, uma maior resiliência familiar.

Para terminar, esta discussão trouxe-nos a possibilidade de reflectir em pormenor sobre os resultados deste estudo. De facto, os resultados obtidos trazem alguma novidade ao estado actual do conhecimento acerca dos idosos e das entidades formais, relativamente a certas representações sociais menos positivas que se vão construindo em torno dos centros de dia. Apesar disto, consideramos importante pensar nas limitações inerentes a esta análise, bem como na pertinência de estudos futuros que possam surgir a partir deste.

5.1. Limitações do estudo

Tal como descrevemos este é um estudo exploratório e como tal, os resultados obtidos devem ser analisados com cuidado aquando da sua generalização para os demais idosos. Este facto prende-se com algumas limitações, de difícil controlo para nós.

Uma dessas limitações está relacionada com a amostra, nomeadamente, a de estudo (idosos utentes de centros de dia). Esta amostra cingiu-se a um total de 30 idosos, utentes de somente dois Centros de dia de um único distrito (Guarda), tratando-se de uma amostra por conveniência, facto este impeditivo da aleatorização dos sujeitos.

Há ainda que ponderar possível influência do cansaço do sujeito, falta de concentração, variáveis distractoras, que não foram controladas por nós. O facto de os questionários terem sido preenchidos na presença da equipa investigadora, por um lado, permitiu controlar algumas variáveis parasitas contribuindo isso para a diminuição dos *missings*, mas por outro, poderá ter estado presente a desejabilidade social, ou seja, poderão alguns sujeitos ter

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

respondido de acordo com o que é socialmente esperado.

Por fim, e apesar deste estudo se debruçar sobre uma amostra específica (idosos utentes de centros de dia), as comparações entre os dois grupos não foram tantas como as desejadas. Assim, acabamos por ter um estudo exploratório sem diferenciar fortemente os dois grupos que a nossa amostra integra.

5.2. Sugestões para pesquisas futuras

Este estudo enceta algumas pistas para futuras investigações, nomeadamente, constituir uma amostra maior. Seria interessante que se realizassem análises exploratórias mais aprofundadas da influência de algumas variáveis sócio demográficas sobre as dimensões dos instrumentos.

Replicar este estudo com o núcleo familiar dos idosos poderia ser interessante já que, assim, compreenderíamos o significado da vivência desta etapa específica do ciclo vital e as mudanças que a mesma promove no sistema familiar na sua globalidade.

Por outro lado, seria interessante expandir o estudo a outras etapas do ciclo vital e a partir daí, realizar comparações entre essas etapas e a etapa tardia da vida, *qui ça* a desmistificar ideias erróneas de paralelismo entre velhice e perdas. Embora, cada etapa tenha as suas especificidades, sabemos, segundo uma perspectiva de ciclo de vida, que cada etapa envolve perdas e ganhos desenvolvimentais e investigações com esse objectivo, poderiam corroborar esta premissa.

Deste modo, abrimos aqui uma “porta” a futuras investigações no campo da etapa tardia da vida, tendo em conta o seu impacto no *stress*, qualidade de vida, forças familiares e estratégias de *coping* dos idosos e dos seus familiares.

VI - Conclusões

De uma forma geral, este estudo fez-nos compreender que existem diferenças inegáveis entre os dois grupos analisados (grupo de idosos em centros de dia e idosos que não frequentam centros de dia) quanto à percepção da qualidade de vida, das forças familiares e à utilização de estratégias de *coping*. De facto, a grande maioria das hipóteses de investigação levantadas foram corroboradas, enquanto uma contrariou a literatura que nos serviu de referência. As análises exploratórias que realizámos trouxeram a mais-valia de revelar resultados interessantes ao nível da amostra geral.

Assim, os resultados indicaram-nos que os idosos utentes de centros de dia percebem a sua qualidade de vida com maior satisfação, percebem maior a qualidade de vida no que respeita ao tempo, relações sociais e saúde, ao contrário dos idosos da população geral; foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas, a favor dos em centros de dia, nas estratégias de *coping* externas, nomeadamente, na Aquisição de Suporte Social e Mobilização de Apoio Formal, e nas forças familiares.

As análises exploratórias não revelaram efeitos significativos do género, estado civil e estatuto socio-económico sobre as escalas da Qualidade de Vida, do F-Copes e das Forças Familiares. O mesmo não aconteceu com a análise da correlação entre os instrumentos, ou seja, foram obtidos efeitos estatisticamente significativos na correlação entre o inventário de Qualidade de Vida, da escala F-Copes e do Questionário das Forças Familiares.

Dentro da multiplicidade de explicações possíveis para estes resultados há que ressaltar as características da própria amostra e atender às descrições feitas na literatura.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Com este estudo exploratório, tivemos oportunidade de confirmar o nosso pressuposto de que a vivência da velhice e das mudanças que a mesma promove, podem constituir-se como fontes de *stress* e, que o recurso a uma entidade de apoio formal (centros de dia), influencia a percepção da qualidade de vida familiar, das estratégias de *coping* utilizadas e das forças familiares. Ainda assim, assumimos as limitações da nossa investigação e incitamos a estudos posteriores nesta área. Essas investigações assumem particular relevo tendo em conta a tendência mundial para o aumento da esperança média de vida e também para um melhor conhecimento do que se designa de Envelhecimento Bem-Sucedido. É segundo essa tendência que se torna relevante avaliar a qualidade de vida dos idosos e dos seus familiares e as estratégias para lidar com o desafio de adaptação a esta etapa. Só desse modo, apercebendo-nos das suas necessidades, podemos criar condições, quer a nível micro, quer macro, para proporcionar uma vivência mais satisfatória deste período de vida, que não deverá ser visto somente pelo ângulo de perdas, mas também de ganhos.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Baltes, P. B. (1979). Life-span developmental psychology: some converging observations on history and theory. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.). *Life-Span Development and Behavior*, vol. 1, New York: Academic Press.
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-696.
- Baltes, P.B. (1991). The many faces of human ageing: toward a psychological culture of old age. *Psychological Medicine*, 21, 837-854.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366-380.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1980). Plasticity and variability in psychological aging: Methodological and theoretical issues. In G. E. Gurski (Ed.). *Determining the effects of aging on the central nervous system* (pp. 41-66). Berlin: Schering.
- Baltes, P., & Reese, H. (1984). The life-span perspective in developmental psychology. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.). *Developmental psychology: An advanced text*. (pp. 493-531). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes. (Eds.). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. (pp. 1-27). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 16, pp. 397-422.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

- Baltes, P., Staudinger, U., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (2000). The process of successful aging. In E. W. Markson & L. A. Hollis-Sawyer (Eds.). *Intersections of aging: readings in social gerontology*. (pp. 65-81). Los Angeles: Roxbury.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Barros, J. (2002). *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Barros-Oliveira, J. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. *Psychologica*, 42, 133-145.
- Bee, H. L. & Mitchel, S. K. (1984). *A pessoa em desenvolvimento*. São Paulo: Harbra.
- Boss, P. (2002). *Family Stress Management – A Contextual Approach*. London: Sage Publications.
- Brandtstadter, J. (1989). Personal self-regulation of development: Cross-sequential analyses of development-related control beliefs and emotions. *Developmental Psychology*, 25, 96-108.
- Brandtstadter, J. & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. California: Sage.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S. & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL) para portugueses de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 19-21.
- Carter, B. & McGoldrick, M. A. (1995). *Mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dessen, M. A. (2005). Construindo uma ciência do desenvolvimento humano: passado, presente e futuro. In M. A. Dessen & A. L. Júnior (Orgs.). *A Ciência do Desenvolvimento Humano: tendências actuais e perspectivas futuras*. (pp. 264-278). Porto Alegre: Artmed.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2 (2), 171-184.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Manuais Universitários, 35. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fontaine, R. (1999). *Psicologia do Envelhecimento*. Paris: Dunod.
- Freire, S.A. (2003). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In A. L. Neri & S. A. Freire. (Orgs.), *E por falar em boa velhice*. (pp. -21-31). Campinas: Papyrus.
- Freire, S. A. & Resende, M. C. (2001). Sentido de vida e Envelhecimento. In A. L. Neri (Org.). *Maturidade e Velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas: Papyrus Ed.
- Goldstein, L.L. (1995). Stress e coping na vida adulta e velhice. In A. L. Neri (Org.). *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida* (pp. 145-158). Campinas: Papyrus.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2002). Stressful life events among community-living older persons. *Journal of General Internal Medicine*, *17*, 841-847.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Kaye, L.W., Butter, S.S., & Webster, N.M. (2003). Toward a productive ageing paradigm for geriatric practice. *Ageing International* Spring, *28* (2), 200-213.
- Lavee, Y. & Olson, D. (1991). Family Types and Response to Stress. *Journal of Marriage and the Family*, *53*, 786-798
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006) *Coping with aging*. New York: Oxford University Press.
- Lerner, R. (1986). *Concepts and theories of human development*, 2.^a ed., New York: Random House.
- Lerner, R. (1996). Relative plasticity, integration, temporality, and diversity in human development: A developmental contextual perspective about theory, process, and method. *Developmental Psychology*, *32* (4), 781-786.
- Lima, M. (2004). *Posso participar? Atividades de desenvolvimento para idosos*. Porto: Ambar.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Martins, C. F. (2008). *F-Copes: Estudo de validação para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Saúde pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Mendes, P. G. (2008). *Resiliência familiar: estudo exploratório em famílias*
Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório
- Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

de risco. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Saúde pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Narvaz, M. G. & Koller, S.H. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 51-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Neri, A. L. Teorias Psicológicas do Envelhecimento (2002). In E. V. Freitas & Cols. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (pp. 32-45), Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia* (2ª ed). Campinas: Alínea.
- Neugarten. B. (1979). Time, age, and the life cycle. *American Journal of Psychiatry*, 37, p. 999.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1983). *Families. What Makes Them Work*. Sage Publications.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1985). *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (Ed. rev.). St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Passarinho, A. P. L. (2008). *Qualidade de vida e estratégias de coping em famílias com crianças asmáticas em idade escolar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Saúde pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de cuidados*. Manuais Universitários, 42. Lisboa: Climpesi Editores.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2005). *O Doente Oncológico e a Sua Família*. (2.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, H. M. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Sílabo Edições.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idosos na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Portugal, A. P. M. (2008). *Análise das estratégias de Coping e da*

Análise da percepção das estratégias de Coping, da Qualidade de Vida e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Qualidade de Vida percebida numa amostra composta por mulheres sem cancro da mama e mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Saúde pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Reese, H. W., & Overton, W. F. (1970). Models of development and theories of development. In L. R. Goulet & R. B. Baltes (Eds.), *Life-span developmental psychology: Research and theory* (pp. 116-145). New York: Academic Press.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica.* Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, M. (2000). *Cancro da mama: um estudo sobre qualidades de vida.* Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Ribeiro, P. (2002). Qualidade e Vida e Doença Oncológica. In M. R. Dias & E. Durá, *Territórios da Psicologia Oncológica* (p.75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *Successful aging.* New York: Pantheon.
- Serra, A. V. (1999) *O stress na vida de todos os dias.* Coimbra: Edições Minerva
- Simões, M. (1994). *Investigação no Âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.):* Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Especialização em Avaliação Psicológica Apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar.* Porto: AMBAR.
- Simões, J. M. L. (2008). *Qualidade de Vida: estudo de validação para a população portuguesa.* Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Saúde pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Os cuidados familiares na velhice.* Porto: Colecção Idade do Saber.
- Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica.* Lisboa: Climepsi.
- Schulz, R. & Heckausen, H. J. (1996). A Life Span Model of Successful Aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Thomas, S. (1996). A Sociological Perspective on Contextualism. *Journal of Counseling & Development*, 74, 529-536.
- Vilaça, A. (2007). *Vulnerabilidade ao stress, coping e qualidade de vida ao longo do ciclo vital da família.* Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Saúde pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Anexos

- Anexo I: Descrição do:
1. Grupo A (N=27)
 2. Grupo B (N=30)
- Anexo II: Características psicométricas dos instrumentos:
1. F-Copes
 2. QV
 3. QFF
- Anexo III: Carta do pedido de autorização
- Anexo IV: Resultados:
1. Hipótese de investigação 1
 2. Hipótese de investigação 2
 3. Hipótese de investigação 3
 4. Hipótese de investigação 4
 5. Hipótese de investigação 5
 6. Hipótese de investigação 6
 7. Análise exploratória a)
Análise exploratória b)

Anexo I - Descrição do:

1. Grupo A (N=27)

Statistics

		idade próprio	género	hab.literárias	estado civil	local residência	nível sócio- económico
N	Valid	27	27	27	27	27	27
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		74,74	1,78	2,11	2,41	1,56	1,11
Median		72,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00
Mode		71(a)	2	2	2	1	1
Std. Deviation		7,629	,424	1,121	,572	,698	,320
Skewness		,818	-1,416	1,890	1,055	,887	2,623
Std. Error of Skewness		,448	,448	,448	,448	,448	,448
Kurtosis		-,295	,000	4,789	,237	-,350	5,265
Std. Error of Kurtosis		,872	,872	,872	,872	,872	,872

Idade próprio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	65	1	3,7	3,7	3,7
	66	2	7,4	7,4	11,1
	67	1	3,7	3,7	14,8
	68	2	7,4	7,4	22,2
	69	2	7,4	7,4	29,6
	70	1	3,7	3,7	33,3
	71	3	11,1	11,1	44,4
	72	2	7,4	7,4	51,9
	73	1	3,7	3,7	55,6
	74	1	3,7	3,7	59,3
	75	1	3,7	3,7	63,0
	76	1	3,7	3,7	66,7
	77	2	7,4	7,4	74,1
	80	1	3,7	3,7	77,8
	85	3	11,1	11,1	88,9
	86	1	3,7	3,7	92,6
	87	1	3,7	3,7	96,3
	93	1	3,7	3,7	100,0
	Total		27	100,0	100,0

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Hab.literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 4º ano	7	25,9	25,9	25,9
	4º ano	15	55,6	55,6	81,5
	6º ano	2	7,4	7,4	88,9
	9º ano	2	7,4	7,4	96,3
	ensino médio	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casado	17	63,0	63,0	63,0
	viuvo	9	33,3	33,3	96,3
	divorciado	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Local residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	predominante/urbano	15	55,6	55,6	55,6
	mediana/ urbano	9	33,3	33,3	88,9
	predominante/ rural	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Nível socio-económico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NE baixo	24	88,9	88,9	88,9
	NE médio	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

2. Grupo B (N=30)

Statistics

		idade próprio	género	hab.literárias	estado civil	local residência	nível sócio-económico
N	Valid	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		81,13	1,57	1,60	2,97	1,73	1,20
Median		82,50	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00
Mode		83(a)	2	1	3	1	1
Std. Deviation		6,709	,504	1,133	,556	,980	,407
Skewness		-,134	-,283	3,930	1,267	,583	1,580
Std. Error of Skewness		,427	,427	,427	,427	,427	,427
Kurtosis		-,475	-2,062	18,648	6,303	-1,784	,527
Std. Error of Kurtosis		,833	,833	,833	,833	,833	,833

Idade próprio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	66	1	3,3	3,3	3,3
	72	2	6,7	6,7	10,0
	73	1	3,3	3,3	13,3
	74	2	6,7	6,7	20,0
	75	1	3,3	3,3	23,3
	76	2	6,7	6,7	30,0
	78	2	6,7	6,7	36,7
	79	1	3,3	3,3	40,0
	80	2	6,7	6,7	46,7
	82	1	3,3	3,3	50,0
	83	3	10,0	10,0	60,0
	84	3	10,0	10,0	70,0
	85	2	6,7	6,7	76,7
	86	1	3,3	3,3	80,0
	87	1	3,3	3,3	83,3
	89	2	6,7	6,7	90,0
	92	2	6,7	6,7	96,7
	93	1	3,3	3,3	100,0
	Total		30	100,0	100,0

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	M	13	43,3	43,3	43,3
	F	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Hab.literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 4º ano	17	56,7	56,7	56,7
	4º ano	12	40,0	40,0	96,7
	ensino superior	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casado	4	13,3	13,3	13,3
	viuvo	24	80,0	80,0	93,3
	divorciado	1	3,3	3,3	96,7
	recasado	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Local residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	predominante/urbano	19	63,3	63,3	63,3
	predominante/ rural	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Nível socio-económico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NE baixo	24	80,0	80,0	80,0
	NE médio	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Anexo II – Características psicométricas dos instrumentos:

1. F-Copes

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	30	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,813	,804	30

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,601	2,233	4,467	2,233	2,000	,362	30
Item Variances	,244	,033	,533	,500	16,000	,017	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC1	103,93	32,961	,339	.	,808
FC2	103,57	31,289	,475	.	,801
FC3	104,07	33,306	,225	.	,811
FC4	104,93	33,926	,032	.	,817
FC5	104,13	32,602	,443	.	,806
FC6	104,73	33,099	,172	.	,813
FC7	104,07	33,789	,197	.	,812
FC8	104,17	31,592	,419	.	,804
FC9	104,63	33,964	,005	.	,820
FC10	104,10	32,990	,164	.	,814
FC11	104,33	33,195	,154	.	,814
FC12	105,67	33,609	,035	.	,821
FC13	104,60	31,628	,416	.	,804

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

FC14	103,90	28,576	,657	.	,789
FC15	104,37	32,447	,286	.	,809
FC16	103,63	30,378	,658	.	,794
FC17	105,20	33,545	,090	.	,816
FC18	105,80	31,131	,508	.	,800
FC19	105,07	33,513	,169	.	,812
FC20	104,20	33,614	,110	.	,814
FC21	104,53	32,671	,225	.	,811
FC22	104,10	33,334	,287	.	,810
FC23	104,07	28,616	,665	.	,789
FC24	104,43	32,806	,208	.	,812
FC25	104,13	32,602	,443	.	,806
FC26	105,43	32,599	,206	.	,813
FC27	104,30	29,528	,563	.	,795
FC28	105,37	33,689	,058	.	,817
FC29	103,83	30,282	,534	.	,798
FC30	103,67	28,782	,698	.	,788

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
108,03	34,240	5,852	30

Realibility: Dimensões do F-Copes

Reenquadramento

Cronbach's Alpha	N of Items
,761	7

Procura de Apoio Espiritual

Cronbach's Alpha	N of Items
,906	4

Aquisição de Apoio Social - Vizinhança

Cronbach's Alpha	N of Items
,847	3

Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas

Cronbach's Alpha	N of Items
,584	6

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Apoio Formal

Cronbach's Alpha	N of Items
,827	3

Aceitação Passiva

Cronbach's Alpha(a)	N of Items
-,732	3

Avaliação Passiva

Cronbach's Alpha	N of Items
,646	3

2. QV (Qualidade de vida – versão parental)

Reliability: QV Global**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	30	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,829	,827	36

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,325	1,900	4,267	2,367	2,246	,479	36
Item Variances	,243	,033	,585	,552	17,552	,014	36

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q Casamento 1	115,53	43,982	,128	.	,830
Q Casamento 3	115,43	43,220	,263	.	,826
Q Casamento 4	115,80	45,545	-,113	.	,842
Q Amigos 5	115,63	40,585	,545	.	,816
Q Amigos 6	115,73	42,961	,456	.	,822
Q Saúde 7	116,93	43,306	,213	.	,828
Q Saúde 8	115,97	41,689	,391	.	,822
Q Casa 9	116,00	41,448	,413	.	,821
Q Casa 10	116,43	42,944	,310	.	,825
Q Casa 11	116,10	40,714	,631	.	,815
Q casa espaço 12	115,53	40,671	,696	.	,813
Q casa espaço 13	115,77	43,978	,277	.	,826
Q Educação 14	117,80	45,545	-,114	.	,840
Q Educação 15	117,67	46,230	-,312	.	,837
Q Tempo 16	115,47	41,085	,490	.	,818
Q Tempo 17	115,47	40,120	,721	.	,812
Q Tempo 18	115,73	44,202	,305	.	,827
Q Tempo 19	116,57	44,944	-,019	.	,832
Q Religião 21	115,73	40,823	,365	.	,824
Q Religião 22	116,13	41,568	,485	.	,819
Q Mass media 25	117,03	42,102	,363	.	,823
Q Mass media 26	117,27	43,375	,171	.	,830
Q Mass media 27	117,40	43,007	,287	.	,825
Q rendimento 28	117,00	42,966	,246	.	,827
Q rendimento 29	117,50	43,362	,270	.	,826
Q rendimento 30	117,03	43,826	,145	.	,829
Q rendimento 31	116,73	43,513	,237	.	,827
Q rendimento 32	115,73	43,375	,211	.	,828
Q rendimento 33	116,73	44,547	,162	.	,828
Q rendimento 34	116,77	44,323	,174	.	,828
Q vizinhança 35	116,67	39,816	,616	.	,813
Q vizinhança 36	116,67	39,816	,616	.	,813
Q vizinhança 37	116,43	41,082	,543	.	,817
Q vizinhança 38	115,80	42,510	,357	.	,823
Q vizinhança 39	116,67	41,264	,476	.	,819
Q vizinhança 40	116,63	43,482	,283	.	,826

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
119,70	44,976	6,706	36

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Realibility: Dimensões do QV**Bem-estar Financeiro**

Cronbach's Alpha	N of Items
,579	5

Tempo

Cronbach's Alpha	N of Items
,616	4

Vizinhança e Comunidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,836	6

Casa

Cronbach's Alpha	N of Items
,738	5

Mass Media

Cronbach's Alpha	N of Items
,708	3

Relações Sociais e Saúde

Cronbach's Alpha	N of Items
,659	4

Religião

Cronbach's Alpha	N of Items
,826	2

Filhos

Cronbach's Alpha	N of Items
,463	2

Educação

Cronbach's Alpha	N of Items
,624	2

3. QFF

Reliability: QFF Global

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	30	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,923	,929	29

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,820	3,033	4,433	1,400	1,462	,093	29
Item Variances	,184	,033	,351	,317	10,517	,008	29

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Forças1	107,23	44,737	,481	.	,921
Forças2	106,87	43,844	,732	.	,917
Forças3	106,67	44,023	,703	.	,917
Forças4	106,77	45,082	,705	.	,918
Forças5	106,73	43,099	,839	.	,915
Forças6	106,83	43,385	,740	.	,916
Forças7	106,77	46,806	,518	.	,921
Forças8	106,67	47,264	,329	.	,922
Forças9	106,93	43,857	,577	.	,919
Forças10	106,87	44,878	,685	.	,918

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Forças11	107,10	44,576	,614	.	,918
Forças12	107,33	44,920	,527	.	,920
Forças13	106,80	43,752	,732	.	,917
Forças14	107,23	45,633	,415	.	,922
Forças15	106,83	44,557	,830	.	,916
Forças16	106,83	44,557	,830	.	,916
Forças17	106,33	45,609	,422	.	,922
Forças18	107,53	48,740	-,037	.	,929
Forças19	107,73	48,271	,170	.	,923
Forças20	107,40	46,869	,243	.	,925
Forças21	107,33	45,747	,401	.	,922
Forças22	106,87	46,257	,575	.	,920
Forças23	107,10	45,266	,502	.	,920
Forças24	106,87	47,016	,389	.	,922
Forças25	106,77	47,220	,401	.	,922
Forças26	106,80	47,407	,516	.	,921
Forças27	106,60	46,386	,340	.	,923
Forças28	106,83	46,489	,631	.	,920
Forças29	106,83	44,971	,742	.	,917

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
110,77	48,737	6,981	29

Reliability: Dimensões do QFF

Crenças e Comunicação

Cronbach's Alpha	N of Items
,841	9

Capacidade de Adaptação

Cronbach's Alpha	N of Items
,460	4

Clima Familiar Positivo e Coesão

Cronbach's Alpha	N of Items
,534	5

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Organização da Vida Familiar e Tomada de Decisão

Cronbach's Alpha	N of Items
,896	5

Invidualidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,612	3

Apoio Social

Cronbach's Alpha	N of Items
,353	3

Anexo III – Cartas (pedido de autorização e carta de apresentação):

1. Centros de dia



Sara Filipa Fernandes Gonçalves é aluna do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica e Saúde, encontra-se a realizar investigação na temática do *Stress* Familiar, *Coping*, Qualidade de Vida e Forças Familiares, sob orientação das Doutoradas Maria Madalena Carvalho Lourenço e Isabel Marques Alberto. Partindo do Modelo ABC-X de Hill (1958), McCubbin e Patterson (1982) propuseram o Modelo Duplo ABC-X dos *stressores* e tensões familiares, tentando descrever o ajustamento e adaptação familiares aos *stressores* ou crises familiares. Em colaboração com outros autores e investigadores, criaram vários instrumentos de avaliação, entre os quais o FILE (1981), o F-COPES (1981), o *Quality of Life* (1982) e o Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007). Neste projecto, pretende-se avaliar a percepção que as pessoas têm do ajustamento e adaptação familiares, face a *stressores* internos e externos à família, crises esperadas e inesperadas. Nesse sentido, vimos solicitar a V^a EX^{as} a colaboração através do estabelecimento de contactos com idosos utentes em centros de dia, permitindo a passagem dos instrumentos F-COPES, Qualidade de Vida e QFF, para além do Questionário Sócio-demográfico e a Ficha de Dados Complementares (que se enviam em anexo). Será, obviamente, garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas dadas aos diferentes instrumentos de avaliação.

A aluna compromete-se a partilhar os resultados desta investigação, quando tiver concluído a sua dissertação.

Agradecemos a atenção e disponibilidade demonstrada da vossa parte.

Os melhores cumprimentos

Coimbra, 12 de Novembro de 2008

Isabel Marques Alberto
(Prof. Auxiliar da FPCE-UC)

Anexo IV – Resultados

1. Hipótese de investigação 1

Teste de normalidade

Case Processing Summary

	grupo	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
QVTOTAL	casa	25	92,6%	2	7,4%	27	100,0%
	centro de dia	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Descriptives

	grupo				Statistic	Std. Error
QVTOTAL	casa	Mean			108,6400	2,43576
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		103,6128	
			Upper Bound		113,6672	
		5% Trimmed Mean			108,2222	
		Median			107,0000	
		Variance			148,323	
		Std. Deviation			12,17881	
		Minimum			89,00	
		Maximum			138,00	
		Range			49,00	
	Interquartile Range			17,00		
	Skewness			,366	,464	
	Kurtosis			-,027	,902	
	centro de dia	Mean			119,7000	1,22442
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		117,1958	
			Upper Bound		122,2042	
		5% Trimmed Mean			119,7222	
		Median			120,0000	
		Variance			44,976	
		Std. Deviation			6,70640	
Minimum				106,00		
Maximum				133,00		
Range				27,00		
Interquartile Range			10,50			
Skewness			,057	,427		
Kurtosis			-,447	,833		

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Tests of Normality

	grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QVTOTAL	casa	,097	25	,200(*)	,973	25	,722
	centro de dia	,082	30	,200(*)	,984	30	,920

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Verificação da hipótese

Group Statistics

	grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QVTOTAL	casa	25	108,64	12,179	2,436
	centro de dia	30	119,70	6,706	1,224

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QVTO TAL	Equal variances assumed	7,887	,007	-4,263	53	,000	11,060	2,594	16,263	-5,857
	Equal variances not assumed			-4,057	35,771	,000	11,060	2,726	16,590	-5,530

2. Hipótese de investigação 2

Teste de normalidade

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tempo	56	98,2%	1	1,8%	57	100,0%
Relações Sociais e Saúde	56	98,2%	1	1,8%	57	100,0%

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Descriptives

		Statistic	Std. Error		
Tempo	Mean		14,5357	,35581	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13,8227		
		Upper Bound	15,2488		
	5% Trimmed Mean		14,6071		
	Median		15,0000		
	Variance		7,090		
	Std. Deviation		2,66263		
	Minimum		6,00		
	Maximum		20,00		
	Range		14,00		
	Interquartile Range		3,00		
	Skewness		-,676	,319	
	Kurtosis		1,847	,628	
	Relações Sociais e saúde	Mean		13,6071	,24795
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13,1102	
Upper Bound			14,1040		
5% Trimmed Mean			13,6587		
Median			14,0000		
Variance			3,443		
Std. Deviation			1,85549		
Minimum			7,00		
Maximum			18,00		
Range			11,00		
Interquartile Range			3,00		
Skewness			-,654	,319	
Kurtosis			1,916	,628	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tempo	,194	56	,000	,928	56	,003
Relações Sociais e Saúde	,155	56	,002	,942	56	,009

a. Lilliefors Significance Correction

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Verificação da hipótese

Ranks

	grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tempo	casa	27	20,37	550,00
	centro de dia	30	36,77	1103,00
	Total	57		
Relações Sociais e Saúde	casa	26	18,63	484,50
	centro de dia	30	37,05	1111,50
	Total	56		

Test Statistics(a)

	Tempo	Relações Sociais e Saúde
Mann-Whitney U	172,000	133,500
Wilcoxon W	550,000	484,500
Z	-3,785	-4,291
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

a Grouping Variable: grupo

3. Hipótese de investigação 3

Teste de normalidade

Case Processing Summary

	grupo	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
FCTOTAL	casa	26	96,3%	1	3,7%	27	100,0%
	centro de dia	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Descriptives

	grupo	Statistic		Std. Error
FCTOTAL	casa	Mean		95,0385
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	90,4057
			Upper Bound	99,6713
		5% Trimmed Mean		94,5000
		Median		95,0000
		Variance		131,558

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

	Std. Deviation		11,46989	
	Minimum		80,00	
	Maximum		123,00	
	Range		43,00	
	Interquartile Range		21,25	
	Skewness		,385	,456
	Kurtosis		-,459	,887
centro de dia	Mean		108,0333	1,06834
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	105,8483	
		Upper Bound	110,2183	
	5% Trimmed Mean		108,0926	
	Median		108,0000	
	Variance		34,240	
	Std. Deviation		5,85152	
	Minimum		96,00	
	Maximum		119,00	
	Range		23,00	
	Interquartile Range		8,25	
	Skewness		-,063	,427
	Kurtosis		-,375	,833

Tests of Normality

	grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCTOTAL	casa	,178	26	,033	,924	26	,057
	centro de dia	,084	30	,200(*)	,981	30	,854

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Verificação da hipótese

Group Statistics

	grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FCTOTAL	casa	26	95,04	11,470	2,249
	centro de dia	30	108,03	5,852	1,068

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
FCTOTAL	Equal variances assumed	13,030	,001	-5,446	54	,000	-12,995	2,386	-17,779	-8,211
	Equal variances not assumed			-5,218	35,972	,000	-12,995	2,490	-18,045	-7,944

Teste de normalidade

Tests of Normality

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCINT	,149	56	,003	,953	56	,028
FCEXT	,192	56	,000	,910	56	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Verificação da hipótese (continuação)

Ranks

	grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
FCINT	casa	26	26,06	677,50
	centro de dia	30	30,62	918,50
	Total	56		
FCEXT	casa	27	18,63	503,00
	centro de dia	30	38,33	1150,00
	Total	57		

Test Statistics(a)

	FCINT	FCEXT
Mann-Whitney U	326,500	125,000
Wilcoxon W	677,500	503,000
Z	-1,050	-4,484
Asymp. Sig. (2-tailed)	,294	,000

a. Grouping Variable: grupo

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Teste de normalidade

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Aquisição de Suporte social-vizinhança	,219	57	,000	,862	57	,000
Aquisição de Suporte social-relações íntimas	,233	57	,000	,865	57	,000

a Lilliefors Significance Correction

Verificação da hipótese (continuação)

Ranks

	grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Aquisição de Suporte social-vizinhança	casa	27	15,93	430,00
	centro de dia	30	40,77	1223,00
	Total	57		
Aquisição de Suporte social-relações íntimas	casa	27	17,80	480,50
	centro de dia	30	39,08	1172,50
	Total	57		

Test Statistics(a)

	Aquisição de Suporte social-vizinhança	Aquisição de Suporte social-relações íntimas
Mann-Whitney U	52,000	102,500
Wilcoxon W	430,000	480,500
Z	-5,748	-4,896
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

a Grouping Variable: grupo

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

4. Hipótese de investigação 4

Teste de normalidade**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Apoio Formal	,170	57	,000	,952	57	,025

a Lilliefors Significance Correction

Verificação da hipótese**Ranks**

	grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Apoio	casa	27	22,93	619,00
Formal	centro de dia	30	34,47	1034,00
	Total	57		

Test Statistics(a)

	Apoio Formal
Mann-Whitney U	241,000
Wilcoxon W	619,000
Z	-2,669
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008

a Grouping Variable: grupo

5. Hipótese de investigação 5

Teste de normalidade**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Procura de Apoio Espiritual	,159	57	,001	,901	57	,000

a Lilliefors Significance Correction

Verificação da hipótese

Ranks

	grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Procura de Apoio Espiritual	casa	27	25,70	694,00
	centro de dia	30	31,97	959,00
	Total	57		

Test Statistics(a)

	Procura de Apoio Espiritual
Mann-Whitney U	316,000
Wilcoxon W	694,000
Z	-1,433
Asymp. Sig. (2-tailed)	,152

a Grouping Variable: grupo

6. Hipótese de investigação 6

Teste de normalidade

Case Processing Summary

	grupo	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
FFTOTAL	casa	26	96,3%	1	3,7%	27	100,0%
	centro de dia	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Descriptives

	grupo		Statistic	Std. Error
FFTOTAL	casa	Mean	103,0000	3,38594
		95% Confidence Interval for Mean	96,0265	
		Lower Bound		
		Upper Bound	109,9735	
		5% Trimmed Mean	103,2137	
		Median	105,5000	
		Variance	298,080	
		Std. Deviation	17,26499	
		Minimum	58,00	
		Maximum	140,00	
		Range	82,00	

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

	Interquartile Range		20,75	
	Skewness		-,161	,456
	Kurtosis		1,374	,887
centro de dia	Mean		110,7667	1,27458
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	108,1599	
		Upper Bound	113,3735	
	5% Trimmed Mean		111,0185	
	Median		112,5000	
	Variance		48,737	
	Std. Deviation		6,98117	
	Minimum		91,00	
	Maximum		126,00	
	Range		35,00	
	Interquartile Range		7,25	
	Skewness		-,874	,427
	Kurtosis		1,913	,833

Tests of Normality

	grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FFTOTAL	casa	,138	26	,200(*)	,958	26	,361
	centro de dia	,139	30	,145	,924	30	,034

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Verificação da hipótese

Group Statistics

	grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FFTOTAL	casa	26	103,00	17,265	3,386
	centro de dia	30	110,77	6,981	1,275

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
									Lower	Upper	
FFTO TAL	Equal variances	10,93 9	,002	-2,262	54	,028	-7,767	3,433	-	14,65	-,884

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

assumed								0	
Equal variances not assumed			-2,147	32,03 3	,039	-7,767	3,618	15,13 6	-,398

7. Análise exploratória a)

Anova (Three-way)**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: FCTOTAL

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1427,835(a)	10	142,784	1,234	,296
Intercept	134200,053	1	134200,053	1159,971	,000
Género	27,328	1	27,328	,236	,629
estadocivil	699,564	3	233,188	2,016	,125
nivelsociodemografico	47,973	1	47,973	,415	,523
Género * estadocivil	150,509	2	75,254	,650	,527
Género * nivelsociodemografico	2,041	1	2,041	,018	,895
estadocivil * nivelsociodemografico	15,242	1	15,242	,132	,718
Género * estadocivil * nivelsociodemografico	344,007	1	344,007	2,973	,092
Error	5206,165	45	115,693		
Total	589258,000	56			
Corrected Total	6634,000	55			

a R Squared = ,215 (Adjusted R Squared = ,041)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: QVTOTAL

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1154,451(a)	10	115,445	,945	,503
Intercept	182833,416	1	182833,416	1495,943	,000
Género	58,604	1	58,604	,479	,492
estadocivil	77,797	3	25,932	,212	,887
nivelsociodemografico	371,298	1	371,298	3,038	,088
Género * estadocivil	159,106	2	79,553	,651	,527
Género * nivelsociodemografico	6,345	1	6,345	,052	,821
estadocivil * nivelsociodemografico	78,277	1	78,277	,640	,428
Género * estadocivil * nivelsociodemografico	82,797	1	82,797	,677	,415

Análise da percepção das estratégias de *Coping*, da *Qualidade de Vida* e Forças Familiares numa amostra composta por idosos da população geral e idosos utentes de centros de dia: um estudo exploratório

Sara Gonçalves (e-mail: saragoncalves20@sapo.pt) 2008/2009

Error	5377,658	44	122,219	
Total	729773,000	55		
Corrected Total	6532,109	54		

a R Squared = ,177 (Adjusted R Squared = -,010)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: FFTOTAL

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1522,883(a)	10	152,288	,837	,596
Intercept	153451,391	1	153451,391	843,895	,000
Género	43,224	1	43,224	,238	,628
estadocivil	265,906	3	88,635	,487	,693
nivelsociodemografico	18,489	1	18,489	,102	,751
Género * estadocivil	79,332	2	39,666	,218	,805
Género * nivelsociodemografico	605,308	1	605,308	3,329	,075
estadocivil * nivelsociodemografico	108,919	1	108,919	,599	,443
Género * estadocivil * nivelsociodemografico	2,288	1	2,288	,013	,911
Error	8182,670	45	181,837		
Total	652777,000	56			
Corrected Total	9705,554	55			

a R Squared = ,157 (Adjusted R Squared = -,030)

7. Análise exploratória b)

Correlations

		FCTOTAL	FFTOTAL	QVTOTAL
FCTOTAL	Pearson Correlation	1	,441(**)	,643(**)
	Sig. (2-tailed)		,001	,000
	N	56	56	55
FFTOTAL	Pearson Correlation	,441(**)	1	,346(**)
	Sig. (2-tailed)	,001		,010
	N	56	56	55
QVTOTAL	Pearson Correlation	,643(**)	,346(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,010	
	N	55	55	55

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).