

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

ANTONIA FRANCISCA ZAMUNER MORALES

**"ESTUDAR A RELAÇÃO ENTRE A SOLIDÃO E O BEM-ESTAR
SUBJECTIVO (BES) NUMA AMOSTRA DE PESSOAS IDOSAS"**

Coimbra

2010

ANTONIA FRANCISCA ZAMUNER MORALES

**"ESTUDAR A RELAÇÃO ENTRE A SOLIDÃO E O BEM-ESTAR
SUBJECTIVO (BES) NUMA AMOSTRA DE PESSOAS IDOSAS"**

**Dissertação de Mestrado em Educação e
Formação de Adultos e Intervenção
Comunitária, apresentada à Faculdade de
Psicologia e de Ciências de Educação, da
Universidade de Coimbra, como exigência
parcial para obtenção do Título de Mestre, sob
orientação da Professora Doutora Margarida
Pedroso de Lima.**

Coimbra

2010

ANTONIA FRANCISCA ZAMUNER MORALES

**"ESTUDAR A RELAÇÃO ENTRE A SOLIDÃO E O BEM-ESTAR
SUBJECTIVO (BES) NUMA AMOSTRA DE PESSOAS IDOSAS"**

**Dissertação de Mestrado em Educação e Formação de
Adultos e Intervenção Comunitária, apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, da
Universidade de Coimbra, como exigência parcial para
obtenção do Título de Mestre, sob orientação da
Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima.**

BANCA EXAMINADORA

Coimbra, ____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres”.

(Sêneca)

AGRADECIMENTOS

Ao fim de um percurso com dois anos de duração, a lista das pessoas a agradecer é verdadeiramente longa e, por isso, embora involuntariamente, certamente esquecerei alguém...

Começo a agradecer ao grupo de Professores com os quais tive a honra de confrontar-me e aprender bastante. À Professora Albertina Lima Oliveira, à Professora Cristina Maria Coimbra Vieira, ao Professor João da Silva Amado, ao Professor Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira, ao Professor Joaquim Luís Medeiros Alcoforado e à Professora Sónia Cristina M. F. Nogueira. Cada um deles contribuiu com o meu crescimento profissional e também pessoal.

Agradeço particularmente à Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima, pela sua dedicação e competência na orientação e indicação dos Métodos de Pesquisa e Escrita desta Dissertação.

Agradeço à Doutora. Teresa Urbano, pela sempre presente atenção e disponibilidade.

Agradeço à Professora Marisa Tampieri, pelas lições de italiano e pela amizade.

Agradeço à Università per la Formazione Permanente degli Adulti “Giovanna Bosi Maramotti”, de Ravenna (Itália), especialmente ao Presidente Doutor Andrea Bassi e à Vice-Presidente Germana Strocchi, que muito contribuíram para este estudo com notável profissionalismo.

Agradeço a todas as colegas de estudo, com quem dividi momentos muito agradáveis: Ana, Carla, Cidália, Lília, Patrícia, Rita, Sandra, Silvia e Susana.

Agradeço especialmente aos meus sobrinhos João Luiz e Simone e à minha irmã Cristina, pela infinita disponibilidade e afecto incondicional.

Agradeço ao Gabriel pela sintonia, compreensão e carinho, sem o qual eu não teria conseguido chegar até o fim.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO

1- OS IDOSOS NA LITERATURA: HIPÓTESE INTERPRETATIVA

1.1	Definição e Causas do Envelhecimento.....	20
1.2	Aspectos Demográficos do Envelhecimento.....	25
1.3	A Pesquisa Contemporânea.....	28
1.4	Consequências Económicas e Sanitárias do Envelhecimento.....	30
1.5	Expectativa de Vida.....	33
1.6	O Envelhecimento da Personalidade.....	34
1.7	O Envelhecimento Normativo e o Patológico.....	37
1.8	Psicologia do Envelhecimento.....	39
1.9	Envelhecimento Biológico, Psicológico e Sociológico.....	40
1.9.1	Envelhecimento Biológico.....	41
1.9.2	Envelhecimento Psicológico.....	42
1.9.3	Envelhecimento Sociológico.....	44
1.10	A Reforma.....	45
1.11	O Bem-Estar Subjectivo (BES).....	47
1.11.1	Bem-Estar Subjectivo na Velhice.....	51
1.11.2	Os Componentes do Bem-Estar Subjectivo.....	53
1.11.3	A Mensuração do Bem-Estar Subjectivo.....	54
1.12	Conceitos de Satisfação com a Vida.....	56
1.12.1	Panorama Geral e Perspectivas da Psicologia Positiva.....	56
1.12.2	Qualidade de Vida.....	57

1.13	O Envelhecimento e a Teoria Life-Span.....	64
1.14	Recursos Psicológicos na Velhice.....	67
1.15	A Resiliência e a Espiritualidade no Processo do Envelhecimento.....	72
1.16	O Conceito de Solidão.....	77
1.16.1	Causas e Consequências da Solidão.....	80
1.16.2	Solidão em Psicologia.....	83
1.16.3	A Experiência Sócio-Emocional de Solidão na Velhice.....	87
1.17	A Ocupação do Tempo Livre.....	89
1.18	Redes de Relações Sociais na Velhice.....	90
2 - A PESQUISA		
2.1.	A Formulação de Hipóteses e a Operacionalização de Conceitos.....	95
2.2	A Justificativa/ Interesse pelo Tema.....	96
2.3	Período e Local das Entrevistas.....	97
2.4	A População Idosa da Província de Ravenna.....	97
2.5	A História de Ravenna.....	98
3 - METODOLOGIA		
3.1	Características da Amostra.....	101
3.2	Instrumentos.....	103
3.3	Procedimentos	106
4 - RESULTADOS		
4.1	A análise de conteúdo.....	109
4.2	A análise estatística.....	110
4.3	Análise dos dados.....	160
4.4	Discussão dos resultados.....	163

LIMITAÇÕES E PROBLEMAS

CONCLUSÃO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo A Questionário de Entrevista

Anexo B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo C Consenso Informativo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Passatempos desenvolvidos fora de casa.....	116
Figura 2	Resultados do teste Q-Cochran.....	118
Figura 3	Resultados do teste Q-Cochran.....	119
Figura 4	Frequências relativas às principais entidades de suporte a idosos.....	123
Figura 5	Panas: negativo, positivo.....	127
Figura 6	Panas Total.....	127
Figura 7	Histograma de frequências relativas à Escala UCLA.....	128
Figura 8	Histograma de frequências relativas à Escala SWLS.....	129

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1	Ocupação do tempo livre em casa.....	114
-----------	--------------------------------------	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Frequências relativas às questões de habitação.....	110
Quadro 2	Frequências relacionadas às pensões auferidas.....	111
Quadro 3	Frequências relativas ao trabalho antes da reforma.....	111
Quadro 4	Frequências relativas à satisfação com o trabalho.....	112
Quadro 5	Frequências relativas aos passatempos realizados dentro de casa....	113
Quadro 6	Frequências relativas aos passatempos fora de casa.....	115
Quadro 7	Frequências relativas ao período com os seus familiares.....	117
Quadro 8	Frequências relativas às pessoas que vêm fora e dentro de casa....	119
Quadro 9	Frequências relativas a aspectos relacionados com a religião.....	120
Quadro 10	Frequências relativas à satisfação com serviços de saúde/hospital...	121
Quadro 11	Frequências relativas às figuras de suporte aos idosos.....	122
Quadro 12	Frequências relativas à satisfação com a vida dos idosos.....	123
Quadro 13	Frequências relativas à perda de algum familiar.....	124
Quadro 14	Frequências relativas aos horários dos transportes.....	124
Quadro 15	Análise das medidas de tendência central e dispersão - PANAS.....	125
Quadro 16	Panas Total.....	126
Quadro 17	Panas Positivo e Negativo.....	127
Quadro 18	UCLA.....	128
Quadro 19	Medidas de tendência central, dispersão e distribuição SWLS.....	129
Quadro 20	Comparação de médias PANAS - sexo dos idosos.....	130
Quadro 21	Comparação de médias PANAS - estado civil dos idosos.....	132
Quadro 22	Comparação de médias PANAS - grau de instrução dos idosos.....	133
Quadro 23	Comparação múltipla de médias (LSD) para PANAS	133
Quadro 24	Correlações entre a variável idade e o PANAS	134
Quadro 25	Comparação de médias PANAS - viver ou não com o cônjuge.....	135
Quadro 26	Comparação de médias PANAS - viver ou não com os filhos.....	136
Quadro 27	Suporte por parte do conjuge.....	137
Quadro 28	Comparação de médias PANAS - suporte de filhos e parentes.....	138
Quadro 29	Comparação das medias PANAS - satisfação com o trabalho.....	139
Quadro 30	Comparação de médias PANAS - nível de saúde dos idosos.....	139
Quadro 31	Comparação de médias PANAS - saúde avaliada pelo médico.....	141
Quadro 32	Comparação de médias PANAS - satisfação com a vida.....	142

Quadro 33	Comparação de médias PANAS - perda de familiares.....	143
Quadro 34	Comparação de médias PANAS Total - perda de familiares.....	143
Quadro 35	Comparação de médias PANAS - serviços de saúde.....	144
Quadro 36	Comparação múltipla de médias PANAS Positivo.....	144
Quadro 37	Comparação de médias UCLA - sexo dos idosos.....	145
Quadro 38	UCLA- Estado Civil.....	145
Quadro 39	Comparação de medias UCLA - grau de instrução dos idosos.....	146
Quadro 40	Correlação entre UCLA e idade dos idosos.....	146
Quadro 41	Comparação das médias UCLA - viver ou não com o conjuge.....	147
Quadro 42	Comparação de médias de ordens: viver ou não com o filho.....	147
Quadro 43	Comparação de médias UCLA - suporte do conjuge.....	148
Quadro 44	Comparação de medias UCLA - suporte dos filhos e parentes.....	148
Quadro 45	Comparação de médias UCLA - grau de satisfação com o trabalho.	149
Quadro 46	Teste post-hoc lsd em relação à satisfação com o trabalho.....	149
Quadro 47	Comparação de médias UCLA - nível de saúde dos idosos.....	150
Quadro 48	Comparação de médias de ordens do UCLA.....	150
Quadro 49	Comparação de médias UCLA - satisfação com a vida	151
Quadro 50	Comparação de médias de ordens (Teste LSD).....	151
Quadro 51	Comparação de médias UCLA - perda de um familiar.....	151
Quadro 52	Comparação de médias UCLA - opinião sobre serviços de saúde	152
Quadro 53	Comparação múltipla de médias (Teste LSD).....	152
Quadro 54	Comparação das médias SWLS - sexo dos idosos.....	153
Quadro 55	Comparação de médias SWLS - grau de instrução dos idosos.....	154
Quadro 56	Comparação de médias SWLS - facto de viver com o conjuge.....	154
Quadro 57	Diferenças ao nível do SWLS: viver com o conjuge/filhos.....	155
Quadro 58	Comparação de médias SWLS - suporte do conjuge.....	155
Quadro 59	Comparação de medias SWLS - suporte de filhos e parentes	156
Quadro 60	Comparação de médias SLWS - perda de um familiar.....	156
Quadro 61	Comparação de médias SWLS - nível de saúde no último ano.....	157
Quadro 62	Análise da normalidade PANAS, UCLA e SWLS.....	157
Quadro 63	Correlação entre UCLA e o PANAS positivo e negativo.....	158
Quadro 64	Correlação entre SWLS e o PANAS positivo e negativo.....	159
Quadro 65	Correlação entre Satisfação (SWLS) e Solidão.....	160

LISTA DE TABELAS

TABELA I. Popolazione residente al 1 Gennaio 2009 per età, sesso e stato civile in Italia.

TABELA II Popolazione Residente al 1 Gennaio 2009, per età, sesso e stato civile della Provincia di Ravenna.

RESUMO

O presente estudo teve como objectivo abordar o fenómeno sócio-demográfico do envelhecimento que afecta a estrutura da população, de modo tão significativo, e "Estudar a relação entre a solidão e o BES numa amostra de pessoas idosas", para analisar a influência da solidão na vida de idosos e investigar os factores responsáveis pelo bem-estar subjectivo apontado pela literatura. O envelhecimento da população mundial é resultado da mais avançada política sanitária e do progresso da ciência médica que afecta actualmente a maioria dos países industrializados. A queda significativa dos nascimentos e a melhoria das condições de vida e saúde levou a um aumento da expectativa de vida dos seres humanos. O aumento da população idosa nas sociedades contemporâneas tem fomentado reflexões sobre as transformações e demandas produzidas nos diversos níveis sociais. Realizamos entrevistas em profundidade no período entre fevereiro e abril de 2010, na Província de Ravenna (Região da Emilia Romagna-Itália), para investigar a percepção que as pessoas idosas têm de suas vidas e do processo de envelhecer. Os instrumentos utilizados para a pesquisa foram: a) um Questionário Psicossocial de Entrevista demonstrando o pensamento dos idosos; b) Escala de Afecto Positivo e de Afecto Negativo-PANAS, um instrumento que tem sido adoptado para a avaliação da componente afectiva do bem-estar subjectivo. Foi desenvolvido e validado por Watson, Clark e Tellegen (1988) e surgiu como resultado de diversas investigações que se preocupam com a natureza e a identificação das dimensões do afecto; c) Escala de Solidão (UCLA), por Russell D. *et al.* (1980) para avaliar sensações subjectivas da solidão; d) Escala de Satisfação com a Vida (*The Satisfaction with Life Scale* ou SWLS), elaborada por Diener e colaboradores em 1985, para avaliar um dos componentes do bem-estar subjectivo, a nível adulto – a satisfação com a vida. As questões foram submetidas à análise de conteúdo e as narrativas dos 42 sujeitos (14 homens e 28 mulheres) mostraram que os sentimentos de solidão implicam dimensões que estão ligadas às relações sociais e que na velhice podem ser encontradas condições de bem-estar bastante heterogêneas, porém, o maior bem-estar subjectivo está associado a factores de carácter psicológico (perceber a própria vida como significativa), afectivo (ter pessoas queridas com quem se relacionar), espiritual (ter fé e esperança em relação à finitude); ao estado de saúde e a alguns factores sociodemográficos. Dentre as dimensões do envolvimento religioso, os resultados

evidenciaram que apenas a religiosidade subjectiva se correlacionou positiva e significativamente na satisfação com a vida e não foram observadas correlações entre o envolvimento religioso e os afectos positivos e negativos. Tais resultados são discutidos à luz dos estudos empíricos e dos modelos conceituais que deram suporte à pesquisa. A maioria dos entrevistados é unânime em afirmar que o sentimento de solidão é resultado de uma atitude de fechamento que impede a relação com o outro.

Palavras-chave: Envelhecimento; Solidão; Bem-Estar Subjectivo.

ABSTRACT

This study aimed to address the socio-demographic phenomenon of aging that affects the population structure, so as meaningful, and "Studying the relationship between loneliness and the BES in a sample of elderly people," to analyze the influence of loneliness in life of older people and investigate the factors responsible for the subjective well-being found in the literature. The aging world population is the result of more advanced health policy and progress of medical science that currently affects most industrialized countries. The significant decrease of births and improvement of living conditions and health has led to increased life expectancy of human beings. The increasing elderly population in contemporary societies has encouraged reflection on the changes and demands produced in different social levels. We conducted in-depth interviews in the period between February and April 2010, the Province of Ravenna (Emilia Romagna Region, Italy) to investigate the perception that older people have in their lives and the aging process. The instruments used for research were: a) a psychosocial questionnaire demonstrating the thinking of the elderly, b) Positive Affect and Negative Affect Scale, PANAS, an instrument that has been adopted for assessing the affective component of subjective well-being. Was developed and validated by Watson, Clark and Tellegen (1988) and emerged as a result of several investigations concerned with identifying the nature and dimensions of affect, c) Loneliness Scale (UCLA), Russell D. et al. (1980) to assess subjective feelings of loneliness, d) Scale of Life Satisfaction (The Satisfaction with Life Scale or SWLS) developed by Diener and colleagues in 1985 to evaluate a component of subjective well-being, the adult level - satisfaction with life. The questions were submitted to content analysis and narrative of the 42 subjects (14 men and 28 women) showed that feelings of loneliness involve dimensions that are linked to social relations and that old age can be found in conditions of well-being rather heterogeneous, however, the greater subjective well-being is associated with psychological factors of character (to see their lives as significant), emotional (have loved ones with whom they relate), spiritual (having faith and hope in relation to finitude), the state of health and some demographic factors. Among the dimensions of religious involvement, the results showed that only subjective religiousness correlated positively and significantly in satisfaction with life

and no correlation between religious involvement and positive and negative affects. These results are discussed in the light of empirical studies and conceptual models that supported the research. Most respondents are unanimous in saying that the feeling of loneliness is the result of an attitude that prevents closing the relationship with the other.

Keywords: Aging; Solitude; Subjective Well-Being.

INTRODUÇÃO

O alongamento da vida média e o crescente envelhecimento da população têm conduzido a um maior interesse a cerca do envelhecimento. O presente trabalho se iniciou a partir de observações sobre o fenómeno novo e universal na história da humanidade, que se traduz pelo facto do grupo das pessoas idosas não parar de aumentar enquanto não cessa de decrescer o número de indivíduos jovens. Este fenómeno vem elevando a média de idade na população humana (Abreu, 2000) e afecta tanto países ricos quanto países pobres (Albuquerque, 2005).

O envelhecimento populacional é fruto, principalmente, de diminuições importantes dos coeficientes de mortalidade e das taxas de fecundidade e natalidade e já tem um grande significado: é uma das mais profundas mudanças sociais e económicas que afecta todos os países. Envelhecer é uma das maiores conquistas da humanidade, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio relativamente aos problemas naturais do envelhecimento, oferece a oportunidade de promover mudanças em todos os níveis, principalmente nas atitudes culturais e políticas para explorar o enorme potencial decorrente dessas transformações.

Na Europa, o envelhecimento da população tem atingido proporções sem precedentes. O presente estudo se coloca no âmbito de analisar a relação existente entre o sentimento de solidão e o bem-estar subjectivo de uma faixa da população mais frágil e por isso mais digna da atenção e adequado sustento a nível político e territorial: os idosos. Conhecer e compreender a realidade das pessoas idosas é uma necessidade crescente para um país como a Itália onde, desde os anos 70, se está verificando um aumento da expectativa de vida, como também em todos os países. Emília Romagna é uma rica região do norte da Itália com 4 milhões de habitantes e bastante afectada por essas mudanças. O nosso estudo foi desenvolvido em Ravenna, Província da Região de Emilia Romagna, que apresenta a segunda mais alta taxa de anciãos das regiões italianas (21,3% acima de 65 anos) e uma das taxas de natalidade mais baixas. Questionar este segmento da população sobre a qualidade de vida, num país onde o número dos indivíduos com idade além dos 65 anos está constantemente a crescer, é inevitável para quem quer investigar a sociedade italiana, suas transformações e

suas perspectivas. Procurar soluções adequadas às suas muitas necessidades e melhorar as condições de vida, é, sem dúvida, um apoio útil e valioso de acção sobre a população idosa.

Recentes estudos evidenciam que a integração social é um aspecto muito importante para envelhecer com sucesso, pois preserva as funções cognitivas e permite melhor qualidade de vida. Frequentemente, com o progredir da idade, seja pelos eventos da vida (a exemplo da morte dos pais ou do cônjuge), seja pelas modificações psicossociais, os idosos se defrontam com a progressiva diminuição da própria rede social. Uma vez que essa diminuição nem sempre é compensada pela criação de novas relações que substituam aquelas inevitavelmente perdidas, podem manifestar-se sentimentos de isolamento e solidão, dois aspectos não necessariamente coincidentes. Os estudos têm demonstrado que a família, por meio de seus apoios, tem tido um papel muito importante no bem-estar e qualidade de vida dos idosos. No entanto, as interações entre os familiares podem variar entre homens e mulheres, regiões mais ou menos urbanizadas, mais ricos em comparação com os mais pobres, as tradições familiares, com a intervenção de apoios institucionais e características socioeconómicas do país (Montes de Oca, 2001).

Os indivíduos mais velhos tornam-se naturalmente depositários de memórias pessoais e colectivas e, portanto, ricos de um património que chamaríamos de experiência humana. Portadores de valores e experiências acumuladas são um recurso precioso para a nossa sociedade, entretanto aparecem frequentemente envolvidos em processos de exclusão social e ligados, quer à perda de determinadas capacidades físicas que os acompanha ao ingresso e ao avançar na idade idosa, quer ao progressivo restringir das relações sociais em que a pessoa é colocada desde o nascimento. Na experiência subjectiva, foco de interesse da Psicologia, o avançar da idade se oferece potencialmente como uma fase de aprofundamento e grande trabalho: uma longa etapa de novas elaborações necessárias e, a partir destas, novas compreensões (Vieira, 2005).

CAPÍTULO 1 – OS IDOSOS NA LITERATURA: HIPÓTESE INTERPRETATIVA

“O conhecimento torna a alma jovem
e diminui a amargura da velhice.
Colhe, pois, a sabedoria. Armazena
suavidade para o amanhã”.
(Leonardo da Vinci)

A busca da longevidade sempre foi uma preocupação dos homens. Leme (1996) fez uma excelente revisão histórica da preocupação com a velhice, sob o aspecto físico ou de saúde, desde as sociedades mais primitivas – nas quais a valorização pessoal estava mais estreitamente ligada à capacidade física onde os idosos eram valorizados quando se mantinham vigorosos – até a actualidade.

No antigo Egipto, documentos de 3000 a.C., ressaltavam a obrigação de cuidados dos filhos para com os pais; diversos papiros continham práticas para uma vida saudável. O povo judeu, por sua vez, sempre manifestou enorme respeito pelos idosos. Já os gregos, que valorizavam a juventude, o vigor físico (cultura helénica), também demonstravam respeito por seus vencedores antigos, velhos estadistas e filósofos. Na antiguidade greco-romana, o idoso era prestigiado por sua sabedoria e experiência de vida, mas não ocupavam cargos altos ou de confiança das autoridades, constituídas por jovens. Aristóteles, no século IV a.C., expôs em sua obra “Sobre a Juventude e a Velhice”, sua teoria sobre o envelhecimento, este ocorreria por causa da diminuição do calor intrínseco do nosso corpo, que adquirimos ao nascer. O grande filósofo romano Cícero (106-43 a.C.) foi provavelmente o primeiro a realizar um ensaio sobre a questão do envelhecimento bem sucedido. O seu trabalho intitula-se “De Senectute” (44 a.C.). A velhice é aí apresentada como um fenómeno muito variável de indivíduo para indivíduo e, sobretudo, como um período que pode oferecer numerosas oportunidades de crescimento pessoal. Na Roma antiga também vemos o respeito

aos idosos: o Senado, que era a mais importante instituição de poder, tem seu nome derivado da palavra latina *sênex* (idoso).

Na Idade Média, também chamada Idade das Trevas, muitos estudos na área médica foram feitos para melhorar a saúde na velhice, enfatizando-se bons hábitos de higiene, exercícios físicos, controle alimentar e necessidade de acompanhamento médico periódico. Também surgiram as primeiras universidades e hospitais universitários. Roger Bacon (1212-1294, citado por Leme, 1996), frade franciscano, foi o primeiro a defender de uma forma mais científica, a influência externa de infecções, desorganizações na vida e ignorância de hábitos higiênicos no envelhecimento.

Com o Renascimento, começou haver um aumento na expectativa de vida e, conseqüentemente, maior interesse acerca do envelhecimento. A verificação experimental, surgida no século XV, levou a uma nova maneira de encarar a saúde do homem.

Na Era Moderna, a partir dos séculos XVII e XVIII com os avanços na Química, Anatomia, Neurologia, Física e Fisiologia, o envelhecimento passou a ser investigado mais a fundo, mas sempre no aspecto da promoção da saúde. Já no século XIX, com o aumento crescente da população de idosos, intensificaram-se os estudos sobre as alterações orgânicas mais comuns na velhice e o combate às doenças mais frequentes, ou seja, o enfoque ainda era no aspecto físico.

Estes dados históricos mostram que a preocupação maior com os idosos sempre foi demonstrada na área médica, estando ligada à promoção da saúde, à cura de doenças. Até a Revolução Industrial, a expectativa de vida da população era baixa e o envelhecimento não ganhava muito destaque (Dibo, 2004). Mas, à medida que as doenças foram sendo conhecidas e passíveis de controle, que as condições de trabalho e de moradia melhoraram muito (principalmente depois da Revolução Industrial), que as normas de saneamento básico foram sendo divulgadas e seguidas e que as práticas educacionais e de convívio social foram se tornando medidas de adaptação crescente e melhor do homem ao meio, começou haver um aumento na população de idosos. Esta situação desencadeou inúmeras questões sobre quem são eles, inicialmente sobre quantidade numérica ou crescimento demográfico; dúvidas sobre ganhos e perdas na velhice, sobre a necessidade de cuidados especiais ou não, sobre os sentimentos de sentir-se útil ou inútil, sentir-se feliz ou infeliz. Tais questionamentos começaram a ser feitos principalmente quando dados demográficos começaram a apontar para um contínuo aumento da população de idosos a partir do século XX. Cesa-Bianchi (2003), diz que a Psicologia foi a primeira a analisar o

fenómeno do envelhecimento centrando a sua atenção sobre questões relacionadas com a deterioração da função cognitiva na terceira idade. Scortegagna (2005), explica que devido ao aumento do interesse em outras fases da vida, como a infância e a adolescência, poucos estudos psicológicos sobre o envelhecimento foram conduzidos porque o envelhecimento era visto cada vez mais como uma doença e, portanto, de domínio exclusivamente médico e biológico.

De acordo com Albuquerque (2005), o século XX foi marcado por grandes avanços na ciência e tecnologia, o que resultou numa crescente e ainda actual mudança demográfica global. Com a revolução da ciência e o aumento da possibilidade de cura de diversas doenças, principalmente em crianças, aliada ao crescente avanço tecnológico influenciando não só a medicina, mas o dia-a-dia da população, o ser humano passou a perceber uma crescente diminuição da mortalidade e uma súbita redução nas taxas de fecundidade, o que, com o desenvolver dos anos, passou a gerar um conseqüente aumento da expectativa de vida. Essa transição afectou directamente e afecta ainda hoje a estrutura etária da população (Dibo, 2004).

1.1 DEFINIÇÃO E CAUSAS DO ENVELHECIMENTO

Pensar no envelhecimento é por norma desagradável e a grande maioria de nós evita fazê-lo. Mas sermos capazes de reconhecer os primeiros sinais de envelhecimento e agirmos no sentido de tomar medidas preventivas é determinante para vivermos uma velhice com qualidade. Segundo Fontaine (2000), a qualidade de vida que um sénior pode alcançar é o principal factor a ter em consideração quando pensamos em envelhecimento.

As pessoas estão a viver cada vez mais tempo, o que provoca um aumento da população acima dos 60 anos. O facto de se estar a envelhecer, de um modo tão acelerado, traz transformações nos valores éticos, estéticos e no modo como se percebe o processo de envelhecer. Isto quer dizer que, envelhecer no início do século passado, nada tem a ver com envelhecer neste início de milénio. Ser idoso há 50 anos, era completamente diferente de ser idoso actualmente, isto porque não se espera do idoso de hoje uma atitude passiva diante da

vida. Birrem e Cuningham (1985) consideram que cada indivíduo não tem uma, mas sim três idades diferentes: a sua idade cronológica, a sua idade social e a sua idade psicológica.

A definição da idade de uma pessoa é intuitiva e incontroversa. A idade de uma pessoa é o tempo decorrido entre a data do nascimento e a data actual, razão pela qual, entre duas pessoas, a mais velha é aquela que tem a idade mais elevada. Não somos iguais perante o tempo e duas pessoas com 70 anos de idade não têm a mesma idade, senão do ponto de vista contabilístico. Segundo Simone de Beauvoir, a juventude é o tempo que resta a cada indivíduo para viver, e o seu companheiro Sartre considerava que era apenas no olhar do outro que se podia ter consciência da própria velhice. Ao lado do sexo, cor e classe social, a idade é um dos mais importantes factores de diferenciação social, sendo um elemento fundamental da vida sociocultural.

Usualmente identifica-se o envelhecer individual como fruto da passagem do tempo, resultante do aumento da idade pessoal. As visões disciplinares que associam o envelhecer individual ao processo biológico de declínio e deterioração decorrente da passagem do tempo definem o envelhecimento, como próprio dos indivíduos que sobreviveram até o estágio final do ciclo vital (Moreira, 1998). Para tal, a idade define-se como limitativo ao bem-estar biológico (fragilidade e/ou invalidez), psicológico (diminuição da velocidade dos processos mentais) e comportamental (isolamento). O processo de envelhecimento individual assume particularidades tão distintas que, associar envelhecimento à idade cronológica – nos aproximando do conceito de longevidade – permite, apenas, uma percepção grosseira do processo de envelhecimento, além de retirar a sua feição social e a sua condicionante histórica. Enquanto continua a crescer o número da população com idade além dos 65 anos, torna-se mais urgente a necessidade de conhecer as características e problemáticas do envelhecimento. Quer se tratem de consequências de erros de cópia nas divisões celulares ou da expressão fenotípica de “genes clandestinos”, os processos de senescência são observáveis em nível de todos os órgãos. Se o comportamento do indivíduo influencia significativamente este processo, ele não pode, apesar de tudo, nem travá-lo nem invertê-lo. O estudo do envelhecimento reduz-se, assim, a estudar a interacção das causas endógenas e exógenas. O psicólogo interessa-se especialmente pelo sistema nervoso que elabora os nossos comportamentos e as nossas representações. O sistema nervoso não escapa à regra, sofrendo, também ele, modificações importantes durante o envelhecimento. Uma compreensão dos mecanismos do envelhecimento das estruturas nervosas é, assim, uma das

condições de uma melhor interpretação das modificações comportamentais observadas com a idade.

A estatística oficial italiana, o ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) define “população idosa”, como sendo a população com sessenta e cinco anos e acima desta idade, contrapondo-se à faixa de idade compreendida entre os 15 e os 64 anos, definida como “população activa”. Com base em tal limiar são calculados todos os indicadores que permitiram e permitem analisar as características temporais e territoriais do fenómeno. Os idosos acima dos 75 anos são definidos como senescentes, ou seja, aqueles que não são auto-suficientes ou os que têm doenças crónicas. Os progressos da ciência médica, os melhoramentos das situações higiénicas, alimentares e de trabalho prolongaram a duração da vida e parecem também ter adiado a idade da “decadência física” e do envelhecimento.

Atcheley (2000) considera que o envelhecimento é um conjunto de processos de natureza física, psicológica e social que, com o tempo, produzem mudanças na capacidade de funcionamento dos indivíduos e influenciam a sua definição social. O termo senescenza, sinónimo de velhice, é usado para indicar as mudanças que o indivíduo encontra nas suas estruturas e funções em relação ao avanço da idade.

Carvalho Filho (1996) conceitua o envelhecimento como “um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte”.

Do ponto de vista de Robledo (1994), o envelhecimento é um processo inexorável que, considerando-se os factores genéticos, ambientais e psicológicos, isto é, as condições às quais uma pessoa está exposta, podem ocorrer de variadas formas. O envelhecimento pode ser analisado a partir dos pontos de vista cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico e funcional, cada qual com suas especificidades e respondendo diferentemente aos questionamentos em relação ao processo de envelhecer. De acordo com os estudos do autor citado, o envelhecimento ocorre de formas variadas, independente da idade da pessoa. Existem pessoas que aos 80 anos estão em plena vida produtiva, apesar de todas as vicissitudes impostas pela idade, ao passo que pessoas que ainda não chegaram aos 60 anos se encontram em estado de total decrepitude.

Vargas (1983), ao descrever o envelhecimento, afirma ser um fenómeno biopsicossocial que atinge o homem e sua existência na sociedade, manifesta-se em todo domínio da vida e, como processo evolutivo do ser humano, somente pode ser compreendido

em sua totalidade. O envelhecimento inicia pelas células, passa aos tecidos e aos órgãos terminais, nos processos extremamente complexos do pensamento, constituindo-se em campo fértil de pesquisas. De acordo com Caldas (1997), a velhice consiste no desgaste natural das estruturas orgânicas, que passam por transformações com o progredir da idade e se tornam predominantes nos processos degenerativos na velhice. Os critérios apresentados por Strehler (1977), podem ajudar na tarefa de precisar em que consiste o envelhecimento físico. Para esse autor, o envelhecimento distingue-se de outros fenómenos afins pelas seguintes características: ser universal, intrínseco ao organismo e de consequências negativas. Ser universal significa que afecta todos os indivíduos. Neste sentido, o declínio do sistema imunitário (diminuição da eficácia, no combate aos agentes que agredem o organismo) é uma faceta do envelhecimento, dado verificar-se em todos os indivíduos. Pela razão inversa, o enfarte do miocárdio não pode ser considerado um aspecto do envelhecimento. O segundo critério (ser intrínseco ao organismo) aplica-se igualmente ao sistema imunitário, na medida em que a perda de eficácia do mesmo é determinada por factores biológicos, e não por factores ambientais, externos ao indivíduo. E de acordo com o terceiro critério, a mudança verificada deve ter um efeito negativo no funcionamento do organismo, sendo, obviamente, este (o declínio do sistema imunitário) que o deixa vulnerável às agressões externas. Strehler considera que, para poder ser considerado “envelhecimento”, uma dada mudança terá de obedecer aos três critérios enunciados. A dificuldade de definir o envelhecimento é expressa na tentativa que vem proposta em delimitar quando começa a velhice. Um dos limites mais utilizados é de carácter cronológico pelo qual a maior parte dos gerontologistas aceita como fase de ingresso no envelhecimento a faixa de idade compreendida entre os 60 e 65 anos.

Simões (2006), explica que se convencionou situar, por altura dos 65 anos, o início do período da existência, em cujo ponto do ciclo da vida a aposentação tem geralmente lugar. Este autor aponta que é esse o horizonte temporal que definimos para a última etapa do desenvolvimento humano, balizando-a, a montante, pelos 65 anos e, a jusante, pela morte e, não obstante, esta limitação possa ter pressupostos de validade baseada na observação acentuada das significativas mudanças observadas na idade dos 60-65 anos, como também nos aspectos exteriores dos indivíduos, não se pode passar despercebida a arbitrariedade em tentar separar, com um corte, a idade adulta da idade idosa. Outros modelos de definição do envelhecimento são aqueles que dividem o processo em primário, considerando os processos relacionados com os efeitos da idade; secundário, relativo à combinação da idade com a

patologia intercorrente; terciário ou declínio final, que inclui as mudanças que se observam em relação à aproximação da morte.

Para muitos investigadores a idade convencional utilizada como referência para definir o idoso é a da reforma, actualmente colocada em torno dos 65 anos. A origem deste limite pode ser rastreada historicamente nos fins dos 1.800 quando, na vanguarda dos primeiros movimentos sociais, o chanceler alemão von Bismarck estabeleceu a idade dos 65 anos como limite para a reforma. Não dá para passar despercebida a arbitrariedade e a oportunidade económico - política de tal escolha se considerarmos que no fim dos anos 1800 a expectativa média de vida da população era de 54 anos. Não obstante o século XX tenha comportado uma revolução demográfica de expectativa de vida e de crescimento da população além dos 65 anos, o limite para a reforma permaneceu substancialmente o mesmo. Apenas recentemente abriu-se o debate sobre a possibilidade de conjugar o conceito de “reforma” a uma determinada idade com a possibilidade dos sujeitos continuarem a desenvolver actividades, dado que na maior parte dos casos os sujeitos com 65 anos actualmente são pessoas activas e em situação de desenvolver diversas atribuições. É próprio o tal propósito que no curso dos anos têm-se procurado sair de uma denominação genérica de idosos para entrar numa descrição que procura considerar a diferença na população da faixa de idade que vai dos 65 aos 100 anos.

No estudo do envelhecimento, uma questão que recentemente tem inspirado diversas pesquisas, é a análise das características dos diferentes subgrupos etários, após a passagem pela idade dos 60 anos. Alguns autores utilizam-se das categorias Third Age (terceira idade), referindo-se à faixa 60-79 anos, e Fourth Age (quarta idade) para designar a faixa de 80-99 anos (Jopp & Rott, 2006). Neste contexto, é conveniente ter presente as subdivisões do período extremo da adultez, propostas por Neugarten (1976, citado por Simões, 2006), que aponta para a necessidade de distinguir o subgrupo dos jovens idosos (*young-old*), que abrangeria os indivíduos com idades compreendidas entre os 65-74 anos, e o sub-grupo dos muito idosos (*old-old*), com 75 ou mais anos de idade. Posteriormente, se acrescentou mais uma terceira divisão constituída pelos idosos médios (*middle-old*), para englobar o período compreendido entre os 75-84 anos. Segundo Beatty e Wolf (1996, citado por Simões, 2006), distinguem-se, assim, três categorias de idosos: os jovens idosos (65-74 anos), os idosos médios (75-84 anos) e os muito idosos (85 ou mais anos).

O conceito de envelhecimento é longo e difícil de definir, a considerar também o facto da terminação assumir diversos significados em diferentes condições. No

nível individual é possível definir o idoso em termos biológicos, psicológicos, demográficos e a níveis previdenciais. Usualmente, em demografia e em outras ciências, por necessidade das contingências, são definidos como idosos as pessoas com idade superior a um determinado limite, representando assim a chamada “idade limiar”. Tradicionalmente esta vem determinada em função dos anos vividos após os sessenta e cinco anos (limiar convencional fixado com base na idade da saída do mercado de trabalho e também ligada à fase da reforma). O processo de envelhecimento do indivíduo torna-se, deste modo, um processo variável no tempo, no sentido que as gerações actuais não envelhecem do mesmo modo e com os mesmos ritmos dos seus precedentes e, muito provavelmente, as gerações futuras experimentarão ritmos e modalidades ainda diversas de envelhecimento.

1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO

A espécie humana introduziu no seu ecossistema muitos desequilíbrios, um dos flagrantes aparece na sua evolução demográfica. Ao mesmo tempo em que colonizavam todas as terras habitáveis, os membros da nossa espécie multiplicavam-se a tal ponto que, actualmente, muitos especialistas e instituições internacionais sustentam teses alarmistas quanto ao futuro do ser humano.

A humanidade atingiu o seu primeiro bilhão de habitantes em 1801; o segundo em 1925, ou seja, num espaço de cento e vinte e quatro anos; o terceiro em 1959, ou seja, em trinta e quatro anos; e o quarto em 1974, quinze anos mais tarde; o quinto em 1986, passado doze anos; e de ora avante, a Terra será povoada por mais um bilhão de habitantes a cada dez ou doze anos. Podemos assim prever que atingiremos os dez bilhões de seres humanos em 2040. Em 1950, por exemplo, o percentual de pessoas idosas no mundo foi igual a 8%; em 2002 foi de 10%; e em 2050 é projectado para atingir a quota de 21%. As causas desta “escalada” demográfica, única na história dos primatas, são bem conhecidas. Durante milénios, a mortalidade e a fecundidade quase se equilibraram, com um ligeiro ganho para a vida. Este equilíbrio foi rompido, essencialmente por duas razões, que são consequências da industrialização. A primeira é a queda vertiginosa da mortalidade infantil, devido à quase

erradicação das doenças infecciosas. A segunda é o aumento, quase tão impressionante, da longevidade. A apresentação destes dados demográficos contextualiza o problema do envelhecimento. Todos os níveis da nossa sociedade são afectados por este fenómeno. No plano económico, tal traduz-se, e traduzir-se-á, por um aumento contínuo de reformados. No plano social, qualquer infra-estrutura dos sistemas de protecção deve, e deverá adaptar-se. No plano cultural, aparecem e aparecerão profundas modificações a par do aumento do tempo de lazer. Nos planos médicos, biológico e patológico, os investigadores são e continuarão a ser levados, tanto por razões teóricas como práticas, a estudar de forma intensa o envelhecimento, a fim de melhor compreenderem os seus mecanismos. Num plano mais geral, o desafio fundamental reside em permitir às pessoas, que não morram só o mais idosas possível, mas também, que vivam uma velhice bem sucedida. Por envelhecimento demográfico se entende o aumento percentual das pessoas que pertencem às classes de idade mais avançadas numa determinada população (Blangiardo/1997).

Se para cada indivíduo “envelhecer” significa alcançar uma idade gradativamente mais avançada, no conjunto dos indivíduos que se identificam numa população, o termo “envelhecimento” indica uma presença maior de componentes idosos, e se concretiza seja numa alta proporção de indivíduos que superam um limite de idade pré-fixado, convencionalmente nos 60º ou 65º aniversário, eventualmente relacionada à correspondente quota de jovens, com menos de 15 ou 20 anos, seja no aumento de valores dos indicadores estatísticos delegados a exprimir sinteticamente a estrutura por idade da população em estudo. É notória como a estrutura por idade de uma população em um dado instante seja o resultado das dinâmicas dos fenómenos de movimento (nascimentos, mortes e migrações) que têm caracterizado a evolução. As modificações da estrutura por idade que acompanham o processo de envelhecimento demográfico são o produto de uma combinação de factores que têm interessado à área da fecundidade, da mortalidade e dos movimentos migratórios num arco temporal que se estende por muitos decénios de história de uma população.

Tradicionalmente a principal causa do envelhecimento demográfico, no âmbito da população que mais directamente viveu e vive tal experiência, foi o declínio da fecundidade, com o progressivo desaceleramento do ingresso juvenil e o conseqüente incremento do peso relativo das gerações mais idosas (Reginato, 1994). Por outro lado, revelou-se bem mais complexa a influência do declínio da mortalidade, cujo impacto no campo do envelhecimento da população apresentou conseqüência muito diversificada em relação ao tempo e à fase da transição demográfica. Em particular, quando o declínio da

mortalidade aconteceu num contexto da “primeira fase da transição” (caracterizado por alta fecundidade e alta mortalidade) a sua consequência mais imediata foi de um rejuvenescimento da população, enquanto a forte diminuição da mortalidade infantil diminuía na selecção do curso da primeira idade da vida e oferecia um contributo substancialmente análogo ao aumento da fecundidade. O mesmo fenómeno teve efeito contrário quando, “com a passagem da forte queda da mortalidade precoce à mais recente fase de ganho de sobrevivência na idade adulta e senil (típica da sociedade pós-transicional), um consistente número de indivíduos ultrapassou o limiar do envelhecimento e engrossou a parte superior da pirâmide da idade em cuja base, ao menos nos países demograficamente mais avançados, e assim restringindo os notórios efeitos da queda da natalidade “ (Blangiardo, 1997).

Para Filippi (2003), o envelhecimento populacional é um fenómeno típico de países mais desenvolvidos em que o notável declínio da fecundidade e do aumento significativo de expectativa de vida tem levado a um aumento generalizado a níveis de comparação com a idade nos países, onde a taxa de fecundidade total permanece em níveis elevados. Golini *e col.* (1995) afirmam que o envelhecimento da população do mundo é o resultado da contínua diminuição das taxas de fecundidade e crescimento na expectativa de vida, é hoje uma peculiaridade dos países mais desenvolvidos, cujo fenómeno está interessando também ao resto do mundo.

Realmente, como o século XX foi o século do grande crescimento da população, o século XXI deverá ser o século do grande envelhecimento populacional. Outro dado a ser observado é que as mulheres ainda são mais longevas que os homens. No processo de envelhecimento da população: hoje um italiano sobre cinco tem mais de 65 anos e também, os chamados “grandes-velhos” (acima dos oitenta anos) representam 5,3% da população italiana. Em 1º de Janeiro de 2008, o índice de idosos (na relação entre a população com mais de 65 anos com a população com menos de 15 anos) registou um ulterior aumento, atingindo um valor igual a 142,6%. Considerando os dados a nível internacional, na data de 1º de Janeiro de 2006, a Itália, com um índice igual a 139,9%, tornou-se o principal país investido no fenómeno do envelhecimento. Os outros países da União Europeia em que a população tem uma estrutura por idade particularmente “idosa” são Alemanha, Grécia e Bulgária.

1.3 A PESQUISA CONTEMPORÂNEA

O estudo do envelhecimento humano é tido por Neri (1995, citado por Lasca 2003), como um estudo “milénar”, embora a preocupação com a população envelhecida seja uma conquista do homem contemporâneo. O aumento da população idosa nas sociedades contemporâneas tem fomentado reflexões sobre as transformações e demandas produzidas nos diversos níveis sociais. A consideração do idoso a partir de modelos teóricos fundamentados numa concepção individualista e intimista da subjectividade apresenta limitações para uma compreensão do fenómeno do envelhecimento em toda sua significação existencial.

Para Spencer (1989), o envelhecimento da população constitui para a sociedade ocidental o fenómeno demográfico mais significativo dos últimos decénios com relevantes repercussões no plano económico, social, político e cultural. O alongamento da vida média e o envelhecimento crescente da população têm apontado para um maior interesse a cerca da temática do “Envelhecimento”. Foi a partir dos anos 50, do século passado, principalmente em função do rápido aumento do número de pessoas idosas, que assistimos à explosão do trabalho científico sobre o envelhecimento tanto nas ciências naturais quanto na área das humanidades. Na década de 70 e 80, depois do baby-boom dos anos 60, a fertilidade tem reduzido gradualmente e nos últimos anos, tem registado os níveis mais baixos.

A ciência do envelhecimento costuma enfrentar inúmeros desafios como a influência das estruturas económicas, culturais, sociais e emocionais no processo de envelhecer. Neste momento, há urgência em oferecer disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde e sociais, pois, constituem determinantes importantes do bem-estar e saúde das pessoas no seu processo de envelhecimento. As modificações da estrutura da sociedade na velocidade com que se desenvolve têm determinado o emergir das novas necessidades relacionadas principalmente ao aumento das patologias crónicas e conseqüentemente da não auto-suficiência. A preocupação do ser humano com a incerteza do futuro, com a ameaça da falta de bens materiais que garantam sua subsistência, com o risco da incapacidade física e mental que ocasionam dependência e com a possibilidade de não haver apoio afectivo-social até o fim da vida acentua-se nas sociedades contemporâneas marcadas pela competição entre as pessoas na busca da promoção social. Nesse contexto, muitos acabam sendo marginalizados e segregados, dentre eles, o idoso (Haddad, 1986, Rauchbach, 1990, Vargas,

1994). Diante dessa situação, os especialistas das áreas de Psicologia e Gerontologia têm se preocupado em determinar as principais necessidades da população idosa, suas características, problemas vivenciados e possíveis soluções, a fim de: a) subsidiar a actuação de profissionais dos mais diversos campos de conhecimento que trabalham com a população idosa; b) definir quais estruturas de apoio deverão ser criadas, no âmbito de assistência à saúde e psicossocial, de lazer e recreação; c) preparar a pessoa que envelhece para viver bem essa fase da vida, enfrentando as perdas inerentes a ela; d) proporcionar condições adequadas ao idoso para viver a velhice com qualidade, usufruindo os ganhos associados a ela.

O grande desafio, portanto, é criar condições, acessíveis a todas as pessoas, independentemente do nível socio-económico e cultural, para um envelhecimento saudável do ponto de vista bio-psicossocial. Afinal, o envelhecimento sadio da população é uma meta natural de qualquer sociedade em desenvolvimento (Fernandes, 1985; Veras, 1994).

Em face das perdas naturais, como garantir ao idoso um envelhecimento sadio? Como manter uma boa qualidade de vida durante toda a velhice? Como mostrar às pessoas que envelhecem que isso é possível? Estes são os grandes desafios a serem enfrentados pelos profissionais que trabalham com a velhice: a) determinar quais são os factores que levam ao envelhecimento saudável; b) tornar esse conhecimento acessível a todas as pessoas; e, em especial, c) divulgá-lo para as autoridades responsáveis pelos programas e pelas políticas sociais, de forma que se crie um conjunto sistemático de ações políticas, sociais e individuais que garanta um futuro com qualidade de vida. Mudanças significativas na esfera social e económica, nas relações entre gerações, interpessoais e na postura do indivíduo em relação a seu próprio envelhecimento, são necessárias para se enfrentar a nova realidade populacional esperada para o futuro próximo, com a consequente alteração na participação social dos idosos e na imagem que a sociedade tem da velhice (Novaes, 1995; Forette, 1998; Freire e Sommerhalder, 1999).

Os profissionais das áreas de Gerontologia, Psicologia e Educação têm importante papel na busca dos factores determinantes do envelhecer bem e, principalmente, na divulgação dos conhecimentos acerca das acções para prevenir o desajustamento, a doença e a incapacidade. É necessário determinar formas de intervenção baseadas nas mudanças esperadas, na esfera biológica, afectiva e cognitiva, para apoiar e manter o bem-estar e a qualidade de vida, apesar dos decréscimos ligados ao envelhecimento.

1.4 CONSEQUÊNCIAS ECONÔMICAS E SANITÁRIAS DO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

A preocupação recente em se estudar pessoas idosas se deve ao fato de que o processo de envelhecimento tem se dado de forma muito rápida e as condições socio-económicas não permitiram que fossem instauradas medidas suficientes para cobrir as necessidades dessa população.

O envelhecimento da população, na verdade, já está a ter importantes consequências e implicações em todas as áreas da vida humana diária e vai continuar ao longo desta estrada. Em economia, por exemplo, o envelhecimento da população afetará o crescimento económico, a poupança, os investimentos e o consumo no mercado de trabalho, as pensões, os impostos e transferência de riqueza, as propriedades e assistência entre as gerações. O envelhecimento da população vai continuar a ter efeitos sobre a saúde e assistência sanitária, na composição familiar e nos padrões de vida, nas políticas de habitação e fluxos migratórios. Albuquerque (2005) salienta que o envelhecimento populacional global é um verdadeiro desafio para o mundo actual. Por esta razão, Dibo (2004) explica que o envelhecimento tem estimulado diversos estudos e investigações nas áreas sociais e da saúde principalmente sobre as alterações anatómicas, funcionais e cognitivas decorrentes deste processo. A crescente presença de idosos, bem como a questão da velhice bem sucedida, constitui-se em um novo desafio, sobre o qual a Gerontologia está se debruçando (Camarano, 2002; Neri, 2007). Este fenómeno social obriga a reflexões profundas na nossa sociedade e a uma nova visão sobre o envelhecimento. Torna-se urgente traçar acções para a promoção da saúde. A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço de competências que habilitem para uma vida saudável e, desenvolve-se, através de uma intervenção concreta e efectiva, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando e implementando estratégias (OMS, Carta de Otawa, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 21 Novembro de 1986, Otawa).

Efectivamente há uma relação positiva entre a idade e a doença, no sentido de que com o aumento dos anos, tende a aumentar o número de doenças. É daí que os gastos com os idosos representem uma parte substancial das despesas com a saúde. Mas com o

avanço da medicina é de se esperar que muitas dessas doenças venham a ser dominadas no futuro, atendendo a que a população idosa é, hoje, bem mais saudável do que num passado recente. Poderá discutir-se, então, se a sobrevivência às doenças que é, hoje, a principal causa da morte, não multiplicará as sequelas incapacitantes ou se, em seu lugar, outras novas não surgirão, não menos perigosas e letais. Uma coisa, porém, é certa: é que a prevenção – a vertente praticamente menos valorizada da política da saúde, ao contrário da vertente curativa – pode ser uma arma poderosa em defesa da sanidade física e mental dos idosos. De facto, muitas são as doenças destes, que foram “herdadas” de períodos mais jovens e que poderiam ser perfeitamente evitadas. A perspectiva do ciclo de vida, que tão profícua se revelou noutros domínios, poderia ser aplicada com vantagem.

Ao lado da revolução demográfica em termos da epidemiologia da população, há necessidade de considerar a revolução em termos das necessidades sócio-assistenciais e sanitárias determinadas pelo envelhecimento da população. Para descrever este fenómeno foi introduzido o conceito de “expectativa de vida activa”, que, além do alongamento da vida, evidencia a qualidade da mesma correlata ao seu alongamento tomando em consideração o aumento da dependência e/ou redução da capacidade de vida activa. Se consideramos a faixa de idade compreendida entre os 65-74 anos, nos considerados “jovens idosos”, a necessidade sócio-sanitária, expressa como necessidade de assistência da parte de uma outra pessoa, corresponde a 9% da população, com leve diferença percentual entre homens e mulheres. Na faixa de idade compreendida entre os 74-84 anos a necessidade de assistência a domicílio corresponde a 14% para os homens e 21% para as mulheres. Quanto à faixa de idade dos além dos 85 anos, há um aumento percentual de 54% dos homens que ainda é capaz de realizar uma vida autónoma e 38% das mulheres (Spar, 1997).

Portanto, na medida em que se traduz num acréscimo o contingente dos indivíduos não produtivos, representa uma sobrecarga à população activa, a qual terá de produzir mais riqueza, com menos recursos, para manter activos e não activos. Constitui-se, então, num sério problema aos governos de todo o mundo o custo da assistência a uma população que envelhece de forma nem sempre auto-suficiente. As necessidades previdenciárias ligadas à idade da reforma apresenta - nos um dos primeiros paradoxos ou desequilíbrio entre a organização social e a dinâmica da população. A dependência agravada pelo aumento dos idosos é compensada pela diminuição dos jovens. Não se atenta, entretanto, que os idosos realizam um volume impressionante de trabalho, de extrema utilidade para a sociedade, embora o seu contributo não seja suficientemente aproveitado nem

convenientemente valorizado. A identificação e a valorização do papel do idoso nas comunidades é a única forma possível de inclusão social desse grupo da população, que pode contribuir de maneira significativa para a transformação local de valores e modos de existir.

Simões (1997), conclui que, não é, de facto, concebível uma política de prevenção da saúde, sem a promoção da educação para a saúde. E se esta concebe pela positiva – não apenas em relação com a cura e a prevenção da doença, mas como promoção do bem-estar físico e mental – então a educação para a saúde assume todo o seu significado. Os idosos de hoje não só são mais saudáveis, mas também mais instruídos, e sê-lo-ão cada vez mais no futuro. A experiência mostra que educação apela a mais educação, no sentido em que a elevação do nível educacional desencadeia maior procura por educação. Até aqui, esse nível educacional dos idosos tem sido significativamente mais baixo, comparado com o de outros grupos etários. Mas é de se esperar, pelas razões acabadas de expor, que a procura de educação se intensifique e os idosos se afirmem como um novo público a educar. Mais saudáveis, mais longevas, mais instruídas, tais serão as novas gerações dos idosos. Mínguez (2004, p.106, citado por Simões, 2006), escreve que “só no nosso tempo, o leque das práticas de educação foi reconhecido como um “direito de todo o cidadão (ONU, 1948)”.

Já Moscovici (1985), enfatiza que vivência, é um processo de ensino-aprendizagem denominada de Educação de Laboratório, ou seja, um conjunto metodológico que objectiva o alcance de mudanças pessoais, a partir de aprendizagens baseadas em experiências directas ou vivências. As necessidades evolutivas dos idosos requerem um foco não só sobre crescimento e mudança, como também sobre a manutenção do controle de sua vida, sobre o combate dos efeitos do processo de envelhecimento (Housley, 1992). As condições específicas da velhice, que determinam perda de papéis e afastamento, limitações físicas, morte de pessoas da mesma idade e, muitas vezes, limitações financeiras, fazem com que o isolamento e a solidão tornem-se experiências mais prováveis do que no curso normal da vida adulta. De facto, existe uma imagem bem arraigada dos idosos como pessoas isoladas, solitárias e infelizes, imagem essa fortalecida pelo afastamento do idoso dos sistemas produtivo e de consumo, e também, pela situação de abandono, a que muitos são relegados (Angerami, 1990). Nesse contexto de busca de conhecimento acerca do envelhecer bem se insere o presente estudo, que focaliza aspectos importantes da vida adulta e da velhice, quais sejam, o sentimento de solidão e o bem-estar subjectivo, este avaliado pela satisfação com a vida, uma dimensão cognitiva.

1.5 EXPECTATIVA DE VIDA

A esperança de vida é a expectativa da duração da vida de cada indivíduo de uma determinada população, num determinado período histórico. A maior esperança de vida e o envelhecimento da população conduziram a um maior interesse sobre as questões envelhecimento. Estima-se que no espaço de 45 séculos, ou seja, desde a Idade do Bronze até 1900, houve um acréscimo de 27 anos na esperança de vida e que, desde aquela última data até 1990 (um período de 90 anos), ela aumentou, pelo menos, outro tanto. A partir do nascimento de Cristo até 1900, por cada ano que passou registou-se um aumento médio de 3 dias na esperança de vida. Por sua vez, a partir de 1900, por cada ano decorrido o aumento médio correspondente foi de 110 dias (Rowe e Khan, 1999).

É conveniente clarear o conceito de “expectativa de vida” considerando que, no início do século XX, as pessoas morriam com a idade dos 47-52 anos, aproximadamente. Na realidade, por expectativa de vida se entende a idade da morte de um grupo de pessoas nascidas no mesmo período: isto significa que postulando que a expectativa de vida da população italiana nascida no início do século é de 80 anos, entendemos que a metade desta população morrerá antes de atingir tal limite. Nisto contém implicitamente a informação de que a outra metade alcançará um nível de anos superior, assim, pode-se determinar a expectativa de vida para diferentes grupos etários e uma expectativa de vida de 80 anos mais n anos para a população.

Scortegagna (1999) explica que esperança de vida é o número de anos que restam para uma pessoa de certa idade viver, baseando-se nos índices de mortalidade. Para alguns autores pareceu mais racional substituir o conceito estático da idade idosa, por um conceito dinâmico de envelhecimento, procedendo a individualização da idade do limiar (65 anos) tendo em conta não os anos já vividos, mas aqueles que restam para viver, isto é, da expectativa de vida. O envelhecimento se mede através da idade que compreende a média e também a frequência das mortes de cada idade. Então, “esperança de vida” se define como os anos que a pessoa espera poder viver, especificando se em boa ou em má saúde, considerando as doenças ligadas à idade.

Os idosos estiveram sempre presentes, o que mudou foi a magnitude do fenómeno, ou seja, o número de anos da expectativa de vida que aumentou em relação à

população total. Os factores responsáveis pelo alongamento da expectativa de vida descritos são diversos e envolvem a genética, as condições sócio-econômicas e o estilo de vida, então se põe a necessidade de considerar a relação dos conceitos das complexidades correspondentes ao envelhecimento (Chattat, 2000).

A situação, conhecida como “transição demográfica” é acompanhada por mudança da morbi-mortalidade, com aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas e queda de doenças infecciosas levando a um aumento do número de pessoas incapacitadas, dependentes de cuidados de longa duração, um processo denominado “transição epidemiológica” (Fries, 1980; Kalache *et al.*, 1987). Analisando os levantamentos demográficos, podemos perceber imediatamente o envelhecimento da população e nesse campo, a demografia fixa a vida média dos idosos italianos como a mais alta dos países da Comunidade Europeia e dos países em via de desenvolvimento.

A Itália está entre os primeiros países da Europa em relação à expectativa de vida, isto é, o número de anos que o indivíduo vive, em média, aumentou consideravelmente. Em 1960, a expectativa de vida era de 66,7 anos para homens e 71,6 para as mulheres (Scortegna, 2005). Analisando os dados obtidos pelo Istituto Nazionale di Statistica (Istat, 2009), na Província de Ravenna, local onde fizemos este estudo, temos que a esperança de vida do homem é de 79,4 anos e da mulher 84,3 anos. Em 2010, a relação entre o número de pessoas com mais de 65 anos com a população de 0-14 anos é igual a 22,4 idosos por 13,2 jovens. Esta alteração demográfica é em si uma mudança social e cultural.

1.6 O ENVELHECIMENTO DA PERSONALIDADE

Definimos a personalidade como um integrador ou uma estrutura que caracteriza a nossa forma de sentir e de reagir relativamente às solicitações sociais. Esta definição, muito geral, conduziu à elaboração de numerosos modelos teóricos. O estudo do envelhecimento da personalidade é um reflexo desta diversidade. A problemática central que podemos encontrar em todos os autores é a das relações entre estabilidade e mudança da personalidade ao longo da vida. Apresentamos três grandes abordagens: psicométrica,

desenvolvimentistas e sociocognitivas. A primeira descreve uma grande estabilidade dos traços de personalidade durante o envelhecimento. A segunda, centrada no conceito de estádio, de forma quase inerente, descrevem-nos mudanças estruturais importantes e crises que aparecem de onde em onde, durante toda a nossa vida. Finalmente, a terceira leva-nos a considerar o envelhecimento na sua diversidade ou nas suas variantes. Se os processos cognitivos gerais se mostrarem aqui pertinentes, o seu funcionamento individual é questão da história e do contexto de vida. O conjunto destas teorias não deve conduzir a um sentimento de contradição, ou mesmo de incoerência. Diversidade e universalidade são o verso e o reverso de qualquer fenómeno vivo, tal como, muito justamente, nos ensinou Darwin, o pai da Teoria da Evolução. É, assim, lógico que possamos observar envelhecimentos diferentes, conforme os instrumentos e os apriorismos teóricos dos investigadores.

A vida humana constitui-se de uma série de acontecimentos inter-relacionados e, mesmo quando isolados, sofrem a influência de todo um contexto sócio-ambiental, no qual se insere o indivíduo. A personalidade individual define-se entre os acontecimentos, dependendo menos da regularidade em que ocorrem e mais da consciência com que são vividos, pois tudo está em relação direta com as disposições particulares (Kastenbaum, 1989).

Viver é um estado de equiilibrção, um estado de equilíbrio que é sempre afectado por uma nova situação, a qual leva a um desequilíbrio a que se deve responder, a fim de que não passe de transitório a permanente. Exige-se, pois, todo um esforço do indivíduo para bem se posicionar na nova situação de idoso e aposentado. Na velhice, o equilíbrio ou equiilibrção, torna-se mais difícil, pois a longa história da vida acentua as diferenças individuais, quer pela aquisição de um sistema de reivindicações que podem configurar carências sociais, psicológicas e até de status e desejos pessoais, quer pela fixação de estratégia de comportamento.

De acordo com Salgado (1998), no tempo da maturidade e velhice, certas modificações processam-se no íntimo do indivíduo, de forma que ficam alterados seus valores e atitudes. Este autor ainda diz que o problema de adaptação à velhice foi objecto de um estudo realizado pelos cientistas P. G. Peterson e Suzane Reichards, nos EUA. Este estudo revelou cinco tipos de idosos: 1) Os Construtivos: nesse modelo, encontram-se indivíduos bem integrados no ângulo pessoal, familiar e social, sem indícios de neurose ou qualquer outra forma de ansiedade; geralmente tiveram uma infância feliz, e, no período da idade adulta, sofreram poucas tensões. A vida profissional foi estável, usufrui de um bom nível

económico; estão satisfeitos com o que conseguiram na vida e mantêm prazer em realizar trabalhos, remunerados ou não. Devido a um excelente bom humor, apreciam a vida e parecem ter superado qualquer tipo de hostilidade maior com as pessoas que os tenham prejudicado no passado; têm facilidade de expressar os pensamentos e de se comunicar; estabelecem relações afectivas com as pessoas, possuindo amizades sólidas e contam com o afecto dos que os rodeiam. Seus interesses dão continuidade aos interesses de etapas anteriores da vida; aceitaram a aposentadoria sem traumas; não lamentam o que deixaram para trás e têm posição optimista diante dos anos que lhes restam de vida; aguardam o futuro com absoluta tranquilidade e vivem uma atitude de construção, com possibilidades de muitas satisfações; 2) Os Dependentes: nesse modelo, encontram-se indivíduos problemáticos, pois se caracterizam por menor auto-suficiência e por maior passividade e dependência, o que tem muita relação com o fato de terem a esposa como cabeça de casal, situação que, de certa forma, é continuidade da experiência que viveram com uma mãe dominadora. Tendem geralmente, a um padrão de vida um pouco acima de suas possibilidades económicas, embora não manifestem grandes ambições. Têm muita cautela, antes de admitir em seu convívio novas amizades. Encaram a aposentadoria como uma maneira de se verem livres da responsabilidade e de certos esforços físicos e mentais; assim, não sentem prazer em qualquer trabalho que os remeta ao tempo da actividade; 3) Os Defensivos: suas características aproximam-se dos comportamentos neuróticos e da falta de controle emocional. São pessoas envolvidas por um escudo, de hábitos fechados e comportamentos estereotipados, absolutamente convencionais. Tiveram uma boa *performance* na vida profissional, todavia, a adaptação ao trabalho foi muito mais à decorrência da necessidade de preparar o futuro do que a expressão de uma satisfação afectiva com a actividade profissional. Participaram activamente da vida das instituições sociais, tentando passar a imagem de auto-suficiência e atribuindo o seu esforço de normalidade e aceitação social. São pessimistas as imagens que protejam da velhice e demonstram um sentimento de inveja em relação à juventude e, como forma de combater o envelhecimento e de ignorar a possibilidade da morte, permanecem muito ocupados, até mesmo depois da aposentadoria; 4) Os Hostis: revelam poucas ambições no que diz respeito a realizações futuras; na maioria dos casos, sua vida profissional é instável, com padrões económicos relativamente precários; deixam de perceber uma certa incompetência em fases anteriores e, no presente, atormentam-se com sentimentos de fracasso. Costumam culpar o mundo e outras pessoas pelos insucessos pessoais; embora sejam extremamente agressivos, portadores de um forte espírito de competição e exteriorizam,

no plano emocional, certas tendências mórbidas, não comprometidas com atitudes e comportamentos depressivos. São inflexíveis em seus valores e não admitem reformulações na maneira de pensar e de agir. Alimentam muitos preconceitos e chegam à introspecção fatalmente devido ao afastamento de convívios sociais. Criticam a juventude, embora nada vejam de positivo na velhice; 5) Os Pessimistas: nesse modelo, os indivíduos estão caracterizados por dirigirem toda a hostilidade a si próprios. Com comportamentos conflituosos revelam um passado muito desagradável, razão pela qual jamais expressam o desejo de voltar atrás. Suas histórias de vida apresentam um constante decréscimo de nível sócio- económico, com um tempo de velhice difícil no plano material. Com forte tendência para exagerar suas faltas de capacitação física e psicológica, colocam-se como vítimas. Sentem que já viveram o tempo da juventude e agora lhes resta a triste época da velhice. Aceitam sem revolta o envelhecimento, mas não são capazes de transformar suas situações e problemas através de posições otimistas e construtivas. A morte não os preocupa, pois representa a libertação de uma existência pesada e pouco satisfatória.

1.7 O ENVELHECIMENTO NORMATIVO E O PATOLÓGICO

Ao definir as características de envelhecimento normal, Papaléo e Ponte (1996), argumentando sobre as fases pelas quais passa o organismo humano ao longo da vida, ou seja, a puberdade, maturidade e envelhecimento, deixam claro que facilmente se identificam as transições de uma fase para a outra. Entretanto, os autores comentam sobre a dificuldade de definição quanto às etapas do próprio período de envelhecimento, visto que este é marcado por declínios funcionais que, geralmente, começam de forma quase imperceptível na segunda década de vida. Tais declínios, caracterizados através dos déficits, são entendidos como "deterioração ou incapacidade da função neurológica: perda da fala, perda da linguagem, perda da memória, perda da visão, perda da destreza, perda da identidade e inúmeras outras deficiências e perda das funções (ou faculdades) específicas" (Sacks, 1997)

Partindo dos pressupostos de Canguilhem (1995), os declínios poderiam ser considerados anomalias a que qualquer ser humano está sujeito. A anormalidade, por sua vez,

estaria relacionada à forma como o próprio indivíduo se enquadra diante desta situação. Portanto, a capacidade de adaptar-se a uma nova condição de vida, mesmo com anomalias, faz com que o envelhecimento não se constitua como processo anormal. "O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instruir novas normas (...)". Essas normas são construídas ao longo do curso de vida, prioritariamente desde a primeira infância, no desenvolvimento de uma personalidade saudável, fazendo com que o indivíduo seja capaz de aprender a conviver com situações diversas.

O processo de envelhecimento se constitui em mais uma etapa da vida, entretanto, o homem, por enfrentar situações adversas, muitas vezes se depara com condições desfavoráveis, o que implica a necessidade de conviver com uma etapa de vida impregnada de problemas. Canguilhem (1995) comenta que a sociedade, utilizando seus próprios padrões de exclusão, é responsável pela determinação do que se constitui como normal e como patológico. O autor procura diferenciar semanticamente os conceitos de anormalidade e anomalia, deixando claro que o teor do tratamento deve ser direccionado às situações anómalas, isto é, irregulares, que estão apresentando alguma desordem. Assistimos, hoje, a um elevado número de pessoas idosas, total ou parcialmente incapacitadas, que, por conta de seus déficits, se isolam e perdem completamente sua capacidade de participação e expressão frente aos problemas do quotidiano. São pessoas que, em face de suas limitações, se tornam dependentes dos cuidados de terceiros, que, por sua vez, limitam o exercício de sua autonomia.

A definição de velhice bem sucedida é muito difícil porque coloca o problema dos seus indicadores ou dos seus critérios, que são numerosos e por vezes fortemente correlacionados. A abordagem "multicritério" é, assim, a mais frequente (Bengston e col., 1985; Rowe e Kahn, 1987). Os critérios mais frequentemente evocados pelos investigadores são a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia intelectual, a competência social, a produtividade, o controlo pessoal ou a conservação da autonomia própria e o bem-estar subjectivo. Estes critérios são simultaneamente objectivos e subjectivos. Uma doença mental tal como a doença de Alzheimer pode ser objectivada por sintomas claramente identificáveis. Trata-se então de uma velhice patológica. Em contrapartida, o bem-estar subjectivo é uma auto-avaliação da própria vivência da velhice. O laço, ou a correlação, entre os aspectos objectivos da própria vivência da senescência, nada tem de automático. Tomemos um exemplo: ao envelhecer, um número cada vez maior de pessoas queixa-se de perdas de memória.

Um inquérito americano revelou que 50% das pessoas com mais de 60 anos declaravam sofrer de déficite mnésico. Este sintoma, chamado de queixa mnésica, representa uma avaliação subjectiva das próprias actividades de memorização. Esta queixa degrada o sentimento de velhice bem sucedida da pessoa. A questão que então se coloca é a seguinte: existe uma correlação entre a queixa mnésica e os funcionamentos mnésicos objectivos da pessoa? Dérouesné e colaboradores (1989) realizaram uma investigação sobre uma amostra de trezentas e sessenta e sete pessoas com mais de 60 anos de idade. Como outros investigadores, verificaram uma ausência de correlação entre a queixa mnésica e os funcionamentos objectivos. O envelhecimento é, assim, um processo diferencial (muito variável de indivíduo para indivíduo) que revela simultaneamente dados objectivos (degradações físicas, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos, etc.) e também dados subjectivos que constituem, de facto, a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento. Tal significa que cada um de nós tem diversas idades.

1.8 A PSICOPATOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

A gentilmente denominada “terceira idade” é a época da vida em que a estrutura corporal se vai alterando de forma mais visível e rápida. O idoso possui menos capacidade para se adaptar às mudanças e está mais sujeito a lesionar-se. A progressão na idade leva ao acumular de processos patológicos, alguns deles devido à dificuldade que a componente psicológica tem em acompanhar o declínio físico. Muitas das transformações que ao longo da vida se operam no organismo envolvem o sistema nervoso. É neste que incidem diversos factores de doença a que a terceira idade é particularmente vulnerável.

O envelhecimento revela fenómenos dissociativos que confirmam os modelos teóricos da arquitectura da memória humana. Certas actividades mnésicas são sensíveis à idade, ao passo que outras resistem ao envelhecimento. Nesta área, podemos distinguir dois tipos de testes mnésicos, o primeiro dos quais, directo ou explícito, apelam a uma actividade intencional de investigação na memória, ao passo que o segundo, indirecto ou implícito, medem uma acção inconsciente (escorvagem). Os testes explícitos são utilizados a avaliar a memória episódica

que armazena as informações identificadas no tempo e no espaço. A memória episódica declina com a idade, tal como é comprovado pelo enfraquecimento da memória de trabalho e das actividades de recuperação na memória secundária. Os testes implícitos são utilizados para avaliar a memória semântica e a memória processual. No seu conjunto parecem ser insensíveis ao envelhecimento. Os efeitos de escorvagem parecem resistir à idade. Dentro de certos limites, porque os perfis mnésicos dos idosos são menos claros, esta dissociação entre a memória episódica e memória semântica/processual não deixa de recordar o perfil mnésico dos amnésicos. É necessário, finalmente, sublinhar os resultados contraditórios, que nos levam a pensar que o envelhecimento é um fenómeno diferencial.

A velhice poder ser um período de desabrochar, mas pode também ser acompanhada por perturbações psicopáticas graves. Entre estas, os estados depressivos e a doença de Alzheimer são os mais frequentes. Na sua forma paroxística, os estados depressivos podem levar ao suicídio, cuja frequência é maior nas pessoas com mais de 65 anos de idade. Trata-se, apesar de tudo, das síndromes que dispõem de melhores cuidados em clínica psiquiátrica. Ao contrário das perturbações depressivas, a doença Alzheimer é actualmente incurável, porque está associada a lesões cerebrais irreversíveis, apesar dos progressos farmacológicos. A pessoa perde progressivamente a sua autonomia e a sua dignidade, o que confronta a sociedade com a questão difícil e dolorosa do tratamento dos nossos familiares mais velhos, vítimas desta patologia.

1.9 O ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO E O SOCIOLÓGICO

A compreensão dos processos de envelhecimento que transformam a nossa velhice num momento feliz ou num verdadeiro naufrágio constitui o objecto de investigação de numerosos cientistas. O desafio do século XXI não será dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo. O envelhecimento é um fenómeno que pode ser apreendido a diversos níveis: Biológico, antes dos demais, porque os estigmas da velhice, de certa forma mais palpáveis, se traduzem com a idade por um aumento das doenças, por modificações do nosso aspecto, tal como a nossa forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco

sulcam a pele; Social, com a mudança do estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente Psicológico, com as modificações das nossas actividades intelectuais e das nossas motivações. Portanto, a compreensão dos fenómenos de envelhecimento deve ser encarada nos vários pontos de vista: no plano fisiológico ou biológico, no psicológico e no sociológico.

1.9.1 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

A idade biológica está ligada ao envelhecimento. Cada órgão sofre modificações que diminui o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de auto-regulação, torna-se também menos eficaz. É ela o testemunho da expressão daquilo a que Busse (1969) chamou o “envelhecimento primário” ou o “processo inato de maturação”. Os órgãos não parecem envelhecer todos ao mesmo ritmo. Em certos indivíduos, o envelhecimento primário exprimir-se-á por uma degradação precoce do seu sistema cardiovascular, noutros por um envelhecimento cerebral precoce, ou ainda por um declínio funcional de outros órgãos.

O envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como um todo. Esse declínio torna-se perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes. O sistema respiratório e o tecido muscular, por exemplo, começam a decair funcionalmente já a partir dos 30 anos.

Na verdade, logo depois de atingir a maturidade reprodutiva a probabilidade de sobrevivência do indivíduo já começa a diminuir. Essa tendência faz parte do processo de evolução de todos os organismos multi-celulares. Assim, o desenvolvimento, a reprodução e o envelhecimento são etapas naturais da vida de cada espécie, que ocorrem de forma sequencial e interdependente: o início da senescência é dependente da fase reprodutiva que, por sua vez, é dependente do desenvolvimento.

Barros (1983) diz que as mutações de ordem biológica, verificáveis no declínio do organismo humano decorrem, fundamentalmente, do processo de senescência, responsável por perdas orgânicas e funcionais. Entretanto, um organismo pode decair

também, em sua força e função, por moléstias, por uma utilização inadequada ou por má nutrição. Salgado (1998), nas considerações sobre o decréscimo funcional do organismo humano deve-se introduzir questões que estabeleçam e distingam condições naturais e condições patológicas do processo, a fim de se conhecerem as reduções irreversíveis e as que podem ser evitadas.

Pesquisas realizadas no mundo todo têm comprovado que a decadência física, inerente ao organismo na época da velhice, resulta, em boa parte, de condições inadequadas a que foi submetido o organismo em etapas anteriores da própria vida e da espécie. Envelhecimento é conceituado como o tempo de vida humana em que o organismo sofre consideráveis manutenções de declínio na sua força, disposição e aparência, as quais não incapacitam ou comprometem o processo vital.

A Senescência, por ser etapa posterior ou mais acentuada do envelhecimento, caracteriza-se por mudanças incapacitantes e comprometedoras, capazes de afectar decisivamente a estabilidade e a própria vida. Segundo Mota (1989), podemos concluir, por essa simples diferenciação, que uma pessoa envelhecida não é necessariamente uma pessoa senil.

1.9.2 ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO

Uma das preocupações da ciência psicológica é promover o bem-estar subjectivo dos idosos. A idade psicológica é relativa às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente. Ela inclui as capacidades mnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento. Uma boa manutenção destas actividades permite uma melhor auto-estima e a conservação de um elevado nível de autonomia e de controlo. Na terceira idade vivencia-se algo semelhante à adolescência, nesta fase, enfrenta-se uma verdadeira crise de identidade, que afecta a auto-estima e a aceitação de si próprio. Numa reacção em cadeia, a auto-estima e as inseguranças reflectem-se na autonomia, na liberdade e no convívio social. Os psicólogos não ficaram indiferentes a este fenómeno e têm dado o seu contributo para uma maior

compreensão do funcionamento cognitivo-afectivo social do idoso. Com a velhice, há uma crise de identificação proporcionada pela consciência da proximidade da morte pessoal alertando para a possibilidade de se viver esta etapa de vida como uma oportunidade de crescimento através da manutenção do domínio activo em relação à própria vida. É fundamental manter-se como um ser competente e responsável que, dentro dos limites da sua incapacidade, é capaz de usar ao máximo as habilidades que ainda lhe restam e de preservar a sua autonomia, escolhendo a maneira pela qual deseja resolver seus problemas.

Como a velhice é uma fase da vida que é caracterizada por longos passados e futuros relativamente curtos, o idoso tem que enfrentar algumas perdas: a perda do cônjuge, dos amigos, do emprego, o que pode não só precipitar o declínio físico como também agravar uma doença em qualquer altura da vida.

Os idosos que consideram a velhice como fenómeno natural dão mais sentido à vida, sendo felizes e implicando-se mais no meio e na sociedade, o que passa pelo auto-reconhecimento de aspectos positivos (tais como um sistema de valor estável, sensatez, etc.) e por determinadas vantagens (diminuição da responsabilidade e do trabalho, abertura de espírito, etc.). A realidade a que assistimos, em muitos casos, é a existência de um declínio do padrão de vida, acompanhado, por vezes, de muitas privações, solidão, após a ruptura (frequentemente drástica) com a actividade laboral.

O desaparecimento da função de produção marca uma perda social, sentida pelos reformados e confirmada pela sociedade, que prescindem destes indivíduos, independentemente da sua aparência ou da sua competência para o trabalho, estabelecendo assim a entrada “oficial” na velhice.

Algumas idéias referentes à actuação da Psicologia no processo de Envelhecimento, nos desafios com os quais o psicólogo tem que lidar, poderiam estar relacionadas entre as seguintes: promover acções, a nível individual e comunitário que visem a promoção do envelhecimento com boa qualidade de vida; desenvolver acções (intervenção e pesquisa) para reduzir e evitar a incidência de perdas ligadas ao envelhecimento; actuar frente aos problemas e desequilíbrios que já estiverem ocorrendo e minorar as consequências daqueles já instalados, reduzindo o risco de reincidência; questionar a efectividade de programas já existentes e buscar novas respostas às questões de pesquisa não resolvidas; discutir a adequação das políticas públicas (de saúde, social e educacional) voltadas para a população idosa.

Lembrando que tanto o indivíduo quanto a sociedade são dinâmicos, passando por diversas mudanças às vezes em curto intervalo de tempo, o que pode gerar novas demandas a serem atendidas, resta à sociedade e aos profissionais um grande desafio a ser vencido: criar condições para um envelhecimento saudável do ponto de vista bio-psicossocial, acessíveis, de forma justa e humana, a todas as pessoas, independentemente do seu nível sócio-económico e cultural. Dessa forma, o comprometimento com o idoso poderá ser um dos viabilizadores para que se possa oferecer a essa parcela da população melhores condições de saúde com a aplicação de programas adaptados e adequados a cada necessidade.

Os aspectos da qualidade de vida são “psicológicos” por excelência e por isso é importante precisar suas relações com outras dimensões, a fim de formular acções conjuntas interdisciplinares que redundem em melhoramento na vida e saúde do idoso, bem como, ser um dos parâmetros para auxiliar na melhoria da qualidade de vida dessa população.

Para Scortegagna (2005), devido ao aumento do interesse em outras fases da vida, como a infância e a adolescência, poucos estudos psicológicos sobre o envelhecimento foram conduzidos porque, antigamente, o envelhecimento era visto cada vez mais como uma doença e, portanto, de domínio exclusivamente médico e biológico. Porém, o estudo da Psicologia do Envelhecimento, no curso dos últimos vinte anos, tem sido objecto de um importante aprofundamento, isto é evidenciado pelo crescente número de contributos científicos e literários publicados.

1.9.3 ENVELHECIMENTO SOCIOLÓGICO

Nos aspectos sociais da velhice convém analisar os mecanismos e processos que favorecem e/ou retardam o envelhecimento e o modo pelo qual esses elementos afectam o comportamento individual, contribuindo para o envelhecimento social. Tal processo dá-se quando emergem: alterações no tecido muscular, alterações no tecido ósseo, queda dos cabelos, embranquecimento dos cabelos, transformações físicas com perda de altura, crescimento de abdómen, aumento das extremidades (queixo, nariz e orelhas); perdas sensoriais (visão, audição, tacto, dicção) e o declínio da memória, o mais grave factor do

envelhecimento social, no qual os idosos se lembram de factos passados e acontecimentos imediatos, resultando na repetição de casos e fatos e o conseqüente afastamento dos que se cansam de sempre ouvir as mesmas coisas (Salgado, 1998).

1.10 A REFORMA

A aposentação pode ser considerada de várias perspectivas. Em primeiro lugar, é possível encará-la como um estatuto adquirido graças a vários anos de participação na força de trabalho, que dá direito a atribuição de uma pensão. Neste sentido, poderia definir-se a pessoa aposentada como aquela que tem uma longa história de emprego e que “experienciou, pelo menos, uma retirada parcial da força de trabalho, acompanhada por uma pensão, concedida em virtude de ter estado anteriormente empregada” (Atcheley, 1996, p. 438, citado por Simões, 2006).

Uma vez que o exercício da aposentação é um elemento estruturante da própria identidade e que a “ética do trabalho” (Ekerdt, 1986, citado por Simões, 2006) é um factor com grande influência na nossa cultura, parece razoável inferir que a aposentação tem efeitos negativos sobre os trabalhadores. Para compreender os efeitos do abandono da actividade profissional recordemos primeiro quais são as funções do trabalho. Segundo Havighurst (1954, citado por Kim e Moen, 2001, p. 487, citado por Simões, 2006), podem apontar-se cinco: 1ª) é fonte de rendimento; 2ª) é uma rotina diária, que estrutura o uso do tempo; 3ª) é uma fonte de estatuto social e de identidade; 4ª) é um contexto para a interacção social; 5ª) é uma experiência social, que pode conduzir a um sentimento de realização. Muitas dessas funções são tão evidentes que não necessitam de explicação. É o caso da primeira, pois o trabalho é para todos os empregados uma fonte de subsistência – para muitos dos quais a única, e para alguns a principal.

A segunda função indica que a vida do trabalhador se organiza em torno do trabalho. Não se lhe coloca o problema de saber o que vai fazer, de segunda à sexta-feira, pois a sua vida se divide essencialmente em actividade profissional e não profissional. E a importância da organização do tempo está patente naquilo a que alguém chamou a “neurose do domingo” – essa sensação de desconforto, decorrente de as pessoas não saberem como

ocuparem o tempo aos domingos. A idade social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Depois, segundo o enunciado da terceira função, o trabalho confere estatuto social. Basta recordar que as profissões se dispõem de acordo com uma hierarquia de prestígio social, e que o estatuto socioeconómico se define, essencialmente, com base na profissão. É também fonte de identidade o trabalho que realizamos. Nós somos, com efeito, aquilo que fazemos. Quando a alguém se pergunta quem é, responde-se que se é professor, ou agricultor, ou empresário. O trabalho determina também boa parte da nossa rede de relações sociais (quarta função). Poderá o trabalhador não ter sequer oportunidade de contactar com os filhos durante a semana, mas terá de interagir com os companheiros de trabalho, todos os dias da semana laboral. Por último, (quinta função), o trabalho pode proporcionar experiências gratificantes, uma sensação de realização pessoal, quando é estimulante e as pessoas gostam do que fazem.

O direito à reforma é uma aquisição fundamental da história dos movimentos operários, parece que a vivência dessa transição é muito variável de um indivíduo para outro. Certas pessoas consideram-na como uma morte social, como se fossem postas de lado, o que se faz acompanhar por um sentimento de inutilidade social. A reforma favorece o isolamento social, a inactividade e a depressão, uma vez que a retirada do mundo do trabalho, independentemente da sua vontade, gera no indivíduo um sentimento de falta de importância, de inutilidade e de falta de auto-estima, sobretudo numa sociedade em que o estatuto da pessoa idosa está ligado ao trabalho e à rentabilidade. Há autores que afirmam que a reforma estimula a consciência do envelhecimento. Como se não bastasse, ocorre num ponto do ciclo de vida em que a capacidade adaptativa está mais limitada. No comportamento familiar muitas vezes também há mudanças no “estatuto”, papel com o qual se identifica e que sente que ocupa. Por outro lado, a imposição da reforma sem alternativa de ocupação útil, uma vez que esta não seja devidamente preparada, leva frequentemente à inactividade, que por sua vez, gera deficiência, limitação funcional e dependência.

Sendo o trabalho tão importante, como acaba de descrever-se, não admira que os primeiros gerontologistas considerem que o abandono da vida activa se repercutisse negativamente na vida dos aposentados. Assim é que apontavam, entre outras, as seguintes consequências: abaixamento da auto-estima, sentimentos de inutilidade, de isolamento e solidão, níveis reduzidos de actividade, declínio na saúde física e mental e dificuldades financeiras (Atcheley, 2000).

1.11 O BEM-ESTAR SUBJETIVO (BES)

Bem-estar subjectivo (BES) é um campo da Psicologia que tenta compreender as avaliações das pessoas sobre suas vidas (refere-se a como as pessoas pensam e como se sentem). É uma área que tem crescido reconhecidamente nos últimos tempos e cobre estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações, tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afecto positivo, além de também ser considerada a avaliação subjectiva da qualidade de vida.

Perspectivas actuais definem o bem-estar subjectivo como uma ampla categoria de fenómenos que inclui as respostas emocionais dos indivíduos, domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida. As definições desses conceitos, e consequentemente sua operacionalização em termos de medida, ainda são um pouco confusas e deturpadas. Não existe um consenso entre os estudiosos do assunto, o que dificulta a investigação do BES (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Para DeNeve & Cooper (1998), conceitos afins muito utilizados acerca da satisfação com a vida são os de bem-estar subjectivo (BES), qualidade de vida e felicidade. Os dois primeiros estão relacionados com o terceiro, na medida em que, como afirmam George e Bearon (citados por Simões *et al.* 2000, p. 244), a qualidade de vida inclui as condições de vida e a experiência de vida. Esta última é o que constitui, propriamente, o domínio do bem-estar subjectivo, ao passo que as condições de vida dizem respeito ao conjunto de factores sociodemográficos susceptíveis de influenciar o modo como os indivíduos experienciam a sua vida. Pode definir-se o BES da seguinte forma: “O bem-estar subjectivo é uma reacção avaliativa das pessoas à sua própria vida – quer em termos da satisfação com a mesma (avaliação cognitiva) quer em termos de afectividade (reacções estáveis)” Diener e Diener (1995, p. 653).

De acordo com Simões (2006), geralmente, o bem-estar subjectivo é constituído por uma componente cognitiva, designada satisfação com a vida (a forma como se avalia a própria vida, globalmente considerada) e por uma componente afectiva (as reacções emocionais, positivas ou negativas, face à dita avaliação). Ainda segundo esse autor, se alguém refere que está muito satisfeito com a vida, que experiencia, com frequência, emoções

positivas e raramente emoções negativas, diz-se que tal indivíduo apresenta um BES de nível elevado.

Neri (2001), sublinha que BES é um dos tópicos mais estudados em Gerontologia e desde os anos de 1960 tem sido uma das principais medidas-critério no campo do envelhecimento. Ainda para a autora, o senso de bem-estar subjectivo resulta da avaliação que o indivíduo realiza sobre as suas capacidades, as condições ambientais e a sua qualidade de vida, a partir de critérios pessoais combinados com os valores e as expectativas que vigoram na sociedade. Seu indicador mais conhecido é a satisfação com a vida. Da mesma forma, ela comenta a existência de três elementos centrais ao conceito de bem-estar subjectivo: 1) pertence ao âmbito da experiência privada; 2) sua avaliação pode ser feita em termos globais e em termos de aspectos seleccionados da vida (domínio), tais como o trabalho, a família, as amizades, a saúde física e mental, a sexualidade e a espiritualidade; 3) O bem-estar subjectivo inclui medidas cognitivas e emocionais. Dentre as primeiras a mais conhecida é a satisfação (global com a vida e referenciada a domínios seleccionados) e entre as segundas, as medidas de estados emocionais (positivo e negativo).

Os autores Lykken & Tellegen (1996) esclarecem que o bem-estar subjectivo é um constructo que também sofre influência cultural, embora a hereditariedade possa responder por cerca de 52% da variância no BES. Concebendo cultura como experiências compartilhadas que formam a base de uma maneira similar de se ver o mundo, não há como descartar o seu papel na experiência do BES das pessoas; o sentido das experiências dos indivíduos é construído socialmente através de crenças, pressuposições e expectativas sobre o mundo (Heller, citado por Smith, & Bond, 1999). Como cultura influencia personalidade e personalidade influencia cultura, ambos os níveis de análise são fundamentais para o entendimento do BES dentro de uma perspectiva cultural.

Pesquisas mostram elevadas diferenças entre nações com relação ao BES em função dos níveis de renda de cada nação (Diener, Diener & Diener, 1995). Níveis de felicidade mais elevados foram observados, em uma primeira investigação, em culturas individualistas ricas. Schyns (1998), no entanto, não conseguiu replicar estes resultados. Infelizmente, muitos estudos transculturais não são passíveis de replicação provavelmente devido ao número reduzido de nações envolvidas e à falta de medidas longitudinais. Mesmo assim, pessoas de países mais ricos, com maior liberdade e ênfase no individualismo, tendem a demonstrar maior BES (Diener, Diener & Diener, 1995).

É possível que os individualistas sejam mais capazes de seguir seus próprios interesses e desejos e, assim, mais frequentemente consigam se auto-realizar. No entanto, se por um lado, nas nações individualistas, são elevados os relatos de bem-estar global, bem como a satisfação com domínios tais como casamento; por outro lado, taxas de suicídio e de divórcio também são altas. Já amostras de nações pobres revelam escores médios de BES ou até mesmo abaixo do ponto neutro. Individualistas são mais propensos a se separarem e a cometerem suicídio se as coisas não vão bem, talvez devido a menor intensidade de suporte social em culturas individualistas durante períodos problemáticos. Assim, individualistas podem experimentar níveis mais extremos de BES, enquanto colectivistas podem ter uma estrutura mais segura, que produz menos pessoas muito felizes, mas talvez também menos pessoas isoladas e deprimidas. De facto, ilusões positivas como auto-engrandecimento, optimismo ingénuo e percepções exageradas de controle são comuns entre norte-americanos e funcionam como mecanismos de coping para restaurar e manter saúde física e psicológica positiva dos americanos (Taylor & Armor, 1996). Contudo, recentes estudos transculturais (Lee & Seligman, 1997) descobriram que tais ilusões positivas não são comuns entre asiáticos, sugerindo que auto-engrandecimento e optimismo podem não conduzir a elevado BES em determinadas culturas.

As primeiras pesquisas sobre o BES foram predominantemente americanas. Com o passar dos anos, percebeu-se o papel da cultura no bem-estar e a necessidade de um entendimento das razões da variabilidade do fenómeno através de diferentes culturas, ocorrendo grande interesse por estudos transculturais. Surge, então, a demanda por novos instrumentos de medida, construídos a partir de características da cultura avaliada e, portanto, instrumentos de medida adequados a essa cultura e adaptados à população investigada.

Uma primeira revisão das investigações sobre a qualidade de vida mostra que as disciplinas interessadas nesse estudo são a economia, a filosofia e a política. Os filósofos participam dos debates sobre o tema, precisando, entre outros, conceitos tais como qualidade, qualidade de vida, bem-estar, qualidade subjectiva e objectiva, justiça, igualdade e pergunta-se se é possível uma avaliação sobre a qualidade de vida. Já os estudos sobre qualidade de vida surgiram graças às convocatórias realizadas pelos políticos, buscando dar respostas a milhões de pessoas desejosas de melhorar suas qualidades de vida. Por sua complexidade, ou seja, pelos múltiplos factores e dimensões que compõem a qualidade de vida, é necessário para sua compreensão e conceituação, elaborar estudos interdisciplinares e transdisciplinares, verificando que todas as disciplinas têm algo a dizer.

BES é o estudo científico da felicidade: o que a causa, o que a destrói e quem a tem. A palavra “felicidade” expressa os componentes afectivos do BES. Alguns conceitos são empregados, no senso comum, como sinónimos de felicidade e bem-estar. Qualidade de vida, por exemplo, é muitas vezes compreendida desta forma. Na literatura médica, entretanto, o termo qualidade de vida parece não ter um único significado. Expressões como “condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido usadas como sinónimos e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação.

Qualidade de vida pode relacionar-se com saúde e estado subjectivo de saúde, considerados como conceitos afins, centrados na avaliação subjectiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. De acordo com a conceituação de Gill e Feinstein (1994), qualidade de vida não inclui somente factores relacionados à saúde, tais como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também elementos não relacionados à saúde como trabalho, família, amigos e circunstâncias de vida. Para os pesquisadores do BES, o elemento subjectivo é essencial na avaliação da qualidade de vida de um indivíduo ou de um grupo, pois os indicadores sociais por si só não seriam capazes de defini-la já que as pessoas reagem diferentemente a circunstâncias semelhantes (Diener & Suh, 1997).

BES também se distingue de saúde mental. Uma pessoa pode ser ou estar insana e sentir-se muito feliz. Já outra pessoa pode estar bem em muitos aspectos de sua vida, mas não ser particularmente feliz (Diener, 2001). BES não significa necessariamente saúde psicológica, ele é apenas um aspecto do bem-estar psicológico, sendo necessário, mas não suficiente para a pessoa estar bem na vida. BES apresenta necessariamente três características fundamentais que podem distingui-lo dos outros conceitos: a subjectividade, medidas positivas e uma avaliação global (Diener, 1984).

Campbell (1976) argumenta que BES é uma experiência interna de cada indivíduo. Consequentemente, condições externas objectivas, tais como saúde, conforto, virtude ou riqueza, não devem fazer parte das definições do BES. Embora tais condições sejam vistas como influências potenciais no BES, elas não são consideradas como parte inerente e necessária a ele. Quanto à segunda característica, expressar aspectos positivos, não implica afectos negativos. E, por último, o terceiro aspecto significa que o BES inclui necessariamente uma avaliação global dos diversos aspectos da vida de uma pessoa.

1.11.1 BEM-ESTAR SUBJECTIVO NA VELHICE

O estudo da Psicologia do Envelhecimento, no curso dos últimos vinte anos, tem sido objecto de um importante aprofundamento, isto é evidenciado pelo crescente número de contributos científicos e literários publicados e o tema da qualidade de vida na velhice vem adquirindo uma importância cada vez maior dentro da área multidisciplinar da Gerontologia (Cachioni, Diogo e Neri, 2004, Fleck, Chachamovich e Trentini, 2003), sendo estudado em diversas pesquisas contemporâneas e promovendo um natural aprofundamento e desdobramento de sua conceituação, incluindo uma crescente atenção ao papel de variáveis subjetivas como satisfação com a vida e bem-estar subjectivo.

Em 2002, Strawbridge, Wallhagen e Cohen, realizaram uma pesquisa na Califórnia com uma amostra de 867 sujeitos de 65 a 99 anos, a partir da qual questionaram os determinantes objectivos do conceito de envelhecimento bem sucedido (*successful aging*), proposto pelo modelo de Rowe e Khan em 1987. Neste estudo, a percentagem de pessoas com envelhecimento bem sucedido segundo os critérios da avaliação Rowe e Kahn foi de 18,8%, enquanto, de acordo com o questionário de autoavaliação, resultou de 50,3%. Além dessa gritante disparidade de valores, os autores observaram que, apesar da ausência de doenças crónicas e a manutenção da funcionalidade estar positivamente associadas com a velhice bem sucedida em ambas as formas de avaliação, muitos participantes com condições crónicas e/ou dificuldades funcionais, avaliaram seu envelhecimento como bem sucedido e, vice-versa, outros sem essas condições, avaliaram-no negativamente. Esses resultados implicaram numa reflexão sobre os critérios utilizados pelos próprios idosos em sua autoavaliação: coube concluir que tanto a saúde física como a funcionalidade exercem forte impacto sobre a qualidade do envelhecimento, mas que não respondem pela complexidade inerente ao envelhecimento bem sucedido. Segundo os autores deste estudo, descobrir o porquê desta discrepância pode prover insights sobre como promover qualidade, e provavelmente quantidade de vida (Strawbridge, Wallhagen e Cohen, 2002).

Partindo do clássico modelo de Lawton (1983, citado por Paschoal, 2002) sobre o conceito de qualidade de vida na velhice, observa-se que, dentre os quatro domínios que o compõem, o senso de bem-estar subjectivo tem a função de avaliar a relação entre os outros três e de reflectir o estado emocional relativo à qualidade de vida percebida, revelando

assim o peso peculiar que a subjectividade exerce sobre a avaliação. Claramente indicadores objectivos como: classe social, escolaridade, etnia, género, idade e saúde, não podem e nem devem ser desconsiderados, porém, em estudos de diversas áreas, têm se revelado como preditores fracos de qualidade de vida (Cachioni, Diogo e Neri, 2004; Neri, 2007).

Doll (2006) nos lembra os três factores que a pesquisa gerontológica identificou como de maior influência sobre o bem-estar na velhice: a) saúde percebida; b) relações sociais percebidas como satisfatórias; c) condição económica. Partindo do reconhecimento da importância desses factores, o autor acrescenta que nota-se uma variabilidade do bem-estar das pessoas idosas também de acordo com o género e a cultura, e alerta para a importância de se manter a abertura para reconhecer casos ou situações em que outros factores venham a ser mais importantes do que os três mencionados, por exemplo, crenças e fé.

Nesse sentido, Neri (2007) aborda a questão assumindo que: “(...) as variáveis subjectivas podem explicar que o bem-estar subjectivo é tão importante mediador da qualidade de vida objectiva do idoso a ponto de poder explicar porque, mesmo na presença de eventos adversos tais como pobreza, doenças e eventos de stress, os idosos podem funcionar bem, investirem na própria saúde e na solução de problemas quotidianos e existenciais, ajudarem a família e a comunidade e trabalhar para deixar um legado para as próximas gerações. Em muitas situações pode parecer um paradoxo, mas as condições subjectivas respondem pela manutenção da resiliência psicológica dos idosos, mesmo quando a resiliência biológica está comprometida”. Em relação à dimensão emocional, contrariando o senso comum, frequentemente permeado por concepções preconceituosas e segundo o qual a velhice está inevitavelmente associada a emoções como tristeza, tédio, desgosto, medo, culpa ou depressão, recentes pesquisas têm revelado uma realidade heterogénea e interessante (Neri, 2007). As dimensões emocionais de pessoas de diferentes grupos etários têm sido investigadas e avaliadas, destacadamente por Carstensen e colaboradores, em termos de disposição e capacidade de experienciar emoções positivas e negativas em diversas situações de teste, mostrando que, com o avançar da idade, as emoções tendem a diminuir em intensidade, as negativas tendem a ficar estáveis, mas as positivas conseguem ser mais duradouras (Jopp & Rott, 2006; Neri, 2007). De forma mais indirecta, o bem-estar subjectivo está também presente em diversos outros estudos, que focaram outros aspectos deste tema instigante.

1.11.2 OS COMPONENTES DO BEM-ESTAR SUBJECTIVO (BES)

Apesar das discordâncias teóricas relativas a conceituação de BES, há um consenso quanto às suas dimensões: satisfação com a vida e afectos positivos e negativos, conforme apontam Anguas (1997) e Martinez & Garcia (1994). O Afecto positivo é um contentamento hedônico puro experimentado em um determinado momento activo; é mais uma descrição de um estado emocional do que um julgamento cognitivo, já o afecto negativo refere-se a um estado de distração e engajamento desprazível que também é transitório, mas, que inclui emoções desagradáveis como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes (Diener, 1995).

A dimensão satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de algum domínio específico na vida da pessoa; um processo de juízo e avaliação geral da própria vida (Emmons, 1986); uma avaliação sobre a vida de acordo com um critério próprio (Shin & Johnson, 1978). O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido. Assim, BES elevado inclui frequentes experiências emocionais positivas, rara experiência emocional negativa (depressão ou ansiedade) e satisfação não só com vários aspectos da vida, mas com a vida como um todo. Naturalmente que o humor das pessoas, suas emoções e julgamentos auto-avaliativos, mudam com a passagem do tempo, caracterizando a satisfação com a vida como um constructo não só multidimensional, mas também dinâmico. Isto, no entanto, não implica na instabilidade do fenómeno. Flutuações momentâneas não obscurecem um julgamento mais abrangente do que pode ser considerado como o nível mais estável que a pessoa julga caracterizar a sua satisfação com a vida. Evidências neste sentido têm sido encontradas nos estudos sobre o desenvolvimento de instrumentos para medir o BES.

1.11.3 MENSURAÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJECTIVO (BES)

Medidas de auto-relato parecem particularmente apropriadas ao campo, tendo em vista que somente o indivíduo pode experimentar seus prazeres e dores e julgar se está satisfeito com sua vida. Até mesmo medidas globais do BES que simplesmente perguntam quão satisfeitas ou felizes as pessoas estão têm se mostrado válidas, com certas limitações. Essas medidas têm demonstrado propriedades psicométricas adequadas, bons índices de consistência interna, moderada estabilidade e sensibilidade apropriada a mudanças de circunstâncias de vida (Larsen, Diener & Emmons, 1985). O método mais usual de mensuração do BES consiste no uso de auto-relato onde o indivíduo julga a satisfação do BES e que medida possui com relação à sua vida e relata a frequência de emoções afetivas recentes de prazer e desprazer (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

As escalas de BES demonstram bons índices psicométricos de validade de construto. Estimativas de fidedignidade/estabilidade apresentam correlações que variam de 0,50 a 0,70 (Diner, Suh & Oishi, 1997). Alguns artefactos de resposta devem ser controlados na aplicação de instrumentos de auto-relato, tais como desejabilidade social. Pesquisadores devem tentar avaliar o impacto desses artefactos, sempre que possível, a fim de que as medidas de auto-relato não sofram distorções. Medidas de bem-estar devem ser administradas sob condições constantes ou sistematicamente variadas, pois a situação de mensuração pode influenciar as respostas. Valores dados ao BES podem variar dependendo do tipo de escala utilizada, a ordem dos itens, o estado de humor no momento de responder ao instrumento e outros factores situacionais. Embora o humor momentâneo seja relevante na investigação do fenómeno, não é desejável que influencie indevidamente relatos de como a pessoa tem se sentido nos últimos meses ou anos.

Alguns estudos que utilizam medidas globais do BES também utilizam uma série de medidas adicionais tais como relatos informativos, medidas de memória, entrevista e medidas qualitativas onde são colectados relatos de humor em momentos aleatórios ao longo do dia ou pelo período de algumas semanas. Algumas investigações levam em conta medidas biológicas do BES como eletroencefalograma, eletromiografia facial e níveis de cortisol na saliva.

É esperado que medidas baseadas em diferentes metodologias correlacionem-se às medidas de relato de bem-estar, pois escalas de auto-relato não são o único método para investigar o fenómeno. Ainda há poucos autores que utilizam diferentes tipos de medidas para comparar grupos ou testar teorias na área do bem-estar. Balatsky e Diener (1993), por exemplo, utilizaram uma medida de satisfação tipo auto-relato e uma medida de memória de bons e maus eventos da vida para acessar BES de americanos e russos. Os escores dos russos foram os mais baixos, tanto com o método de auto-relato quanto através do método da memória. As pesquisas demonstram que medidas diferentes levam a conclusões similares. A vantagem de medidas múltiplas é a maior fiabilidade nos resultados.

Medidas de bem-estar mostram moderada a alta estabilidade temporal. De acordo com as pesquisas de Diener, Suh e Oishi (1997), satisfação com a vida, por exemplo, demonstra correlação de 0,58 ao longo de um período de quatro anos e sua correlação permanece forte (0,52) quando relatos informativos de satisfação com a vida são substituídos na segunda testagem. Afecto Positivo e Afecto Negativo demonstraram estabilidade por muitos anos.

As medidas de BES podem ser relatos globais de um longo período de tempo, baseados na memória, ou experiências momentâneas. Para a maioria das pessoas, o passado e o futuro são mais importantes do que o instante presente, o que significa que alguns incidentes podem ser desagradáveis quando são experimentados, mas, podem ser percebidos de maneira positiva quando terminam. Um episódio que termina bem é mais provável de ser lembrado positivamente, independente de quão desagradável ele foi anteriormente. Portanto, BES inclui uma série de momentos felizes, prazerosos, assim como julgamentos globais. Outro instrumento bastante utilizado nas pesquisas é a Escala de Afecto Positivo e Afecto Negativo (*Positive Affect/Negative Affect Scale PANAS*) de Watson, Clark e Tellegen (1988), composta por 20 itens mensurando as dimensões afecto positivo e afecto negativo.

1.12 CONCEITOS DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

1.12.1 PANORAMA GERAL E PERSPECTIVAS DA PSICOLOGIA POSITIVA

Na Psicologia Positiva, o estudo da origem do bem-estar subjectivo tem dado um movimento amplo e multifacetado, cujas actividades se desenvolveram a partir de duas perspectivas básicas. A primeira, chamada hedônica inclui estudos destinados principalmente a analisar as dimensões de prazer, entendido como sendo estritamente relacionada a sentimentos pessoais e emoções positivas (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999). O segundo, a eudaimonia, favorece a análise dos factores para o desenvolvimento e realização do potencial e autêntica natureza humana individual (Ryan & Deci, 2001), de acordo com o conceito aristotélico de eudaimonia, que significa que é útil “individual, no sentido de que ele é enriquecedor para a personalidade”. A eudaimonia inclui não apenas a satisfação pessoal, mas também um caminho de desenvolvimento para a integração com o mundo que os rodeia (Nissbaum, & Sen, 1993). O termo é muitas vezes considerado análogo à “felicidade”, mas o seu campo semântico é muito mais amplo: envolve um processo de interacção e influência mútua entre o bem-estar individual e colectivo, de tal forma que a felicidade individual é realizada no espaço social. A Psicologia Positiva tem fornecido contribuições altamente inovadoras, em teoria e aplicações: ele enfatiza o papel crucial dos recursos e potencialidades do indivíduo, que a pesquisa anterior - para analisar deficiências e doenças de deficiência - não se destacar. Isto representa uma verdadeira mudança de perspectiva: eles preferem as intervenções para mobilizar as competências e os recursos da pessoa, ao invés de reduzir ou compensar suas limitações. Além disso, a eudaimonia perspectiva a atenção dos estudiosos, a relação entre bem-estar do indivíduo e desenvolvimento da comunidade, a dissociação da abordagem estreita individualista que muitas vezes caracteriza a pesquisa psicológica e médica. Para Delle Fave (2004), especialistas das clínicas, educação, emprego e políticas sociais estão cada vez mais a recorrer aos instrumentos de investigação e intervenção emprestado da Psicologia Positiva. Por essa razão, sentimos a necessidade de mais e mais investigadores e profissionais na Itália para lidar com estas questões como um espaço de troca e comparação que favorece a disseminação

dos conhecimentos até agora adquiridos, bem como a identificação de novas construções e estratégias de intervenção. Dentro da ciência médica e social da última década, tem havido um crescente interesse sobre o estudo do bem-estar e qualidade de vida. Inicialmente, estes temas foram analisados a partir de indicadores objectivos, tais como renda, saúde física, condições de habitação e papéis sociais. No entanto, vários estudos têm mostrado que os indicadores objectivos não são suficientes para fornecer uma avaliação adequada do bem-estar e satisfação de um indivíduo, ou o nível de desenvolvimento de uma nação. A qualidade de vida e o bem-estar são conceitos de fato que cada pessoa desenvolve uma interpretação pessoal, de acordo com sua função física, social, características psicológicas e estilo de interacção com o meio ambiente. Portanto, para identificar os indicadores de bem-estar subjectivo é essencial que os indivíduos avaliem o seu estado de saúde, o nível de satisfação de objectivos sociais, ocupacionais e busquem alcançar objectivos pessoais e futuros com base em parâmetros que possam diferir profundamente das condições objectivas em que estão.

1.12.2 QUALIDADE DE VIDA

A origem do conceito de qualidade de vida surgiu após a Segunda Guerra Mundial, quando a prosperidade económica e o aumento do poder aquisitivo associavam a satisfação, o bem-estar e a realização psicológica com vários aspectos da vida. Nas três últimas décadas proliferaram definições sobre qualidade de vida, porém, não há consenso sobre qual seja a mais adequada. O documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre instrumentos de avaliação de qualidade de vida foi construído a partir da emergência de quatro grandes dimensões, que agregam: saúde física, aspectos psicológicos, sociabilidade e relações com o ambiente, além de avaliação global da qualidade de vida. De maneira mais abrangente, o termo qualidade de vida leva em conta os aspectos de bem-estar psicológico e social, funcionamento emocional, condição de saúde, desempenho funcional, satisfação com a vida, suporte social e padrão de vida.

O conceito de qualidade de vida tem sido alvo de interesse nas áreas de ciências da saúde e sociais e, embora haja diferentes definições, existe a concordância, entre alguns pesquisadores, de que se trata de conceito multidimensional, que inclui bem-estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida. As pesquisas que investigam a qualidade de vida têm utilizado tanto indicadores objectivos quanto subjectivos, sendo estes dirigidos as estimativas subjectivas das circunstâncias de vida, como os julgamentos de satisfação e as emoções. Satisfação com a vida está vinculada à literatura sobre bem-estar subjectivo e, embora as dimensões que abrangem o bem-estar subjectivo sejam questionadas, satisfação com a vida tem sido vista como importante componente para se compreender a qualidade de vida global. Vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; actividade; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos).

A apreciação subjectiva da qualidade de vida, denominada satisfação com a vida, tem sido considerada como o julgamento (maior ou menor satisfação) que um indivíduo faz sobre diferentes áreas da vida. Desejos e expectativas, comparações com um grupo de referência e experiências prévias são os critérios mais utilizados para tal julgamento. Neste sentido, tanto as medidas de avaliação unidimensionais (avaliações globais) quanto às multidimensionais (domínios específicos) têm sido utilizadas, no entanto, às multidimensionais tem sido mais úteis para avaliar níveis de satisfação com a vida.

Estudos sobre satisfação com a vida têm sido conduzidos em sua maioria visando a perspectiva do adulto. Na interpretação de Gonçalves (2004), encontramos que na perspectiva do bem-estar subjectivo, a qualidade de vida tem um significado plural, diz respeito sobre como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu quotidiano. Com o mesmo entendimento Neri (1993), ressalta que a promoção da boa qualidade de vida na velhice excede, entretanto, os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de carácter sociocultural. A mesma autora diz que a qualidade de vida dos idosos implica a adopção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural.

Uma pesquisa de levantamento sobre qualidade de vida envolvendo 43 países de diferentes regiões, com governos e economias diferentes (Diener e Suh, 1997), revelou alguns aspectos interessantes sobre o tema de que estamos tratando. Os 60.000

respondentes da pesquisa tinham entre 20 e 80 anos de idade e as variáveis estudadas foram: qualidade de vida, contexto familiar, religiosidade, bem-estar afectivo e factores económicos. Os dados obtidos conduziram às seguintes conclusões: (1) Qualidade de vida: Não foram observadas grandes diferenças quanto à satisfação em coortes sucessivas, ou seja, a satisfação de vida parece ser relativamente estável ao longo das idades em muitas sociedades. (2) Contexto familiar. Pessoas casadas, de quaisquer idades, são significativamente mais felizes que as solteiras, viúvas, divorciadas ou separadas. O casamento tem forte relação com a satisfação e com a saúde na velhice, bem como com a longevidade. Por outro lado, embora a viuvez tenha um impacto negativo sobre o bem-estar percebido dos idosos, ela tem efeitos mais negativos sobre a satisfação com a vida em pessoas mais jovens. Nas mais velhas é mais tolerada, possivelmente porque é um fato relativamente comum entre as pessoas dessa geração. Foi encontrada uma relação significativa e positiva entre satisfação na velhice e satisfação com as relações entre pais e filhos, o que aponta para a importância de relações de boa qualidade. Viver perto ou junto com os filhos não é garantia de satisfação na velhice, nem de satisfação com as relações sociais na velhice. Da mesma forma não há relações necessárias entre insatisfação com a vida ou com as relações sociais e ausência de filhos, quer na juventude, quer na velhice. Essas relações dependem da mediação de valores individuais e sociais, como os que se seguem. (3) Religiosidade. Os resultados sugerem que, independentemente da idade, pessoas religiosas que se dedicam à oração são mais felizes, e que não ocorre um aumento da religiosidade em pessoas idosas. A frequência de orações na velhice não é mais relacionada à satisfação com a vida do que entre os mais jovens. (4) Bem-estar afectivo. Foi avaliado através de medidas separadas de afecto agradável (prazer) e afecto desagradável (desprazer), uma vez que podem ser independentes e que podem ter correlatos diferentes. Verificou-se que, com a idade, ocorre um declínio de afectos positivos em ambos os sexos, seja a pessoa casada ou não. Em contrapartida, os afectos negativos não declinam em coortes sucessivas. Verificou-se também que as duas qualidades de afecto estão correlacionadas a factores situacionais e constitucionais (há uma mudança de valores em cada geração). O estereótipo de que pessoas mais velhas são infelizes, que estão mais sós e isoladas, negligenciadas e doentes, não é válido para as pessoas na maior parte do mundo. Os dados mostram que as pessoas possuem capacidade de adaptação ao meio ambiente, alcançando níveis positivos de satisfação na velhice. (5) Factor económico. Em coortes, nas pessoas mais velhas há um aumento da satisfação com os rendimentos, a despeito do fato de eles declinarem. Ao que tudo indica ocorre um rebaixamento no nível de aspiração e as

peessoas tendem a estar mais satisfeitas com a vida material que têm. Para Ryff (1995), o bem-estar subjectivo pode ser definido em termos de seis dimensões conceituais relacionadas aos grandes temas do desenvolvimento na vida adulta e na velhice: (a) Auto-aceitação; (b) Relações positivas com os outros; c) Autonomia; d) Domínio sobre o ambiente; e) Propósitos; f) Crescimento pessoal.

Pesquisas recentes reforçam a ideia de que idosos casados desfrutam de melhor saúde física, real e percebida do que os viúvos e os solteiros. No entanto, a saúde, o género (as mulheres são favorecidas) e a idade (os idosos mais jovens são favorecidos) e o status anterior de saúde são melhores preditores de saúde física e mental em idosos viúvos do que a viuvez. Atitudes positivas em relação à perda do cônjuge funcionam como elemento facilitador do bem-estar físico e psicológico. Com relação a este aspecto, os resultados das investigações indicam que a perda do companheiro pelas mulheres idosas pode provocar uma desestruturação momentânea, mas uma vez superada a fase de luto, elas são capazes de reorganizar seu mundo externo e interno, inclusive superando algumas dificuldades anteriores à viuvez. As mulheres mais velhas têm menos *stress* e menos problemas subjectivos, maiores capacidades de adaptação frente a novas situações e maior facilidade de expressar emoções e de desenvolver novos vínculos fora da família do que os homens idosos (Desfilis e Torris, 1996).

Uma análise da literatura realizada por Glass & Jolly (1997), sobre os indicadores de satisfação de vida presentes ao longo do curso de vida e na velhice identificou os seguintes elementos: (1) Combinação de múltiplos factores: Diversos estudos têm considerado simultaneamente múltiplos factores como possíveis indicadores de satisfação de vida. Morris (1988) atribui a satisfação com a vida à boa saúde, a contactos sociais e à interacção com os outros, à presença de um confidente e à renda satisfatória. Hull (1990) encontrou correlações entre satisfação e saúde, educação, estado civil, participação voluntária em serviços e presença de amigos. (2) Religiosidade: Morris (1989) e Guy (1982) descobriram uma relação positiva entre frequentar a igreja regularmente e a satisfação com a vida. Gee e Veevers (1990) comentam que a relação entre envolvimento religioso e satisfação de vida pode variar de acordo com o nível geral de religiosidade numa região particular. (3) Atitude positiva: Russell (1985) relatou que a satisfação da vida na velhice é composta de sentimentos positivos experimentados na vida diária. Le Blanc (1987) argumenta que atitudes, crenças e valores que capacitam os idosos a se ajustarem às várias perdas e mudanças, inevitáveis numa longa vida, influenciam a satisfação de vida. Infância feliz pode estar

relacionada à satisfação de vida na velhice. (4) Lazer: Estudos desenvolvidos por Riddick e Daniel (1984) descobriram que a participação do lazer activo foi o fator mais determinante de satisfação de vida em mulheres idosas. Sneegas (1986) descobriu que as percepções da competência social dos adultos na maturidade e na idade avançada tinham um impacto sobre a participação e satisfação nas actividades de lazer e esse factor, por sua vez, afectava a sua satisfação de vida. (5) Família: Um estudo desenvolvido por Connidis e McMullin (1993) revelou que os relacionamentos com os filhos eram preditores do bem estar subjectivo. Filhos podem contribuir para aumentar o bem estar, dependendo da avaliação dos pais, ou seja, sua simples presença não é garantia de alta qualidade de vida na velhice dos pais. Amigos que se tenham cultivado podem ser mais suportivos que os filhos. Rempel (1985) e McGhee (1985) relataram que ter irmãos de mesmo género afecta mais positivamente a satisfação de vida que ter irmãos do género oposto, mas que a presença de mulheres na constelação familiar afecta mais o bem estar de todos os irmãos que a presença de homens. (6) Participação em trabalhos voluntários: Ward e Kilburn (1983) descobriram que o envolvimento na comunidade tem um papel importante no processo de modelar a satisfação na velhice, mas depende de factores étnicos; pessoas da raça branca são mais afectadas quando seu envolvimento na comunidade é reduzido por razões diversas: renda, saúde deficiente e incapacidades.

Glass & Jolly (1997) desenvolveram uma pesquisa com mulheres de mais de 60 anos para determinar que factores contribuem para a satisfação, ao longo do curso de vida. A amostra contou com oito mulheres de 66 a 87 que foram submetidas a uma entrevista com objectivo de se fazer uma análise do passado. Tentaram identificar os factores presentes ao longo do curso de vida que contribuíram para a satisfação na velhice. Todas as participantes deste estudo exibiram satisfação de vida. Os factores apontados como mais significativos foram: educação, religiosidade, atitude positiva, exercício de actividades voluntárias, e vida familiar (incluindo aspectos históricos e actuais). Uma questão importante levantada por esse estudo foi que, embora não fosse encontrada referência a avós contribuindo para a satisfação de vida, houve alguma evidência de que uma avó, morando em casa durante a infância da mulher, pode contribuir para a satisfação de vida mais tarde. As avós das participantes tiveram uma participação marcante na vida delas, proximidade física (dormir junto, residindo na mesma casa) e intimidade afectiva. Os autores argumentam que, se vamos ensinar ou orientar sobre as questões do envelhecimento, temos que aprender com aqueles que foram antes de nós.

As mulheres devem buscar condições favoráveis ao desenvolvimento de satisfação de vida na velhice. Nesse estudo a expectativa era de que a boa saúde, ter amigos/confidente e renda satisfatória seriam os factores mais associados à satisfação global com a vida na velhice. Muitas das respostas repetiram as encontradas na literatura. Todavia, os factores mais significativos de bem estar citados por elas foram: educação, presença de amigos e contacto com a família, o que reforça mais uma vez a ideia de que há relação positiva entre bem-estar subjectivo, envolvimento social e relação inversa com experiências socioemocionais de solidão.

O *Berlin Aging Study*, trabalho multidisciplinar desenvolvido com idosos de 70 a 105 anos de idade (Baltes e Mayer, 1999), foi observado que a satisfação global com a vida é alta, independentemente da idade, e que é mais alta que as médias em afectos positivos e negativos. Os sentimentos de solidão emocional aumentam com a idade, enquanto o de isolamento social mantêm-se estáveis, além de serem menos frequentes que os primeiros. O tamanho da rede de relações sociais também decresce com a idade, assim como as medidas de suporte social recebido. As medidas de suporte social oferecido mantêm-se estáveis. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre género e essas variáveis. A variável género contribuiu muito pouco para as diferenças encontradas. A única excepção foi relativa à solidão emocional: as mulheres pontuaram mais alto que os homens em todas as idades consideradas no estudo.

Em pesquisa com indivíduos entre 60 e 106 anos de idade, Fess, Martin e Poon (1999) relataram terem encontrado associação entre as variáveis: ansiedade, frequência de contactos telefónicos, idade e solidão emocional. Porém, não encontraram relações significantes entre solidão e a frequência de contactos face-a-face, nem com o funcionamento cognitivo. Sua análise evidenciou que a solidão emocional está negativamente correlacionada com saúde percebida, ou seja, quanto maior a solidão, menor a saúde percebida. Como foi observado, a avaliação do bem-estar psicológico e da solidão comporta a influência de múltiplos factores ligados à história de vida, à personalidade e aos valores vigentes na sociedade.

É importante lembrar que a solidão e o isolamento não são bem vistos na sociedade, fato que, possivelmente, acarreta tentativas de negação dessa experiência, principalmente por pessoas que já sofrem o estigma do afastamento social, como é o caso dos idosos. Assim, é bem possível que nos adultos, de modo geral, e nos idosos, de modo particular, ocorram tentativas de escamoteamento das experiências emocionais e sociais de

isolamento, como estratégia de enfrentamento de problemas nas relações com outros e consigo mesmos.

Negar a solidão possivelmente tem relação com a tentativa de melhorar ou de manter a auto-estima. Com frequência, nesse processo, são usados mecanismos de comparação social. Em comparações para cima, isto é, com pessoas que são vistas como envolvidas e atuantes, pode haver algum componente de desafio, mas o efeito geral é de desânimo e de prejuízo à auto-estima, porque a pessoa sente-se em desvantagem. Em comparações para baixo as próprias características ou competências são confrontadas com as de pessoas menos privilegiadas. Nessas situações, adultos e idosos têm mais oportunidade de salvar a auto-estima, porque resultam senso de competência, de domínio e de superioridade (Bandura, 1986).

Enquanto mecanismos de autoregulação da personalidade, os processos de comparação social são frequentemente identificados em idosos, por exemplo, em situações em que negam a própria velhice ou as dificuldades a ela associadas, como a solidão e o isolamento. Lançam mão de estereótipos positivos, que segundo Palmore (1990) expressam-se pela exagerada exaltação do próprio bem-estar físico, mental e emocional. O senso comum gerontológico faz coro e reforça essa tendência quando convence aos idosos que eles tudo podem, que a velhice é um estado de espírito, e que certas condições como, por exemplo, a capacidade de viver sozinho é um privilégio reservado aos raros velhos bem sucedidos em virtude da genética, da virtude ou de traços de personalidade.

Os valores sociais, assim como as normas e crenças sociais e científicas são importantes mediadores do comportamento de adultos e de idosos. Os que dizem respeito à solidão, às relações sociais e à integração social de idosos e ao envelhecimento bem sucedido não são exceção. Por esses motivos, pode-se admitir que é em grande parte por receio de sanções sociais que as pessoas idosas têm dificuldade em reconhecer e em falar abertamente sobre experiências negativas ou suas angústias nesses domínios. Isso dificulta a prevenção e o tratamento de tensões emocionais delas decorrentes, ou proporcionar ajuda no estabelecimento ou no restabelecimento de laços afectivos e o auxiliar a diminuir auto-avaliações e opiniões externas negativas sobre a pessoa solitária. A dificuldade de fazer falar ou ouvir falar sobre a solidão também torna mais difícil a realização da pesquisa voltada para o estudo dos seus correlatos sócio-demográficos, psicológicos, sociais, culturais e biológicos e assim poder estabelecer modelos teóricos explicativos. É fundamental levar em conta essas

possibilidades para que se possam melhor interpretar as informações de investigações baseadas em relatos verbais.

1.13 O ENVELHECIMENTO E A TEORIA LIFE-SPAN

Segundo Dibo (2004), o avanço das tecnologias científicas e medicinais e a consequente queda na mortalidade infantil influenciaram o foco de atenção de pesquisadores e estudiosos do desenvolvimento, direccionando-o à infância e adolescência. Albuquerque (2005) afirma que o foco das pesquisas consistia na comparação e relação do ser humano com quaisquer outros organismos vivos, a partir do ponto de vista científico/biológico, destacando-se como modelo explicativo, a metáfora do “crescimento, culminância e contracção”.

As pesquisas em desenvolvimento mostravam a fase do Crescimento, na qual o organismo adquiriria todas as capacidades e habilidades necessárias para se adaptar ao meio e atingir o ápice do seu desenvolvimento, isto é, a Culminância, fase caracterizada pela capacidade de reprodução e perpetuação da espécie. A partir do momento em que o organismo começa a perder essa capacidade, entra num estágio de Contracção, no qual estaria situado o envelhecimento: o organismo, sem mais capacidade de se adaptar ao meio, somente pode esperar pela morte (Neri, 2001b).

Em 1922, Stanley Hall retomou os estudos da senescência, estudando-a a partir do referencial de conhecimento que se tinha sobre a infância, instigando o interesse de outros pesquisadores por esta faixa etária (Dibo, 2004). Mesmo assim não tardou para que houvesse um novo desinteresse pela área, devido às imprudências realizadas durante as pesquisas e os experimentos, o que acarretou em uma série de resultados equivocados e pessimistas em relação à velhice, muitas vezes, precipitadamente utilizadas até hoje (Neri, 2001). Somente na década de 1950, com Erikson, o envelhecimento voltou a ser foco de estudos científicos, dessa vez estruturados e bem planejados (Papalia e Oldes, 2001). A sua “Teoria de Ciclo de Vida” representou basicamente dois avanços no estudo do desenvolvimento: primeiramente por contemplar a vida humana em toda a sua extensão e em segundo lugar por abandonar a metáfora clássica biológica de crescimento, culminância e

contração (Neri, 2001). Erikson tomou o desenvolvimento humano dividindo-o em ciclos e estágios baseados na idade cronológica. Contudo, mesmo representando tantos avanços, essa metodologia possui diversas limitações experimentais, uma vez que não considera as influências sociais, culturais e individuais do sujeito frente aos estágios (Papalia e Olds, 2001).

Lasca (2003), afirma que a idade cronológica deve ser vista apenas como um indicador do processo de envelhecimento e não deve ser colocado como uma variável causal. Dessa forma, uma maneira mais completa de enxergar o desenvolvimento seria tomando-o como um processo contínuo (Neri, 2001). É exactamente esta a proposta da noção do Curso da Vida ou Life-Span. A noção do curso da vida, inicialmente desenvolvida na década de 1930, tomou destaque e se firmou na década de 1970, com os estudos de Margaret Baltes e Paul Baltes (DIBO, 2004). Esta teoria considera envelhecimento e desenvolvimento como sendo eventos correlatos, partes de um processo contínuo, que se influencia pelo contexto em que cada indivíduo está inserido (Neri, 2001b).

A principal contribuição da teoria life-span aos estudos psicológicos e sociológicos sobre a vida adulta e a velhice foi mostrar que nem crescimento nem decadência são processos unilineares (Neri, 2001b). A teoria contribuiu ainda para começar a se observar o desenvolvimento humano como um fenómeno complexo e contextualizado que exige adaptação e onde todos os períodos da vida dependem uns dos outros. Além disso, os critérios adoptados para definir o momento do início dos eventos marcadores dos vários períodos do ciclo vital dependem também de parâmetros sociais e não só o critério cronológico.

Para Neri (2001), esse paradigma não adopta o critério de estágios como princípio organizador do desenvolvimento e o critério cronológico funciona apenas como um ponto de referência. Segundo esta perspectiva, o desenvolvimento humano não é algo estático, imutável, mas varia de indivíduo para indivíduo e de geração para geração (Neri, 2001b). Cada sujeito recebe influências distintas ao longo da vida, que podem estar ligadas à idade cronológica; a factores genéticos; biológicos; ambientais; sociais; individuais, relacionadas a emprego, família, ciclo de amigos, etc. (Dibo, 2004).

Os determinantes genético-biológicos têm um curso de ocorrência esperado e por isso são chamados de determinantes normativos graduados por idade. As influências socioculturais, por sua vez não possuem um curso esperado, mas, para os indivíduos que nasceram no mesmo período, isto é, pertencentes a uma mesma coorte, é esperado que eles compartilhem as mesmas experiências socioculturais. Estes são os determinantes normativos

graduados por história (Neri, 2001b). O conceito de coorte histórica é muito importante para a perspectiva life-span. Um grupo de sujeitos com uma mesma faixa etária, isto é, dentro de uma mesma geração, recebe as mesmas influências relativas a factores políticos e económicos, como guerras, crises, etc. Ou seja, estão sujeitos às mesmas coortes históricas, que influenciam em seu desenvolvimento (Dibo, 2004; Neri, 2001; Neri, 2001b). A perspectiva do curso da vida enfatiza a heterogeneidade no processo do envelhecimento. Os seres humanos não se desenvolvem, chegam ao apogeu ou perdem todas as suas capacidades e competências ao mesmo tempo, nem da mesma maneira (Neri, 2001b). Segundo este modelo é importante ainda distinguir entre o envelhecimento normal óptimo e patológico devido à bifurcação existente entre a normalidade e a patologia responsáveis pela heterogeneidade (Macêdo, 2006).

Entretanto, é de extrema relevância ressaltar que 1) não é o envelhecimento que causa desses diferentes tipos de velhice e 2) não se tratam de estágios, mas de “estados”, cuja diferença é tênue (Neri, 2001b). De acordo com Neri (2001), no envelhecimento normal, as alterações típicas e inevitáveis destacam-se pela ausência de patologias biológicas ou psicológicas. O envelhecimento patológico se refere à disfuncionalidade e descontinuidade, sendo o idoso acompanhado por doenças, geralmente crónicas e degenerativas. O envelhecimento óptimo se refere ao baixo risco de doenças, com uma boa manutenção da actividade física e mental.

A teoria de life-span indica o desenvolvimento como sendo multidirecional e multifactorial; coloca o ser humano numa posição activa, de constante busca por equilíbrio entre os ganhos e as perdas ao longo dos anos, podendo atingir, assim, um nível de adaptação constante frente ao meio (Neri, 1995, citado por Lasca, 2003). Diferentemente das abordagens descritas até aqui, a teoria do curso da vida se caracteriza por uma visão mais optimista sobre o envelhecimento (Macêdo, 2006). O diferencial desta abordagem frente às outras apresentadas está no fato de que os diversos factores que influenciam no envelhecimento (seja ele normal, patológico ou óptimo) se inter-relacionam.

De acordo com essa perspectiva, durante a vida adulta e na velhice, o potencial para o desenvolvimento fica preservado e a sua activação depende dos recursos do organismo e das influências do meio (Neri, 2001b), ou seja, o idoso pode não só identificar seus limites, mas também promover a compensação das perdas e a activação de seu potencial para um máximo desempenho (Neri, 2001).

Segundo Baltes (1997, citado por Macêdo, 2006; Neri, 2001) existe um grande potencial para desenvolvimento de habilidades no idoso, e o que deve ser feito é uma correcta selecção dessas habilidades e a optimização das mesmas, em compensação às habilidades que sofrem declínio. Na velhice fica resguardado o potencial de desenvolvimento, dentro dos limites da capacidade de mudar e adaptar-se ao meio (Neri, 2001). Mesmo assim, a visão que se tem comumente acerca do envelhecimento é regada de perspectivas negativas e disfuncionais, caracterizando-o e estereotipando-o como uma fase exclusiva de declínios e perdas (Macêdo, 2006).

Paschoal (2000, citado por Macêdo, 2006) ressalta, ainda, que estes estereótipos e generalizações negativas afectam não somente os estudos relativos a velhice, mas os indivíduos em si. A relação entre o envelhecimento humano e as habilidades mnêmicas tem recebido grande atenção de geriatras, neurologistas e psicólogos, por ser a memória uma das mais importantes funções cognitivas (Yassuda, 2002). Em particular, como resultados dessa visão negativista sobre o envelhecimento são muito frequentes queixas relacionadas à atenção (Guerreiro e Caldas, 2001 citado por Hamilton, 2002) e, principalmente, à memória (Yassuda, 2002) em detrimento da percepção das habilidades que são mantidas e também das adquiridas (Albuquerque, 2005).

1.14 RECURSOS PSICOLÓGICOS NA VELHICE

Entre os atributos psicológicos importantes para o gerenciamento de condições crónicas está a crença de auto-eficácia percebida. O conceito de auto-eficácia, introduzido por Bandura no contexto da teoria social cognitiva, diz respeito às crenças que as pessoas têm em sua própria capacidade de organizar e executar os cursos de acção requeridos para alcançar determinados resultados. A auto-crença das pessoas em suas capacidades permite que elas exerçam controle sobre os eventos que afectam suas vidas; e como essas crenças se traduzem em realização e motivação, elas têm forte impacto no pensamento, no afecto, na motivação e na acção (Bandura, 1993). A auto-eficácia percebida influencia o que as pessoas escolhem fazer, sua motivação, sua perseverança frente a dificuldades, sua

vulnerabilidade ao stress e à depressão. Influencia-as na situação de presença de doenças crónicas inclusive no nível de benefício que os indivíduos recebem das intervenções terapêuticas. Altos níveis de auto-eficácia para enfrentar as consequências das doenças crónicas estão associados com a melhora nos sintomas, melhor bem-estar físico e emocional e o aumento das actividades sociais. Assim, a auto-eficácia percebida é uma pré-condição essencial para o manejo apropriado da doença crónica (Holman, & Lorig, 1992). Baixas expectativas de auto-eficácia percebida podem predizer grande incapacidade, e para as pessoas idosas centram-se principalmente na reavaliação e na avaliação incorrecta de suas capacidades. De fato, muitas capacidades físicas podem declinar na velhice, especialmente diante de doenças, requerendo reavaliações da eficácia pessoal. A avaliação da própria capacidade é altamente vantajosa e não raro essencial para o funcionamento efectivo. Aqueles que julgam incorrectamente o que são capazes de fazer podem engajar-se em desempenhos que produzem consequências pouco satisfatórias (Bandura, 1997).

Segundo Baltes (1996), quando a velhice torna-se cheia de restrições tanto na capacidade quanto nas oportunidades ambientais, os idosos invariavelmente lançam mão da selecção e compensação. Com o objectivo de manter e otimizar a funcionalidade, a dependência em alguns domínios tem que ser ajustada. A selecção, a optimização e a compensação (SOC) são três processos adaptativos. A selecção é invocada em resposta a perdas na funcionalidade ou capacidade, e inclui evitar, reduzir ou restringir o número de actividades, bem como reorganizar objectivos pessoais com vistas a focalizar aquelas áreas que são mais importantes ou salientes na vida quotidiana do indivíduo. Optimizar as actividades abarca os esforços que as pessoas fazem para ampliar ou enriquecer suas reservas com vista a permanecer funcionando, como, por exemplo, praticar, treinar e exercitar actividades para superar o declínio comportamental. Os processos de compensação são respostas às perdas na capacidade e incluem processos psicológicos ou esforços comportamentais para melhorar a funcionalidade. A manutenção da competência dependeria então da selecção dos domínios em que o indivíduo retém melhor nível de funcionamento, optimizando-os mediante estratégias de treino e garantindo assim a compensação das perdas.

Segundo Lang, Rieckmann e Baltes (2002), o uso das estratégias de selecção, optimização e compensação está associado com uma melhor funcionalidade física e mental e também requer o uso da capacidade individual nos domínios do funcionamento sensorio-motor, cognitivo, social e da personalidade. Assim, quanto mais rico em recursos sensorio-motores, cognitivos, sociais e de personalidade for o indivíduo que envelhece,

melhor é o engajamento no uso de estratégias de selecção, optimização e compensação. No estudo realizado pelos autores com base no Berlin Aging Study, foi proposto que idosos ricos nestes recursos exibem menos diferenças negativas associadas ao envelhecimento e funcionam melhor no quotidiano do que aqueles que são pobres em recursos. Os resultados sugeriram que o uso de estratégias de selecção, optimização e compensação no quotidiano é maior entre os idosos ricos em recursos, quando comparados com aqueles pobres em recursos. Os idosos ricos em recursos sensório-motores, cognitivos, sociais e de personalidade investiam mais tempo com seus familiares, reduziam a diversidade de actividades dentro do domínio mais saliente de lazer, dormiam com mais frequência e aumentaram a variabilidade de investimentos de tempo através de actividades. Em estudo que buscou investigar os esforços comportamentais de idosos com osteoartrite e/ou osteoporose usados na adaptação de suas incapacidades, Gignac, Cott e Badley (2000), verificaram que os idosos usam uma ampla variedade de formas de adaptação, que incluem a compensação de perdas, a optimização de performances, a restrição ou limitação de actividades, e ganham ajuda de outros.

De acordo com Rothermund e Brandtstädter (2003), com o avançar da idade estes esforços compensatórios mais cedo ou mais tarde chegam ao seu limite. Acima dos 70 anos o decréscimo nesses esforços compensatórios está associado à diminuição da disponibilidade e da eficiência dos recursos de acção. Para os autores, a resiliência do *self* na velhice não pode ser explicada simplesmente em termos de esforços activos de compensação. Os processos de enfrentamento assimilativo e acomodativo dão uma explicação mais compreensiva, que considera o efeito recíproco entre as intervenções activas e o ajustamento de metas pessoais e padrões para mudanças nos recursos de acção. O enfrentamento assimilativo consiste na tentativa de evitar ou diminuir as perdas mediante actividades instrumentais, autocorretivas e compensatórias. Neste modo de enfrentamento, o indivíduo tenta transformar a situação avaliada negativamente de maneira a conformá-la com as aspirações e metas pessoais. Um modo diferente de neutralizar a discrepância entre o estado actual e o idealizado consiste em adaptar as metas e os objectivos aos dados constrangimentos. Esse processo acomodativo envolve o desengajamento e a diminuição dos padrões de *performance* pessoais e aspirações, isto é, os indivíduos acomodam seus objectivos e adoptam padrões de performance mais suaves ou indulgentes. Os processos acomodativos são dominantes quando as repetidas tentativas activas de mudança da situação são mal-sucedidas e são importantes para amenizar tensões emocionais que emergem diante

da experiência de incapacidades irreversíveis. Os idosos participantes da pesquisa dos autores sobre a questão dos dois processos de *coping*, mostraram que a estabilidade na auto-avaliação depende do ajustamento de padrões pessoais, e que a aceitação de padrões mais indulgentes de comparação amenizaram os efeitos negativos dos *déficits* físicos na satisfação com a *performance* pessoal. Como destacou Coleman (1996), a crise decorrente da ocorrência de uma incapacidade que exige mudança efectiva traz dificuldades de ajustamento, porque também torna mais difícil identificar novos selves possíveis.

Segundo Atcheley (1999), o desenvolvimento da incapacidade pode ter efeitos negativos nas várias dimensões do *self*, uma vez que altera a estrutura social do indivíduo no sentido de introduzir constrangimentos físicos e no estilo de vida, influencia negativamente a percepção individual de agência, reduz a concepção de uma pessoa resiliente emocionalmente e traz abandono de algumas metas pessoais. Para o autor (1991), inclui-se nos impactos negativos a interrupção da continuidade do *self*, mais necessidade de defesas e enfrentamento de perdas para o *self*, reduzidas capacidades de usar defesas como a interacção selectiva, dificuldade de identificar *selves* possíveis, despersonalização do ambiente social, mudança nas referências grupais e menores habilidades em usar *feedback* na reconstituição do *self*.

Os indivíduos incapacitados usualmente têm que redefinir o significado de competência e autoconfiança; no entanto, existem muitos indivíduos mais velhos que conseguem enfrentar positivamente a fragilidade. Encontrou-se em estudo feito por Atcheley (1999) que a maioria dos idosos pesquisados que desenvolveram incapacidades mostraram continuidade no senso de agência, na resiliência emocional e nas metas pessoais. Segundo o autor, estes resultados sugerem que o desejo interno por continuidade excede as pressões externas e situacionais por mudanças, pelo menos em relação a estes elementos do *self* e, na ausência de graves limitações e incapacidades, os idosos conseguem a continuidade nos vários domínios do *self*.

Segundo Staudinger, Marsiske e Baltes (1995), diante de perdas o *self* apresenta resiliência ou capacidade de reserva, isto é, o potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal e a presença de recursos latentes que podem ser activados frente aos desafios e exigências. É proposto que os idosos, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, mantêm um senso positivo de bem-estar (Smith, Borchelt, Maier & Jopp 2002). Segundo Neri (2001), perdas na funcionalidade não são necessariamente um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e

emocional, e como qualquer ser humano, o idoso consegue activar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas. Para Clark (2003), os processos psicológicos de adaptação e recursos sociais como programas de reabilitação e cuidados em domicílio são importantes na redução dos efeitos adversos das incapacidades funcionais sobre o bem-estar na idade avançada.

A capacidade dos indivíduos de se ajustar à diversidade e à dificuldade das experiências de vida, mantendo níveis positivos de bem-estar e qualidade de vida, apresenta um paradoxo. Segundo (Albrecht, & Devlieger, 1999), o paradoxo da incapacidade leva à questão: “Por que muitas pessoas com incapacidades sérias e persistentes relatam que experimentam boa ou até mesmo excelente qualidade de vida quando a maioria dos observadores externos destes indivíduos acredita que estes têm uma existência indesejável?” Na tentativa de explicar esta questão, os autores encontraram nos resultados de sua pesquisa a confirmação deste paradoxo e constataram também que, para os indivíduos com incapacidades entrevistados, a boa qualidade de vida depende do balanço entre corpo e mente e da manutenção de relações harmoniosas dentro dos contextos pessoais e sociais. Algumas pessoas incapacitadas são capazes de produzir e manter esse equilíbrio e conseqüentemente experimentar alta qualidade de vida, enquanto outros não são capazes de lidar com suas condições de saúde, têm limitados recursos, pouco conhecimento e restrições ambientais. Eventos negativos como a incapacidade funcional decorrente de condições crônicas levantam as questões de como estes eventos afectam a qualidade de vida dos indivíduos e de como esses indivíduos lidam com eles de maneira bem-sucedida. À medida que as pessoas envelhecem a habilidade de se recuperar de eventos negativos da vida adquire importância adicional (Kahn & Juster, 2002).

O envelhecimento e o desenvolvimento pessoal são processos complexos dependentes do contexto sócio-histórico e cultural e da interacção de factores biológicos e subjectivos. O envelhecimento satisfatório é dependente do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, e aqui foram propostos alguns recursos pessoais e sociais de que os indivíduos lançam mão frente a um evento indesejado, na tentativa de alcançar este equilíbrio. O fato de que ser idoso e incapacitado resulta em maior desvantagem social já está documentado; mas também é sabido que grande parte dos idosos é de alguma maneira capaz de neutralizar os efeitos destas desvantagens e manter satisfatória sua qualidade de vida, suas autoconcepções e seu ajustamento pessoal (Atcheley, 1999).

É relevante ter em mente que quanto mais integrados psicológica e socialmente estiverem os idosos, menos ónus eles trarão para suas famílias e para os serviços de saúde e melhor será sua qualidade de vida. Diante do acelerado envelhecimento da população e de suas consequências, muitas possibilidades de estudo e prática se abrem para o psicólogo frente a este campo ainda muito inexplorado.

1.15 A RESILIÊNCIA E A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

A partir das décadas de 1960 e 70, a literatura das ciências humanas tem se apropriado do conceito de resiliência para referir-se à capacidade de recuperação psicológica, emocional e superação, após experiências traumáticas (perdas, acidentes, desastres), ou então, de exposição à adversidade de carácter socioeconómico e educacional, como pobreza, situações familiares de grave carência e/ou violência (Pesce e colaboradores, 2004). O termo é encontrado também na fisiologia, para referir-se à mesma propriedade nos tecidos orgânicos, mais particularmente os tecidos ósseos.

De acordo com Smith (1997), as pessoas longevas que mantiveram sua lucidez são “sobreviventes” dos mais diversos eventos e factores de risco, sejam sociais, históricos ou de saúde, o que nos remete ao conceito de resiliência, um conceito em crescente utilização na pesquisa gerontológica, que também tem sido investigado em relação à longevidade.

De acordo com as conceituações da Psicologia do Envelhecimento inerentes à Teoria Life-Span, plasticidade, capacidade de reserva e resiliência na velhice são conceitos que eventualmente se sobrepõem, caracterizando, entretanto, facetas específicas do conjunto de recursos latentes que precisam ser activados no processo de adaptação às mudanças e, notadamente com o avançar do tempo de vida, às perdas em suas várias dimensões: social, fisiológico-cognitiva ou afectiva (Staudinger, Marsiske e Baltes, 1995).

O envelhecimento abrange problemas biológicos, fisiológicos e psicológicos que produzem crises existenciais, no entanto, trata-se de um fenómeno normal da vida e como

em toda crise existencial, a superação só pode ser feita por meio da renovação da interioridade. A espiritualidade é uma ponte da dimensão do ser humano e quando se recorre a estudos nos campos da Psicologia encontra-se ser mais fácil sair de uma crise quando se tem algo por que valha a pena resistir. Isso faz uma aproximação dos propósitos investigativos sobre o envelhecimento, a resiliência e a espiritualidade, tendo-se em vista a conectividade de aspectos positivos entre essas abordagens. Segundo Baldessin (2002, p. 496), a espiritualidade evidencia a existência de “potenciais forças escondidas no homem que o envelhecer faz desabrochar”.

Definindo espiritualidade e religião, Pessini (2008) remonta à sua etimologia, e nos informa: A palavra espírito deriva do hebraico ruah, significando “sopro”. Sopro associado com vida, assim literalmente, espiritualidade é “o sopro de vida” e que podemos entender a espiritualidade como um movimento humano inato de busca de transcendência e sentido da vida, uma tendência, portanto, que envolve dois componentes: fé e sentido. A necessidade de sentido, de acordo com Pessini, é um sentimento mais universal, que existe independentemente das pessoas se identificarem com uma determinada religião.

O termo religiosidade, definido como “disposição ou tendência para a religião ou para as coisas sagradas” pelo Dicionário Aurélio (1999), sugere estar associado a aspectos devocionais, tanto na dimensão dos sentimentos como das práticas. Na pesquisa social encontra-se associado tipicamente a pertença e frequência de igreja ou culto e participação em actividades religiosas (Wink e Dillon, 2002) e este tem sido inclusive o prioritário, e muitas vezes o único, indicador de religiosidade e espiritualidade na pesquisa na área da saúde nos Estados Unidos (Park, 2007). O precursor na utilização destes conceitos com escopo científico foi Gordon Allport (1950), que diferenciou a religiosidade extrínseca (dogmas, normas, condutas e rituais) da religiosidade intrínseca (emoções e sentimentos individuais em direcção ao divino, fé, misticismo, conversão), conceitos hoje amplamente utilizados na pesquisa em sociologia e psicologia da religião. Notemos que há uma aproximação semântica (embora não uma exacta coincidência) entre religiosidade intrínseca e o conceito de espiritualidade proposto por Pessini (2008) e Boff (2000), que inclui a transcendência. Tanto os aspectos intrínsecos como os extrínsecos têm importância aos fins do presente estudo. Os estudos sobre religiosidade e envelhecimento são numerosos e abordam realidades diversas. Os resultados de uma pesquisa longitudinal da Berkeley University (Califórnia), cujas colectas de dados ocorreram em quatro etapas entre 1958 e 1999, (na última, N=130), dão suporte à ideia que o desenvolvimento espiritual ocorre

maioritariamente na segunda metade da idade adulta, e particularmente nos indivíduos que tiveram envolvimento com esta dimensão já na idade jovem. Também mostram que o desenvolvimento espiritual está associado a crises ou eventos negativos na primeira metade da idade adulta, mas não na segunda, e que as mulheres apresentam maior envolvimento espiritual em todas as idades.

Em suas conclusões, os autores fazem a ressalva sobre a real possibilidade da pesquisa quantitativa, medir o significado da espiritualidade e seu desenvolvimento, porém, afirmam, ser gratificante observar que dados quantitativos longitudinais confirmaram, e em parte até ampliaram, resultados baseados em estudos de caso (Wink e Dillon, 2002). Com o objectivo de relacionar o nível de transcendência cósmica com a estrutura de sentido na vida (Framework of Meaning in Life), e de investigar se a religiosidade e as características demográficas podem afectar esta relação, foi realizado na Holanda um estudo em larga escala (N= 928), partindo de dados colectados entre 1992 e 1998 (follow-up), com sobreviventes da Segunda Guerra Mundial. Os sujeitos, com idade de 72-81 anos, responderam um questionário que incluía a “Cosmic Transcendence Scale”, aspectos de religiosidade, e a sub-escala “Framework of Meaning in Life”, parte do Life Regard Index. Os resultados apontaram para uma forte associação positiva entre as duas principais variáveis abordadas (transcendência/sentido na vida); a associação mostrou-se particularmente acentuada entre participantes menos envolvidos com religião, mulheres, com mais de 75 anos e viúvas. De acordo com a discussão dos autores, a relevância pessoal da transcendência cósmica depende de factores culturais tais como a secularização, e desvela também aspectos interessantes sobre o segmento feminino, viúvo e dos mais idosos (Braam *et al*, 2006).

A presença da dimensão religiosa é revelada no aumento das diversas expressões da religiosidade extrínseca como: frequência a cultos religiosos, orações e participação em actividades relacionadas a igrejas, e também da religiosidade intrínseca, no engajamento na busca de sentido, da transcendência e da comunhão com Deus (Goldstein e Neri, 1999; Goldstein e Sommerhalder, 2002). De acordo com Goldstein e Neri: “Pode-se supor que, ou ocorre uma mudança em direção à religiosidade por ocasião da meia idade, ou os comportamentos religiosos que o sujeito já possuía adquirem maior significado e importância à medida que ele envelhece” (1999, p. 128).

Durante muito tempo, a qualidade de vida foi avaliada por meio de indicadores económicos ou sociodemográficos (também denominados julgamento cognitivo quanto nas reacções afectivas resultantes dessas experiências. Adoptando posição similar,

Lawton (1983), em seu modelo sobre qualidade de vida na velhice, considera que o bem-estar psicológico consiste na avaliação subjectiva da experiência interna do indivíduo quanto à sua vida em geral. Ainda segundo o autor, tal construto é multideterminado, sendo formado por quatro domínios ou indicadores: (1) satisfação com a vida, caracterizada como a avaliação cognitiva da vida em geral, levando-se em conta o que o indivíduo tem e o que deseja ter, ou seja, seus objectivos e realizações pessoais, (2) felicidade, que consiste em um estado afectivo positivo e duradouro, (3) afectos positivos, considerados sentimentos transitórios à experiência emocional que ao julgamento racional e (4) afectos negativos, que também se caracterizam como sentimentos transitórios que expressam as emoções negativas de ansiedade, depressão, agitação, medo e pessimismo. Numerosos estudos vêm sendo realizados nas últimas subjectivo na velhice. Tais pesquisas têm demonstrado que o referido constructo sofre a influência de múltiplos factores de natureza física, sociodemográfica e social, como a saúde física (Lawton, Devoe, & Parmelee, 1995; Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000), a capacidade funcional (Moraes & Souza, 2005; Paschoal, 2002), o género (Adkins, Martin, & Poon, 1996; Koo, Rie, & Park, 2004), a idade (Koo *et al.*, 2004) e as relações familiares (Lawton *et al.*, 1995; Moraes & Souza, 2005).

Entre os determinantes sociais, merece destaque o envolvimento religioso, em virtude do papel que o mesmo desempenha na configuração dos níveis de bem-estar subjectivo dos idosos, razão pela qual diversas áreas como a Medicina, a Psicologia e indicadores objectivos que descrevem apenas as condições de vida dos indivíduos. Actualmente, porém, os indicadores sociais, que incluem critérios de julgamento pessoal do bem-estar e da satisfação com a vida, foram incorporados aos estudos sobre qualidade de vida. Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) enfatizam que a inclusão dos indicadores subjectivos é fundamental para a avaliação da qualidade de vida, já que os indicadores socioeconômicos descrevem apenas as condições de vida de uma pessoa por meio de variáveis demográficas e económicas, não avaliando, portanto, o nível de satisfação em relação a essas condições. De acordo com esses autores (Diener *et al.*, 1999), a dimensão subjectiva da qualidade de vida, também chamada de bem-estar subjectivo, manifesta-se por meio da satisfação com a vida e de respostas emocionais. A satisfação com a vida associa-se à satisfação com domínios específicos da vida (lazer, saúde, finanças, vida pessoal/afectiva e grupo de pertença) e à satisfação global com a vida actual, passada e futura, assim como à visão dos outros significantes a respeito da própria vida. Já as respostas ou estados emocionais compreendem as emoções e estados de humor positivos ou agradáveis (alegria, orgulho, contentamento,

amor próprio, carinho, felicidade e êxtase) e negativos ou desagradáveis (culpa e vergonha, tristeza, ansiedade e medo, raiva/irritação, stress, depressão e inveja). Em outras palavras, para Diener (1994), o bem-estar subjectivo diz respeito aos motivos pelos quais as experiências pessoais se dão de forma positiva, razão pela qual se baseia tanto no envolvimento religioso e bem-estar subjectivo em idosos. A Sociologia vem buscando elucidar as possíveis inter-relações existentes entre esses constructos.

O envolvimento religioso ou religiosidade compreende os comportamentos, atitudes, valores, crenças, sentimentos e experiências motivados pelo contexto religioso (Levin, Chatters, & Taylor, 1995), desdobrando-se em três dimensões: religiosidade organizacional, não-organizacional e subjectiva (Chatters, Levin, & Taylor, 1992). A religiosidade organizacional compreende os comportamentos religiosos que ocorrem no contexto da instituição religiosa (como a frequência às actividades religiosas formais) e o desempenho de cargos ou funções religiosas. Já a religiosidade, os comportamentos religiosos privados ou informais, isto é, que ocorrem fora do contexto da instituição religiosa, sem local e tempo fixos e sem seguirem formas litúrgicas pré-estabelecidas, podendo se manifestar individualmente ou em pequenos grupos familiares e informais. São exemplos dessa dimensão a leitura da Bíblia e demais literaturas religiosas, os momentos de oração, ouvir ou assistir programas religiosos, etc. A religiosidade subjectiva, por fim, associa-se aos aspectos psicológicos da religiosidade, ou seja, às crenças, conhecimentos e atitudes relativas à experiência religiosa bem como aos auto-relatos de tais experiências e ao significado pessoal atribuído à religião.

As possíveis associações existentes entre religião, qualidade de vida e bem-estar subjectivo vem, há muito tempo, constituindo-se em objecto de preocupação dos estudiosos dessas áreas. Nesse sentido, Diener (1984), em sua célebre caracterização do bem-estar subjectivo, ressaltou que tanto as crenças quanto a participação nas actividades religiosas influenciam positivamente o bem-estar subjectivo das pessoas e, posteriormente, em revisão realizada em 1999, incluiu a religião entre as variáveis sociodemográficas que interferem nos níveis de bem-estar subjectivo. Alinhadas com tais pressupostos, várias pesquisas têm evidenciado que o envolvimento religioso constitui-se em importante preditor da participação dos idosos em actividades sociais e comunitárias que lhes propiciam melhor funcionamento psicossocial (Wink, & Dillon, 2003; Young, & Dowling, 1987).

Contudo, a participação dos idosos nas actividades religiosas formais costuma diminuir com a idade, em virtude dos problemas de saúde que comprometem sua

actividade e funcionalidade física (Mindel, & Vaughan, 1978). Tal participação é, porém, compensada pela maior participação nas actividades religiosas não-formais e pelo aumento da devoção pessoal, que tendem a aumentar com a idade e contribuem sobremaneira para a manutenção dos níveis de bem-estar subjectivo dos idosos (Ellison, 1991). Adicionalmente, a religiosidade tem se mostrado também associada ao bem-estar psicológico, ou seja, aos aspectos que contribuem para o ajustamento na velhice, como, por exemplo, as relações positivas com os outros, a auto-aceitação, o crescimento pessoal (Frazier, Mintz, & Mobley) e a satisfação com a vida (Hunsberger, 1985; Koenig, H. G., Kvale, J. N., & Ferrel, C., 1988; Ellison, 1991). Em síntese, a religiosidade tem se destacado como uma variável capaz de contribuir para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos, seja por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou pelas regras de conduta moral e espiritual que ela estabelece.

Ellison (1991), por exemplo, afirma que o envolvimento religioso proporciona aos idosos benefícios cognitivos, uma vez que ele influencia a forma como os indivíduos percebem suas experiências, aumentando assim seus sentimentos de auto-eficácia, de amor próprio, de controle e de segurança pessoal. Por outro lado, a experiência religiosa pode proporcionar, ainda, um senso do significado para a vida, principalmente em momentos de crise, sendo tais benefícios ainda maiores quando os indivíduos não dispõem de outros recursos que possam contribuir para esse suporte, como é o caso das pessoas aposentadas e viúvas.

1.16 O CONCEITO SOLIDÃO

A solidão é um conceito vago que se reveste de muitos significados. A obra considerada pioneira no domínio do estudo da solidão e eventos correlatos foi publicada nos Estados Unidos em 1973. Seu autor, Weiss, baseou-se na teoria de Bowlby (1969) sobre as ligações afectivas e estabeleceu uma distinção que viria a tornar-se central à teorização e à pesquisa em psicologia e em gerontologia. Trata-se da diferença entre isolamento emocional, estado subjectivo, e isolamento social, referente ao grau e à qualidade do envolvimento da

pessoa com uma rede de relações sociais. Para o autor, ambas as condições podem fazer parte da experiência de solidão. No entanto, ser socialmente isolado pode não significar sentir solidão e vice-versa. Viver sozinho tampouco significa necessariamente sentir solidão ou ser socialmente isolado. Weiss (1973) afirma que a solidão não é apenas um desejo de relação, mas da relação certa, podendo ocorrer concomitantemente com actividades sociais. Esse autor acredita que a solidão resulta de deficits em um ou mais tipos dos seguintes relacionamentos: 1) de apego, do qual as pessoas derivam senso de segurança; 2) de integração social, que é proporcionado por uma rede de relações sociais; 3) de cuidado e dedicação, em que uma das partes se compromete com bem estar da outra; 4) de reafirmação de valor, pela qual as capacidades e habilidades da pessoa são reconhecidas por outrem; 5) de aliança, em que os envolvidos concordam e pactuam que uns podem contar com a assistência dos outros; 6) de orientação, quando a pessoa recebe conselhos. Para o autor, cujo ponto de vista é endossado por Jones (1989), entre outros, a solidão é experiência emocional aversiva e estressante porque relacionada com a inexistência, o afastamento ou a perda de relações afectivas significativas. A solidão é uma experiência desagradável, Fromm (1959) descreveu-a como dolorosa e horrível. Para Victor *et al.* (2000) e Gierfeld (1998) é um conceito que pode ser interpretado de uma série de maneiras e, frequentemente, é apontada como uma medida objectiva ou a antítese de apoio social, podendo ser descrita como a privação percebida de contacto social, a falta de pessoas disponíveis ou desejosas de partilhar experiências sociais e emocionais, um estado potencial reprimido de interacção com os demais e, finalmente, uma discrepância entre o desejo e o ato efectivo de estar com alguém. Segundo Victor *et al.* (2000), termos como solidão, isolamento e negligência social, associados com “estar sozinho” seriam alguns dos estereótipos mais comuns entre os idosos e, com frequência, são utilizados como sinónimos. Isto levaria alguns idosos a, definitivamente, desejarem “afastar” de si o rótulo de “solitários” e “isolados” ou “negligenciados”.

O âmago da solidão é a insatisfação em relação ao relacionamento social não obrigatória nem necessariamente relacionada com o isolamento objectivo. Mesmo a própria noção de isolamento abrange formulações distintas como em termos de tempo passado só, falta de relações sociais, falta de contactos com familiares e existência ou não de um “confidente”. Portanto, a solidão reflecte essencialmente uma discrepância subjectiva entre os níveis de contactos sociais desejados e realizados, podendo atingir dimensões psicopatológicas. Se bem que alguns estudos mostrem uma maior associação da solidão às faixas etárias jovens, não se pode excluir a importância desta temática nos idosos, até pelo

crescente envelhecimento das populações ocidentais acompanhado pela degradação das condições deste grupo numa sociedade que tem por arquétipos a juventude e a produtividade. Contudo, deve-se evitar o erro de estigmatizar a solidão nos idosos, não só pelos resultados divergentes da investigação, mas também pelo carácter multifactorial destas vivências. Na verdade, falar-se em população idosa como entidade global é bastante enganador se não forem tidas em conta as clivagens naturais em função de variáveis como: sexo, estado civil, estrato sócio-económico, residência, que tão profundamente influenciam o comportamento nesta idade. Hyams (1969) defendeu a solidão como sentimento frequente na população idosa, a qual pode exercer uma profunda influência no agravamento das componentes emocionais da doença através de sentimentos de insegurança e, eventualmente, de apatia.

Os estudos feitos nos últimos vinte anos sobre adaptação e satisfação na vida avançada referem-se à importância dos factores cognitivos, designadamente a avaliação do carácter de ameaça ou da gravidade de uma perda que é feita pelo indivíduo em função das suas motivações e, sobretudo, da sua experiência passada (Capsi e Elder, 1986). Lazarus (1983), afirma que “não é meramente a alteração objectiva ligada à idade, mas sim o seu significado subjectivo que afecta a adaptação”. E esse significado tem que ver com os obstáculos encontrados no passado e a maneira como a pessoa conseguiu, ou não, vencê-los; tem que ver, portanto, com a auto-imagem do indivíduo, para a qual concorrem sucessos da sua história pessoal e também a forma como ele é tratado por aqueles com quem se relaciona de perto. As implicações destes conceitos na prevenção são bastante claras. Para proporcionar uma maior satisfação de viver às pessoas idosas é sem dúvida importante remediar as suas privações e melhorar o seu bem-estar material. E para isso é essencial que elas possam confiar em alguém. Nesta linha, Murphy (1982) afirma que todas as adversidades podem concorrer para a depressão; o factor decisivo seria uma personalidade vulnerável, que se caracterizaria por uma dificuldade em entrar em relação íntima com outrem. Aqueles que mantêm essa intimidade com um “confidente” seriam, em regra, capazes de suportar as suas privações. Burnside apresenta como factores de solidão: isolamento geográfico ou linguístico, diferenças culturais (emigrantes), estilo de vida solitário, doenças proveniente de perdas, morte iminente. Afirma também que o mecanismo da negação é frequentemente operante quando uma pessoa idosa não admite a solidão.

Os idosos habitualmente têm dificuldades em exprimir os seus sentimentos, sendo o seu comportamento um melhor indicador. Paúl (1992), verificou que os idosos analfabetos, principalmente os residentes nos lares, vêem acrescida a sua solidão, pela

dificuldade que têm no acesso à informação escrita e mesmo falada, reforçando ainda mais o seu isolamento. Nas conclusões do estudo, Burnside afirma o sentimento de solidão como o aspecto central de toda a problemática relativa ao bem-estar subjectivo do idoso, tendo sido frequente a verbalização deste sentimento independentemente do respectivo contexto. “Sem objectivos de vida para realizar e muitos deles sem rigorosamente nada para fazer, com uma rotina o mais das vezes penosa e solitária, ou se sentiam acompanhados por Deus ou se sentiam irremediavelmente sós a cumprir um destino inexorável. Nas situações em que o quotidiano continuava a constituir um desafio e a saúde o permitia, os idosos, mesmo vivendo sós, mantinham-se satisfeitos com a vida“ (Paúl, 1996).

1.16.1 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA SOLIDÃO

Numa abordagem muito geral, poderíamos apontar como uma das causas directas da solidão a inexistência ou o não funcionamento das redes sociais de apoio, e como consequência directa as alterações na saúde física e psicológica das pessoas idosas. Mas a leitura não pode ser assim tão linear. Temos de ter em consideração: a) As causas e as consequências das situações de solidão estão intimamente ligadas à personalidade e às vivências estabelecidas pelo indivíduo com a realidade exterior. b) A forma como é vivida esta etapa da vida depende também da biografia do indivíduo, ou seja, do modo como se “jogaram” as relações de sociabilidade (com familiares, amigos, vizinhos e outros). Se ao longo da vida esta trama de sociabilidades foi permeada por dificuldades (sobretudo nas formas de expressão da afectividade, nos laços criados), há fortes probabilidades de condicionarem o isolamento e a solidão da pessoa idosa. c) A solidão, ela própria pode ser simultaneamente causa, efeito e mecanismo produtor dela mesma (Pais, 2006).

Ao longo da vida, a personalidade do indivíduo está submetida a uma série de perturbações, uma vez que o seu próprio meio externo sofre também profundas modificações. Tal justifica avançar com a perspectiva de que, nas pessoas idosas, a maioria dos problemas ligados ao envelhecimento não são causados unicamente pela diminuição das funções cognitivas. São, sobretudo, outro tipo de problemas, como a perda de papéis, as

diversas situações de stress, a doença, o cansaço, o desenraizamento e outros traumatismos que vão dificultar a adaptação das pessoas idosas. Para ultrapassar estas situações, o indivíduo terá de reequacionar os seus objectivos pessoais, de forma a adaptar-se, conservando a sua auto-estima, para continuar a viver com o melhor bem-estar possível.

Segundo Garcia (2002), velhice é, sem dúvida, uma etapa especialmente intensa de perdas afectivas, ou seja, de perda de papéis ao longo dos anos de forma progressiva, mas inelutável (filhos que saem de casa, reforma, viuvez, etc.). Para Fernandes (2002), o indivíduo que era competente, bem sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido. Segundo Levet (1998), tal exige uma mobilização de energia com vista ao ajustamento ao novo universo de sociabilidades. Mas, e quando não se dá este ajustamento?

Por outro lado, dá-se também a perda de pessoas próximas, como o cônjuge, amigos, familiares ou colegas, ou seja, de pessoas importantes no meio afectivo e de relação, que podem provocar stress à pessoa idosa por diversos motivos, entre os quais a previsão da sua própria morte que se avizinha (Fernandes, 2002). Ocorre, simultaneamente, uma diminuição das capacidades físicas e muitas vezes psicológicas e sociais, que se não for acompanhada por um estímulo efectivo às capacidades da pessoa idosa, mantendo o seu papel social como pessoa “capaz”, com vista à manutenção das suas possibilidades de desenvolvimento, conduzirá a um ciclo de vida negativo, levando o indivíduo a vivenciar sentimentos de inutilidade social, solidão e muitas vezes a estados depressivos.

Levet (1998) aponta que, “se o indivíduo não conseguir mobilizar energia suficiente para ultrapassar as suas deficiências físicas, ir-se-á refugiar na doença e em maleitas de toda a natureza”. Mas muitas vezes estes queixumes são sintomas de outra enfermidade: a da solidão, diz Pais (2006). Tal não significa escamotear que é um facto que o envelhecimento pode acarretar situações de fragilidade e dependência, mesmo em pessoas que têm uma atitude positiva em relação à sua vida. O que queremos asseverar, é que um indivíduo mesmo portador de uma doença, poderá sentir-se saudável, desde que seja capaz de desempenhar funções e actividades, capaz de alcançar expectativas e desejos, ter projectos, enfim, de se manter activo no seu meio, ou seja, ter alguma função social que lhe proporcione uma boa qualidade de vida.

A realidade a que assistimos, em muitos casos, é a existência de um declínio do padrão de vida, acompanhado, por vezes, de muitas privações, após a ruptura (muitas

vezes drástica) com a actividade laboral. Deste modo, a maioria das reflexões/abordagens acerca da relação pessoa idosa-sociedade, é feita através da “lupa económica do sistema de produção”. Para Levet (1998), os valores de reflexão, de meditação, de sabedoria, e as potencialidades que se vão forjando com o avanço em idade, não são tomadas em consideração; pior que isso – a maior parte das vezes não são mesmo reconhecidos. É então como se o desaparecimento da função de produção marcasse uma perda de utilidade social, sentida pela pessoa e confirmada pela sociedade que prescindia destes indivíduos, independentemente da sua aparência ou competência para o trabalho, estabelecendo assim a sua entrada “oficial” na velhice. É neste sentido que a reforma favorece o isolamento social, a inactividade, a solidão e muitas vezes a depressão, uma vez que a retirada do mundo do trabalho independentemente da sua vontade, gera no indivíduo um sentimento de falta de importância, utilidade e auto-estima, sobretudo numa sociedade onde o estatuto da pessoa idosa está ligado ao trabalho e à rentabilidade. Há autores que chegam a afirmar que a reforma estimula a consciência do envelhecimento. Como se não bastasse, ela ocorre num ponto do ciclo de vida em que a capacidade adaptativa está mais limitada. Por outro lado a imposição da reforma, sem alternativa de ocupação útil, uma vez que normalmente esta não é devidamente preparada, leva frequentemente à inactividade que, por sua vez, gera deficiência, limitação funcional e dependência. De salientar que cada indivíduo é uma realidade, sendo que a idade da reforma, entendida no sentido de “deixar de trabalhar”, tem repercussões diferentes em cada um, o que quer dizer que, se por um lado existem idosos que após a reforma continuam a ter uma vida social activa, por outro lado, a realidade mostra-nos que a maioria acaba por “cair” na inactividade, no desinteresse, na solidão. Efectivamente, a maioria das pessoas idosas tem uma fraca participação na sua comunidade (realidade que lentamente começa a alterar-se), o que gera sentimentos de solidão e desvalorização, com repercussões quer ao nível da integração sócio-familiar quer do nível da saúde física e psíquica. De facto, as fracas condições de vida em que a maioria da população idosa portuguesa vive, induzem-na a uma fraca mobilidade e a um consumo passivo de serviços que lhes são oferecidos, sem alternativas de escolha. A pessoa idosa é frequentemente dissuadida da actividade e persuadida à inércia quase vegetativa, sendo-lhe assim vedado o acesso à participação e intervenção nas decisões que lhe dizem respeito como membro activo da sociedade.

Todos estes factores podem conduzir a processos de auto-desvalorização, a sentimentos de inutilidade, à diminuição da auto-estima e da auto-confiança, à apatia, à

desmotivação, entre outros. A juntar a estes factores o aumento da sensibilidade ao meio ambiente, à diminuição das capacidades de adaptação do indivíduo a esse meio, ao declínio progressivo das capacidades físicas, podem surgir problemas de saúde mental, tais como depressões, problemas do foro psicossomático, ou mesmo, em situações limite, o suicídio.

1.16.2 SOLIDÃO EM PSICOLOGIA

A história recente da pesquisa sobre solidão reflecte a sequência usual do desenvolvimento de um campo. Primeiro uma fase descritiva, quando o campo se abre e as observações e investigações exploratórias são feitas visando à definição empírica do fenómeno. Este estágio corresponde à década de 1970, quando os parâmetros da solidão começaram a ser mapeados. A segunda fase, do estabelecimento de hipóteses, corresponde à testagem e ao aperfeiçoamento de modelos e de instrumentos de medida. É nesse estágio que se encontra a pesquisa no campo da solidão. Os periódicos *Journal of Personality and Social Psychology* e *Personality and Social Psychology Bulletin* são os que mais publicam artigos sobre o tema. A terceira fase representa os avanços na teoria para assimilar e ajustar as descobertas empíricas. O avanço neste tema vai depender da extensão das investigações nas áreas da Psicologia. O modelo predominante é o cognitivo que propõe que a solidão é uma experiência essencialmente afectivo-cognitiva, não necessariamente dependente do isolamento social, mas sim da discrepância existente entre o que a pessoa deseja e o que efectivamente possui em termos de quantidade e qualidade de apoio social e afectivo. Quanto maior a discrepância, maior o sentimento de solidão. Muitas pessoas isoladas não se sentem solitárias e muitas pessoas integradas sentem-se realmente solitárias (Towsend, 1968 in Hojat, & Crandall, 1989), o que significa que o isolamento e a solidão não são necessariamente coincidentes. Alguns autores (Berg, Mellstrom, Person e Svanborg, 1981; Larsen, Zuzanek e Mannell, 1985, in Hojat, & Crandall, 1989), afirmam que viver sozinho nem sempre significa sofrer de solidão e acreditam que a ausência do outro não é necessariamente uma condição negativa. Em resumo, a solidão não tem uma definição simples e directa e certamente não deve ser igualada a isolamento. Sob o ponto de vista cognitivo, a solidão pode ser considerada

como uma experiência afectiva na qual alguém começa a ter a sensação de estar à parte dos outros e à parte das redes ou dos sistemas de apoio social, situação experimentada por algumas pessoas idosas que têm os contactos sociais diminuídos ou ausentes, ou que têm contactos quantitativamente ou qualitativamente insatisfatórios (Mullins, Johnson & Anderson, 1987 in Hojat e Crandall, 1989). Em suma, o aspecto central do modelo cognitivo é a distinção entre as dimensões emocional-cognitiva e social (Paloutzian & Janigian, 1987).

Shaver e Breenan (1981, in Pinheiro e Tamaio, 1984b) relatam que a realização de seminários teóricos e de pesquisa, subsequentes à publicação do livro de Weiss levaram a um refinamento teórico crescente e à correspondente criação de instrumentos de medida. Dentre eles o pioneiro e mais conhecido foi desenvolvido na Universidade do Sul da Califórnia em Los Angeles (UCLA), com estudantes universitários, e é conhecido como a Escala de Solidão da UCLA (Russell, Peplau & Cutrona, 1980, Russel & Cutrona, 1988). Trata-se de uma escala unidimensional do tipo Likert com 20 itens que focalizam o sentimento de solidão em termos de sua frequência (nunca, raramente, às vezes, sempre). São exemplos de itens desse instrumento: sentir-se sintonizado com as pessoas com quem se convive, sentir falta de companhia, sentir-se sozinho, sentir-se amigável e de fácil convivência, sentir que as relações com os outros são significativas, sentir timidez, e sentir-se compreendido. A tipologia isolamento social/emocional foi reinterpretada por teóricos que consideram o papel mediador da cognição na constituição do significado das experiências sócio emocionais para o indivíduo. Para Peplau, Russell & Heim (1979), Michela, Peplau, & Weeks (1982) e Russell et al. (1984), a experiência sócio-emocional de solidão é associada à percepção de que os contactos sociais são quantitativamente insuficientes ou qualitativamente insatisfatórios para amparar as próprias necessidades sócio emocionais. Para Sermat (1980), o senso de solidão resulta de uma discrepância entre as relações interpessoais de que a pessoa dispõe e as relações que ela gostaria de ter.

Lopata, Heineman, & Baum (1982) vêem solidão como um estado interno de insatisfação com o nível actual, passado ou futuro de relações sociais em decorrência de isolamento social ou emocional. Creecy, Berg, & Wright (1985) definiram-na como uma condição psicológica resultante de perdas no sistema de suporte social, de declínio na participação em actividades sociais e de redução no senso de realização social.

Dykstra (1995) chamou a atenção para o papel desempenhado pelos padrões sociais e individuais na determinação da experiência de solidão. Segundo uma concepção motivacional-cognitiva sobre as origens do sentimento de solidão, circunstâncias objectivas,

em conjunto com experiências subjectivas geradas pela avaliação que o indivíduo faz de uma situação, vão determinar seus comportamentos actuais, as disposições futuras para sentir solidão e a disposição para tentar diminuí-la, no caso de que ela seja uma experiência aversiva. Uma condição avaliada como solidão pode ser considerada como stressante, dependendo da desejabilidade dos contactos disponíveis e das oportunidades que a pessoa tem para alterar a situação que lhe parece insatisfatória. Três elementos são indicadores de falta de oportunidade para melhorar a situação: problemas de saúde, baixa auto-estima e ansiedade social. Declínio na saúde pode contribuir para um senso de que há restrição na possibilidade de envolvimento social. Características de personalidade, como baixa auto-estima e ansiedade, influenciam o quão confiante a pessoa vai sentir-se em situações sociais e o seu senso de controle. Controle percebido é crucial para que ela se engaje em tentativas explícitas de alterar sua condição. A possibilidade de escolha das relações sociais é considerada como outro elemento central à experiência de solidão como situação mais ou menos desejável, ou mais ou menos stressante, e também à disposição da pessoa em alterá-la. Peplau & Perlman (1982) notaram que idosos podem preferir ter contacto com amigos do que com a família porque as relações com os amigos são baseadas em mútua escolha, ao passo que com os familiares são baseadas em obrigação. Hess (1972, in Lee, & Kuntz, 1987) argumenta que enquanto as relações de amizade são baseadas num compromisso de valor e afeição, as relações de parentesco são frequentemente baseadas em obrigação e em sentimentos de preocupação. Embora a família se engaje em actividades sociais semelhantes às que caracterizam as relações de amizade, os laços que formam a base das relações de parentela são atribuídos e acompanhados por normas de obrigação. Na mesma perspectiva, Lee (1980) nota que as relações de parentesco normalmente obrigam as pessoas a interagir e a se relacionar, principalmente por proximidade, mas as relações de amizade são baseadas em mútua escolha. Isto significa que entre indivíduos envolvidos em relação de amizade, as pessoas escolhem e são escolhidas como amigos, com base em critérios afectivos e de desejabilidade social.

Em resumo, na base das experiências de isolamento social e isolamento emocional, que são correlatas à solidão, existem eventos sócio-demográficos, psicossociais, biológicos e culturais que irão determinar o seu significado e o seu grau de desejabilidade para o indivíduo e para o seu grupo de referência. Significado e desejabilidade são, assim, aspectos centrais à avaliação da solidão feita pelo indivíduo e a colectividade. A maioria esmagadora das pesquisas continua a conceitualizar a solidão como uma construção singular e

unidimensional, apesar da distinção proposta por Weiss (1973) entre solidão social e emocional. Essa distinção tem gerado controvérsias que, segundo Jones (1989), é gerada por uma distinção pouco clara entre estado emocional e traço da solidão. Segundo este autor, Weiss explora a solidão como estado emocional resultante de deficit em relações interpessoais significativas e não leva em conta que ela pode ser um traço estável de personalidade associado a repetidos fracassos nas relações interpessoais e a deficiências no estabelecimento das ligações afectivas primárias. Essa distinção pode ser importante na intervenção clínica, uma vez que são diferentes os procedimentos para tratar da solidão decorrente da escassez ou da perda de relacionamentos sociais significativos e para tratar da solidão enquanto característica estável da personalidade.

De Jong-Gierfeld, & Raadschelder (1982), sugeriram que há formas específicas de solidão, por exemplo, a negativa, como definida por Weiss (1973) e por Jones (1989), e a positiva, que pode ser um elemento propulsor da criatividade e do autodesenvolvimento; a crónica, denominação que sugere patologia, e a temporária, decorrente de um evento psicossocial ou biológico de crise.

Ellison (1978) postula a existência de solidão existencial, associada ao senso de falta de significado da vida. Ela seria diferente da experiência emocional de falta ou perda de relacionamentos significativos e do isolamento social. Semelhante ponto de vista, filiado à visão cognitiva sobre solidão é comparável à interpretação psicanalítica apresentada por Winnicott (1958, original), ficar só é um dos sinais mais importantes do amadurecimento do desenvolvimento emocional. Está mais ligado à capacidade que uma pessoa tem de ficar só do que ao medo ou ao desejo de ficar só. A maturidade, assim como a capacidade de ficar só, significa que, graças a relações positivas com os pais, o indivíduo teve oportunidade de construir uma crença num ambiente benigno, traduzida em confiança no presente e futuro. Na abordagem desse autor, longe de representar resistência, o silêncio do paciente significa uma conquista para experimentar sentimentos até então inexistentes.

Para Erikson e Erikson (1997) o isolamento e a privacidade propiciados pelo isolamento e o afastamento, que se tornam mais prováveis com a velhice, transformam-se em lugares seguros para o idoso reflectir sobre seu estado de espírito. Ao fazê-lo, ele pode encontrar a paz e aceitar as mudanças impostas ao corpo e à mente pelo tempo, e assim realizar as tarefas evolutivas requeridas pela idade avançada. Os autores propõem que o afastamento ou retraimento deliberado dos envolvimentos habituais, típico de pessoas idosas, é um retraimento conscientemente escolhido, mas não implica necessariamente em ausência

de envolvimento vital. É um desenvolvimento profundamente envolvido, que exhibe uma qualidade de transcendência, ou seja, orienta-se para uma mudança mais espiritual do que materialista e racional.

A pesquisa cognitiva sobre solidão tem focalizado correlatos de personalidade, como por exemplo, baixa auto-estima quanto à capacidade de administrar relações sociais; ansiedade; timidez; baixa assertividade; introversão; pouca tendência a assumir riscos (Jones, Freman & Goswick, 1981; Hojat, 1982); estados emocionais e cognitivos perturbadores, incluindo depressão, ansiedade e hostilidade (Jones e col., 1981; Russel, Peplau e Cutrona, 1980); ineficácia na interação social (Bell, 1985; Jones e col., 1981; Jones, Hobbs e Hockenbury, 1982 in Jones, 1987); passividade e tendência a culpar-se pelo próprio fracasso social (Anderson, Horowitz e French, 1983, Michela, Peplau e Weeds, 1982). Trata-se de campo novo que está sendo mapeado pelos pesquisadores das áreas do desenvolvimento, social, clínica e da personalidade, principalmente a partir do modelo cognitivo, que predomina na investigação nessa área nos Estados Unidos.

A psicanálise e a psicologia existencial de tradição européia têm contribuído para a área com formulações teóricas sobre outras possibilidades da análise da solidão, nos domínios da personalidade, da psicopatologia, da filosofia, das religiões, da literatura, das artes e da cultura. Uma vez colocado no contexto do entendimento do desenvolvimento humano no ciclo vital, o estudo psicológico da solidão na velhice beneficia-se dos avanços nessas áreas, avanços esses que podem contribuir para o planejamento de intervenções visando ao bem-estar individual e coletivo dos adultos e idosos.

1.16.3 A EXPERIÊNCIA SÓCIO-EMOCIONAL DE SOLIDÃO NA VELHICE

As condições específicas da velhice, que determinam perda de papéis e afastamento, limitações físicas, morte de pessoas da mesma idade e, muitas vezes, limitações financeiras, fazem com que o isolamento e a solidão tornem-se experiências mais prováveis do que no curso normal da vida adulta. Solidão e isolamento não são prerrogativas da velhice.

Condição psicossocial complexa, a solidão é experimentada em diferentes culturas e de maneira peculiar por mulheres e homens de diferentes idades. Em vários estudos, a proporção de adultos que sentem solidão duradoura e suas decorrências, tais como angústia e sofrimento emocional, varia de 9% a 26% (Bradburn, 1969; Rubenstein, Shaver, & Peplau, 1979; Snodgrass, 1989). Segundo Mullins (1996), nos Estados Unidos e na Europa, a ocorrência de solidão entre idosos é da ordem de 20%. Adultos e idosos solitários relatam possuir redes de relações sociais menores e menos satisfatórias, bem como menor engajamento em atividades sociais (Peplau e Perlman, 1982; Cutrona, 1982; Rowe e Kahan, 1998).

Outras pesquisas mostraram uma correlação negativa entre solidão e tamanho da rede de relações sociais (número de membros), densidade (grau de ligação entre os membros da rede) e frequência com que ocorrem comportamentos de apoio e ajuda. Sarason, Sarason e Shearin (1986) mostraram haver correlação inversa entre solidão e quantidade de apoio social e entre solidão e grau de satisfação com os que proporcionam apoio. A pesquisa gerontológica tem revelado que o viver só não resulta necessariamente em isolamento social ou solidão emocional, principalmente se há filhos vivendo próximos, se eles mantêm contactos regulares com os pais (Shanas, 1979), se há outros idosos vivendo na mesma área geográfica e se o idoso tem velhos amigos com quem pode contar (Antonucci, 1991).

Pessoas mais velhas preferem contactos sociais com amigos da mesma idade do que com os membros da família, sejam filhos ou esposos. Os contactos com amigos têm um impacto maior no bem estar do que o contacto com os membros da família. Uma das razões para isso é que os relacionamentos familiares são obrigatórios enquanto as relações de amizade são voluntárias (Peplau & Perlman, 1982, Doll, 1997). Lee & Ishii-Kuntz (1988) verificaram que a interação com filhos e netos não tem necessariamente efeitos positivos na redução da solidão e no aumento do bem-estar entre idosos. Os idosos podem desejar ter contactos com a família, mas têm preferência por amigos e vizinhos que se tornam seus parceiros; podem desejar ter a disponibilidade da família e de parceiros, mas não necessariamente o contacto real.

O estudo de levantamento nacional mais amplo já conduzido sobre solidão foi relatado por Harris e colaboradores (1974 e 1981), in Mullins, Johnson, & Anderson (1989) nos Estados Unidos, abrangendo indivíduos entre 18 a 89 anos de idade. As questões estudadas foram duas: em que medida a solidão é avaliada como um problema sério e em que medida os participantes já haviam experimentado solidão severa. Os resultados mostraram

que 61% dos sujeitos entre 18 e 64 anos avaliavam solidão como um problema muito sério para pessoas de mais de 65 anos.

Nos dois levantamentos (1974 e 1981), a metade dos indivíduos de mais de 65 anos apontaram a solidão como um sério problema para os idosos de mais de 65 anos. No entanto, essas expectativas não se confirmaram nas experiências de solidão, uma vez que apenas 12% dos idosos que participaram do levantamento de 1974 e 13% dos que participaram em 1981 disseram que se sentiam muito solitários e que isso era um problema sério para eles. No entanto, a percentagem dos solitários aumentou com a idade: 10% entre os de 65 a 69; 13% entre os de 70 e 79 e 17% entre os de 80 a 89. Esses dados foram confirmados com uma amostra de pessoas de 75 a 105 anos de idade, entre os quais foi verificada uma crescente restrição nas relações sociais na medida em que os grupos eram mais velhos, com repercussões sobre o bem-estar subjectivo (Wagner, Schütze e Lang, 1998). Segundo Carstensen, Gross e Fung (1997), a restrição nas relações sociais na “meia-idade” e na velhice inicial (65-74 anos) também tem sido amplamente documentada em estudos longitudinais e de corte transversal. Segundo os mesmos autores, essa restrição parece ser selectiva, isto é, são mantidas as relações com pessoas muito próximas e reduzidas as relações sociais mais periféricas. Além disso, ocorre uma redução passiva devido à perda de entes queridos, à segregação social, a perdas financeiras e a deficits na saúde dos idosos.

1.17 A OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE

A vida está separada em períodos que se sucedem numa ordem precisa e, de certa forma, são quase que imutáveis. O prolongamento da escolaridade, fato comum em todas as sociedades actuais, permitiu ao homem o ingresso natural na vida de trabalho, sem interrupção do tempo dedicado à sua formação. Aos vinte e cinco anos, se é imperativo que tenham sido concluídos os estudos, da mesma forma, aos sessenta anos, é imprescindível que se assuma a aposentadoria e um comportamento de idoso. No período de vida compreendido entre essas duas idades, o tempo é consumido em função do trabalho e, nem sempre, favorece muitas oportunidades de tempo livre, que possa ser utilizado com absoluta despreocupação

com a posição funcional. A grande oportunidade desse tempo surge com a aposentadoria e, paralelamente, coloca-se a questão de como ocupar o tempo livre, definitivamente conquistado.

Segundo o sociólogo Joffre Dumazedier (in Salgado, 1998), com referência a essa questão, considera e diferencia a existência de três tempos: 1) Tempo de trabalho: dedicado ao exercício de uma ocupação profissional lucrativa. 2) Tempo liberado: tempo que não é totalmente livre, em virtude de ser utilizado em relação a compromissos do tempo de trabalho ou a outros, por exemplo: as acções de preparar-se ou locomover-se para o trabalho, as atenções à família ou a compromissos sociais. 3) Tempo livre: este se refere ao que possibilita a real prática do lazer. Este tempo seria exactamente o tempo que resta para ser utilizado em razão de quaisquer interesses, menos daqueles ao qual o indivíduo, por sua função social, tem a obrigatoriedade de atender. No tempo livre pode situar-se o tempo de lazer, desde que as actividades assumidas sejam orientadas por uma escolha pessoal. Este tempo livre pode ser utilizado e/ou preenchido ainda com visitas, óperas, danças, jogos, recreação, bingos beneficentes, premiações diversas, casamentos, aniversários, baptizados e tantas outras actividades.

1.18 REDES DE RELAÇÕES SOCIAIS NA VELHICE

Os indivíduos mais velhos tornam-se naturalmente depositários de memórias pessoais e colectivas e, portanto, ricos de um património que chamaríamos de experiência humana. Na experiência subjectiva, foco de interesse da Psicologia, o avançar da idade se oferece potencialmente também como uma fase de aprofundamento e grande trabalho: uma longa etapa de novas elaborações necessárias e, a partir destas, novas compreensões (Vieira, 2005). Recentes estudos evidenciam que para envelhecer com sucesso é muito importante o aspecto da integração social, pois preserva as funções cognitivas e permite uma melhor qualidade de vida. Frequentemente, com o progredir da idade, seja pelos eventos da vida (por exemplo, a morte dos pais ou do cônjuge), seja pelas mudanças psicossociais, os idosos se defrontam com a progressiva diminuição da própria rede social.

Uma vez que essa diminuição nem sempre é compensada com a criação de novas relações que substituam aquelas inevitavelmente perdidas, pode se manifestar em isolamento e sentimento de solidão, dois aspectos não necessariamente coincidentes. Alguns estudos têm abordado constantemente este tema quando se trata de qualidade de vida, saúde e mortalidade dos idosos (Capitanini, 2000; Geib, 2001; Grundy, 2001; Yeh, & Lo, 2004). Stek *et al.* (2005) encontraram, entre idosos acima de 85 anos, que a depressão esteve associada com a mortalidade, mas apenas quando o sentimento de solidão era presente. Segundo os resultados da análise empreendida pelos autores, a depressão aliada ao sentimento de solidão esteve mais associada à perda de motivação, levando a consequências adversas, tais como o isolamento social, o reduzido autocuidado, a perda de mobilidade, a dieta inadequada e a reduzida adesão ao uso de medicamentos prescritos. Ademais, Bergland & Wyller (2006), que se detiveram na análise de instrumento para avaliar a relação entre saúde e qualidade de vida em idosas com 75 anos e mais, destacaram que a solidão estaria fortemente associada à redução da qualidade de vida nesta população específica. É deficiente em algum aspecto importante, quer quantitativa quer qualitativamente. Em muitas sociedades, ser casado, ter amigos e conhecidos, manter relações com os parentes e companheiros de trabalho e com outros grupos aos quais se pertence são sinais de sucesso social. Isolamento é visto como sinónimo de insucesso. A vigência desses valores sociais acarreta dificuldades aos idosos, que muitas vezes se traduzem em discriminação e preconceito, com reflexos em seus padrões de relações sociais, sua auto-estima, sua integração social, e seu bem-estar objectivo e subjectivo. A Gerontologia clássica realça o isolamento sócio-emocional dos idosos, apontando-o, ora como causa, ora como efeito da segregação e do afastamento dos idosos.

A velhice foi tradicionalmente conceituada como um tempo de isolamento estrutural (Parsons, 1943), de perda de papéis (Rosow, 1974) e de escassez de relações sociais. Nessas concepções, os idosos são vistos como passivos, desamparados, dependentes da benevolência do ambiente social e limitados pelas circunstâncias sociais (Schütze, & Lang, 1996). De facto, uma das teorias mais influentes da Gerontologia é a do afastamento, segundo a qual, na velhice, ocorre um desengajamento recíproco entre o idoso e a sociedade, mecanismo esse responsável por manter o equilíbrio de poder e oportunidades entre as novas e as velhas gerações. A ideia é de que, gradualmente, os idosos reduzem o seu envolvimento social e os seus relacionamentos, e que este processo é intrínseco ao envelhecimento e independente da diminuição da saúde física. O próprio declínio físico e das capacidades acabam sendo gratificantes para o descompromisso com as solicitações externas (Cummings,

& Henry, 1961). O realce dado a essas condições pode contribuir ainda mais para as suas dificuldades de adaptação social e para a disseminação de uma imagem negativa sobre a velhice, com efeitos sobre os indivíduos e a colectividade.

A teoria da actividade defende ideia oposta, mas complementar à da teoria do afastamento: os idosos desejam contactos, porém, são impedidos pelas normas sociais e pelo declínio físico associado ao envelhecimento, para não serem estigmatizados pelo isolamento social e vitimados pelo ressentimento e a depressão dele decorrentes, os idosos devem ser capazes de lutar pela manutenção da própria actividade e do próprio envolvimento social, e, assim, do próprio bem-estar (Havighurst e Albrecht, 1953; Maddox, 1963). A teoria das trocas sociais sustenta que, na medida em que os idosos contribuem menos para as relações interpessoais, devido às limitações dos recursos pessoais na velhice e ao menor investimento das relações sociais que essa fase da vida comporta, essas relações perdem significado. Isto provoca o enfraquecimento dos laços e uma diminuição nas relações sociais (Bengston e Dowd, 1980 in Carstensen, 1993). Segundo estes autores, a diminuição do número e da amplitude das relações sociais na velhice é devida à limitação dos recursos físicos e sociais disponíveis e ao aumento da necessidade de assistência. Estas ocorrências dificultam a manutenção das relações em um nível igualitário e contribuem para a deterioração das relações sociais. Graças aos avanços da Gerontologia, nos estudos psicológicos e sociológicos que demonstram a importância do ambiente na determinação do comportamento e do desenvolvimento na velhice, vêm ocorrendo alterações nas concepções teóricas tradicionais sobre velhice como fase que só comporta perdas e afastamento. Adicionalmente, essas concepções têm sofrido a influência de mudanças sócio-demográficas e culturais, responsáveis pela emergência de novas dimensões para a convivência dos idosos na sociedade.

No campo teórico, as novas realidades científicas e sociais influenciaram o conceito de envelhecimento, que passou a comportar a noção de ganhos, selecção, optimização e compensação (Baltes, P.B 1987; Baltes, P.B. e Baltes, M. M. 1990; P. B. Baltes, 1998). Influenciaram também o conceito de relações sociais na velhice, que foi modificado por pontos de vista que repousam sobre a teoria de trocas (Homans, 1961; Blau, 1964), sobre a teoria de selectividade sócio-emocional (Carstensen, 1993 e 1995) e sobre o modelo comboio de relações sociais na velhice (Kahan, & Antonucci, 1980). Para Homans (1961) e Blau (1964) as relações sociais na velhice são constituídas e estabilizadas pela troca de bens materiais e imateriais, tal como acontece em qualquer outra idade. Papéis culturais,

tipos de relações, recursos pessoais e avaliações subjectivas determinam o grau de equidade e de satisfação percebida nas trocas sociais. Kahan e Antonucci (1980) usam o termo “comboio social”, inspirados no conceito desenvolvido pelo antropólogo Plath (1980). Segundo este autor, “comboio social” é o conglomerado de interações e relacionamentos aos qual a maioria dos indivíduos vive imersa ao longo de seu ciclo vital. Relacionamentos sociais significativos permitem o desenvolvimento da identidade, dão sentido às experiências do desenvolvimento e ajudam o indivíduo a interpretar suas expectativas e realizações na vida.

A teoria do apego (Bowlby, 1969) serve de suporte para o modelo de comboio social desenvolvido por Kahan e Antonucci (1980). Segundo essa teoria, cabe à família permitir ou não a formação de relações de apego a partir das relações prototípicas oferecidas pelas relações entre o bebê e a figura materna. Tais relações de apego são afectiva e cognitivamente importantes para o bebê por fornecerem a segurança que lhe permitirá explorar e conhecer o mundo. Este lhe parecerá menos desconhecido e ameaçador e mais instigante e aberto à exploração, quanto mais a figura materna lhe oferecer oportunidades para o desenvolvimento de um apego seguro. Com o decorrer do desenvolvimento, esta relação torna-se mais participativa e abre possibilidades da criança desenvolver apegos seguros com outras pessoas. Estudos longitudinais reforçam a ideia de que apegos seguros desenvolvidos na primeira infância têm efeitos de longo prazo sobre as relações sociais e apegos inseguros ou deficientes têm maior probabilidade de desenvolver problemas comportamentais na adolescência e na vida adulta.

Ao longo da vida, o indivíduo encontra várias motivações para desenvolver apegos que, na vida adulta, podem assumir vários formatos. Com parceiros conjugais, o adulto encontra satisfação de motivos sexuais, sociais e afectivos, entre os quais se ressalta a possibilidade de estabelecer relações de intimidade. Com amigos da mesma idade, quando se podem estabelecer relações baseadas na escolha mútua, as relações de apego dos adultos cumprem objectivos **cognitivos** (ao trocar informações sobre o mundo e sobre si próprios), **afectivos** (apoio recíproco, aceitação, confirmação do valor, intimidade) e **sociais** (afirmação social, prestígio social). A interação de eventos do contexto e das características pessoais desempenha papel crítico na compreensão da adaptação social dos mais velhos (Lawton, 1989). Goldstein (1998) afirma que a manutenção de relações sociais com o cônjuge, familiares e, principalmente, com amigos da mesma geração, favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos.

CAPÍTULO 2 – A PESQUISA

“A velhice é um estado de repouso e de liberdade no que respeita aos sentidos. Quando a violência das paixões se relaxa e o seu ardor arrefece, ficamos libertos de uma multidão de furiosos tiranos”.

(Platão)

O presente estudo, com o objectivo de “Estudar a relação entre a solidão e o BES numa amostra de pessoas idosas”, se coloca no âmbito de analisar a relação existente entre o sentimento de solidão e o bem-estar subjectivo de uma faixa da população mais frágil e por isso mais digna da atenção e adequado sustento: os idosos. Portadores de valores e experiências acumuladas os idosos são um recurso precioso para a nossa sociedade, entretanto aparecem frequentemente envolvidos em processos de exclusão social, ligados quer à perda de determinadas capacidades físicas que os acompanha ao ingresso e ao avançar na idade idosa, quer ao progressivo restringir das relações sociais em que a pessoa é colocada desde o nascimento. Ao mesmo tempo na sociedade italiana o idoso aparece fortemente integrado, mais que outrora, no contexto familiar, num papel activo que lhe permite uma boa satisfação de vida em uma idade em que a saúde e os problemas económicos ameaçam reduzir a sua percepção de bem-estar. A percepção do bem-estar subjectivo dos idosos é o foco da presente pesquisa: trata-se de uma reflexão sobre como esta faixa da população se considera a si mesma, as próprias dificuldades e as próprias oportunidades. Num estudo analítico e exploratório, buscamos identificar as dimensões do sentimento de solidão que actuam como preditores das dimensões do bem-estar subjectivo. Pretende-se desenvolver este inquérito abrangendo indivíduos idosos, auto-suficientes, não institucionalizados, que vivem na Província de Ravenna (Itália), com idade compreendida entre os 65-84 anos.

2.1 A FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES E OPERACIONALIZAÇÃO DE CONCEITOS

A hipótese é uma proposição provisória, que prevê uma relação entre dois constructos, expressos sob uma forma observável, tendo em vista a sua ulterior verificação empírica. No campo sociológico, é através da definição de conceitos e dos seus indicadores, a partir da matriz teórica, que a hipótese se torna operacionalizável, constatando-se frequentemente a construção de um corpo de hipóteses (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 139).

Um objectivo define-se como um enunciado claro e explícito dos resultados que se espera alcançar em uma determinada acção. Tal como foi referido, os objectivos específicos são aqueles que devem ser definidos em termos operacionais, de forma a tornar possível a sua avaliação. Diz-se que um objectivo é operacional, quando indica claramente e em termos de comportamento directamente observável ou mensurável, em que condições será feito e em quais critérios será avaliado. Sendo o nosso objectivo de pesquisa “Estudar a relação entre a solidão e o bem-estar subjectivo (BES) numa amostra de pessoas idosas” da Província de Ravenna, Itália, elaboramos um quadro de hipóteses, articulados entre si e integradas logicamente na problemática em análise, a fim de lhe dar resposta. Para que tal fosse possível, criou-se um conjunto de indicadores que foram sujeitos a uma análise empírica. Para a consecução deste objectivo parte-se do pressuposto de que: 1) A solidão é uma condição permanente de sofrimento emocional que implica a percepção de uma falta de relações sociais. Isso geralmente ocorre entre os idosos (Rook, 1984, Miceli, 1981, 2003, Peplau & Perlman, 1982; Cacioppo *et al.* 2003). 2) Não existe uma associação negativa necessária entre viver só e isolamento social, nem entre viver só e solidão; 3) O isolamento social e a solidão estão relacionados com o bem-estar psicológico; 4) A rede de relações sociais é elemento moderador das experiências de isolamento e solidão e do bem-estar subjectivo dos indivíduos idosos; 5) Factores ligados à história de vida, aos valores e à personalidade moderam o sentimento de solidão e o bem-estar subjectivo dos indivíduos idosos. É sobre esta base de consideração que interrogamos os sujeitos com o objectivo de clarear alguns aspectos da qualidade de vida dos idosos. As questões de pesquisa a que se pretende responder são: 1) Qual a avaliação que mulheres e homens idosos fazem em termos

de sentimentos de isolamento e de solidão? 2) Como se caracteriza a rede de relações sociais de mulheres e homens idosos, avaliada em termos de quantidade, qualidade e natureza dos relacionamentos e que relação tem com os sentimento de isolamento e de solidão e com o bem-estar subjectivo? 3) Qual a avaliação de homens idosos sobre o bem-estar subjectivo?

Inicialmente realizou-se uma revisão bibliográfica, na qual se obteve informações e conhecimentos actualizados acerca dos temas que norteiam o envelhecimento humano, saúde e qualidade e vida, além disso, recorreu-se à Psicologia visando-se encontrar subsídios para a elaboração de um questionário. Partimos das concepções teóricas abordadas, de reflexões sociológicas e de dados de investigação empírica neste domínio que, em geral, apontam que as condições específicas da velhice que determinam perda de papéis e afastamento, limitações físicas, morte de pessoas da mesma idade e muitas vezes limitações financeiras, fazem com que o isolamento e a solidão tornem-se experiências sócio-emocionais na velhice, mais prováveis do que no curso normal da vida adulta.

2.2 A JUSTIFICATIVA / INTERESSE PELO TEMA

O interesse pelo tema surgiu da preocupação desta pesquisadora com a população idosa na sociedade contemporânea, pelo facto de ser muitas vezes negligenciada ou esquecida. Entretanto, o presente estudo surgiu a partir das reflexões do Curso de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra, Portugal, que a pesquisadora participou no período setembro de 2008 a julho de 2009 e, incentivada, particularmente, pela excelente actuação da Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima, ora, dedicada orientadora deste estudo. Durante o ano de 2009 foi elaborado este projecto e pesquisada a maior parte da bibliografia.

As pessoas desejam viver cada vez mais, desde que essa longevidade lhes proporcione uma vida com boa qualidade. É fundamental reflectir sobre o destino que caberá a essa maior sobrevida: uma etapa agradável, plena de sentido e significado, com saúde, ou então, sofrimentos, incapacidades e dependências? Será possível uma intervenção nessa fase

da vida de maneira a facilitar seu bom aproveitamento? O envelhecimento é uma experiência heterogênea, portanto, há necessidade de instrumentos multidimensionais, sensíveis à grande variabilidade dessa população, para considerar as especificidades dessa faixa etária. A população idosa já é numericamente expressiva e está gradualmente ganhando visibilidade, devido ao seu aumento quantitativo, portanto, é necessário chamar a atenção tanto do governo como da população em geral para as necessidades dos indivíduos dessa faixa etária.

Com este estudo pretende-se traçar um panorama para diante dos resultados obtidos, buscar compreender melhor essa população de indivíduos idosos, gerar mais conhecimento sobre o tema, visando contribuir para que uma abordagem mais justa aconteça, proporcionais à importância do idoso actualmente.

2.3 PERÍODO E LOCAL DAS ENTREVISTAS

As entrevistas ocorreram entre os meses de fevereiro e abril de 2010, na Província de Ravenna, Região de Emilia Romagna, Itália.

2.4 A POPULAÇÃO IDOSA DA PROVÍNCIA DE RAVENNA

Conforme dados obtidos, são 90.825 os idosos que vivem em Ravenna e correspondem a 24,3% da população total e esse número aumenta cada vez mais: indivíduos com mais de 64 anos, de facto, aumentaram 10% nos últimos sete anos. Os muito idosos representam um grupo muito numeroso: a cada 100 pessoas: 12 superaram os 74 anos entre as quais 7 têm mais de 80 anos. Dentre esses indivíduos, 57% do total são, sobretudo, mulheres, entre as quais 68,7 % têm acima dos 84 anos, muitas delas, presumivelmente viúvas, vivem sós: uma em cada 10 famílias de Ravenna é composta de apenas uma mulher com mais de 74

anos e que vive sozinha (10.684 no total). Estes dados fazem de Ravenna, depois de Ferrara, a Província com mais idosos da Região de Emilia Romagna. Os municípios da Província de Ravenna com mais idosos são Alfonsine, Bagnacavallo, Lugo, Brisighella e Russi. Já, os municípios de Castel Bolognese, Cervia, Riolo Terme e Sant' Agata têm menos idosos. Em relação a 100 jovens com idade abaixo de 15 anos, o número de idosos está em constante queda. Nos últimos anos, o índice dos indivíduos idosos passou de 225 de 2001 para 202 em 2007, tanto que se fala de um rejuvenescimento da população e de uma “nova primavera demográfica”. Ravenna é realmente a província que apresenta um aumento mais significativo dos jovens de 0-14 anos. Em Ravenna, a solidão anagráfica não coincide necessariamente com uma condição de solidão real, seja porque muito frequentemente quem vive só habita muito próximo dos próprios familiares (80% dos entrevistados no mesmo edifício, mesmo município ou a menos de 5 km), seja porque mantém com estes e com outras pessoas estreitas relações sociais (83% encontram diariamente ou semanalmente os familiares; 56% encontram quotidianamente os vizinhos, considerados em muitos casos amigos ou pessoas com quem conversam e trocam pequenas cortesias).

A integração social é uma característica dos muito idosos da Região da Emilia Romagna. Os homens são mais integrados que as mulheres. Apenas 2 % dos idosos são considerados socialmente isolados. É verdade que o idoso que vive só na Província de Ravenna é mais autónomo e mais socialmente integrado e por isso permite-se viver só, como também aparece fortemente integrado, mais que outrora, no contexto familiar, num papel activo que lhe permite uma boa satisfação de vida numa idade em que a saúde e os problemas económicos ameaçam reduzir a sua percepção de bem-estar.

2.5 A HISTÓRIA DE RAVENNA

As origens de Ravenna são muito incertas. Segundo Estrabão, a cidade foi fundada por pessoas da Tessália, o certo é que, no primeiro milénio a.C., a área pertencia aos etruscos. Ravenna tornou-se importante na época romana e sua história é basicamente a história de uma relação com o mar. A fortuna da cidade se identifica com a história do porto

romano de Augusto, o porto ancorava uma frota de 250 navios e, assim, assegurava a protecção do mar Adriático e dos mares vizinhos. Não restaram, infelizmente, vestígios de construções típicas da Ravenna Romana (templo de Apolo, anfiteatro, Capitólio). Depois de tornar-se a capital do século quinto do Império Romano do Ocidente, na sequência de uma decisão por Honório, a cidade passou a Valentiniano III, mas dada a sua tenra idade, governa sob a tutela de sua mãe Placídia Galla, filha de Teodósio. Ravenna assumiu a aparência de uma cidade real e construíram a Basílica Ursiana e também o Batistério Neoniano, o chamado Mausoléu de Galla Placidia. Entre 493 e 526 Teodorico estabelece a sua corte em Ravenna. Sob o reinado de Teodorico são promovidos e levantados monumentos famosos, em especial a Basílica com seu pórtico de mármore e campanário cilíndrico do século IX-X, onde sobrevivem magníficos mosaicos, o Batistério Ariani, uma planta octogonal, na actual Praça Santo Apolinário Novo e o Mausoléu de Teodorico, sobre dois pisos decagonais. Mesmo durante o governo de Belisário e Narsete (século VI), a cidade é próspera. Levanta-se, neste período, a bela igreja de San Vitale, um dos monumentos mais importantes da arte cristã primitiva e mais importante da Itália. A arte bizantina em Ravena atingiu o máximo do seu esplendor, cuja característica fundamental desta arte é a representação simbólica da figura religiosa, humana e divina. Enquanto no Ocidente, Cristo é representado com imagens próximas da realidade quotidiana (roupas simples e naturalidade nos gestos), no Oriente é representado como um rei, figura solene e fixa, realidade eterna e imutável. A rigidez dos gestos e a fixidez do olhar caracterizam a imagem do Cristo frontal bizantino. A Itália entrou em contacto com a cultura bizantina e em meados do século VI, Ravenna tornou-se sede de governo de Constantinopla. É também do século VI a Basílica de São Apolinário em Classe, um dos edifícios mais bem conservados em Ravenna, dentro estão mosaicos de vários períodos. Ao sul da Basílica encontra-se uma parte do Parque Regional do Delta do Pó, o “pinhal de classe”, uma grande floresta de pinheiros seculares. No período subsequente, lombardos e francos pilharam e saquearam a cidade completamente. À época de Ottoni começou a senhoria dos arcebispos, grandes proprietários de terras da cidade que até então tinham proclamado a sua independência de Roma. Durante esse período o poder público municipal passou para as mãos de famílias de Ravenna, que contestaram o governo da cidade. Próximo à Igreja de São Francisco, ainda se pode ver o túmulo de Dante Alighieri, pequeno templo neoclássico que abriga os ossos do poeta. Ravenna, perto do final do século XV, sofreu a influência de Veneza: quintas e casas testemunharam o gosto e o estilo de veneziano. Em 1441 os venezianos tomaram posse da cidade. Os venezianos que governaram Ravenna

até 17 de Maio de 1509, renderam a Giulio II uma cidade renovada e reconhecida da capital de Emília e do Esarcato. O período seguinte ao domínio veneziano começou com a Batalha de Ravenna (1512) travada entre a Santa Liga e composta pelos exércitos combinados de Giulio II e Fernando de Espanha, as tropas francesas de Luís XII e Alfonso d'Este, que será chefiado por Gaston de Foix. Ravenna há muito tempo perdeu o seu prestígio marino e vive sob a constante ameaça dos rios Ronco e Montone, que já causou uma terrível inundação em Maio de 1636 com a água atingindo o segundo andar das casas. O século XVII foi caracterizado pelos projectos para salvar a cidade da água. A partir deste período começou a construção de um canal interno e do desvio "famoso" dos rios Ronco e Montone, no início do século XVIII. Em Junho de 1796, Ravenna foi conquistada pelas tropas de Napoleão e na sequência do Tratado de Tolentino, passou sob o domínio francês. Após o Congresso de Viena em 1815, Ravenna foi devolvida ao Estado Papal. A cidade viveu o Rissurgimento comandado pelo Cardeal Agostino Rivarola, enviado em Romagna para controlar e reprimir as atividades de Carbonari que estava em recuperação, especialmente através das ações de George Byron: estes sempre se declararam amigos dos patriotas de Ravenna. Ao longo dos anos do Rissurgimento a cidade organiza a famosa "trafila" (1849) com o qual consegue salvar Garibaldi, caçado pelos austríacos, após a queda da República Romana. Em 1859, Ravenna esteve entre as primeiras cidades a libertar-se do governo papal e a aderir a unificação nacional. A história recente da cidade é identificada com a recuperação e o surgimento de fortes movimentos cooperativos. Ravenna foi severamente danificada durante as duas guerras mundiais, porém, após a Segunda Guerra Mundial houve um rápido crescimento industrial e turístico na cidade e especialmente através da revitalização do porto, que agora é um dos maiores do Adriático.

3. METODOLOGIA

“A idade não é decisiva; o que é decisivo é a inflexibilidade em ver as realidades da vida, e a capacidade de enfrentar essas realidades e corresponder a elas interiormente”.

(Max Weber)

3.1. CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS

Conhecer a realidade das pessoas idosas é inevitável para quem quer investigar a sociedade italiana, suas transformações, suas perspectivas e a crescente necessidade de um país como a Itália, onde o número de pessoas com mais de 65 está constantemente a crescer. Conhecer essa realidade é, sem dúvida, um apoio útil e valioso para a acção, como também, obter informações, notícias e estudos sobre a vida das pessoas idosas para melhorar suas condições de vida. É com base nestas considerações e com o objectivo de lançar luz e explorar os diferentes aspectos que condicionam a vida de idosos que conduzimos uma pesquisa qualitativa, cuja população alvo foi composta por 42 indivíduos, de 65 a 84 anos, com a média de idade de 68,95 anos, de ambos os sexos e auto-suficientes, que já deixaram o mundo do trabalho. A cidade escolhida para representar essa realidade foi Ravenna. Na definição de uma amostra foi considerado o centro urbano com diferentes níveis de qualidade de vida de acordo com indicadores objectivos, buscando uma diversidade que poderia emergir dos componentes deste segmento populacional. Assim, foram entrevistados, intencionalmente, idosos sem uma pré-selecção por características individuais, como renda, estado civil, sexo ou idade. Tais procedimentos garantiram que os diversos aglomerados

espaciais fossem contemplados e que houvesse representação dos diversos segmentos socioeconómicos que compunham a população idosa da Província. A maioria dos entrevistados é residente em domicílios compostos por núcleos familiares, com a experiência, percurso de vida e características que pretendo estudar. No que se refere à solidão, com o objectivo de dar ao interlocutor a hipótese de elaborar a sua própria percepção, foram incluídas no roteiro perguntas sobre o tema: Com quem vive? Qual é o período que passa com pessoas que vivem com o (a) senhor (a)?

A princípio, houve relativa dificuldade no processo de captação desses sujeitos, porém, após alguns contactos informais, a captação ocorreu através de outras indicações dos próprios sujeitos. A maioria das entrevistas foi realizada entre docentes e funcionários de uma instituição de Ravenna, com o grande empenho do Presidente e da Vice-Presidente na função de intermediar o contacto.

A colecta de dados foi realizada nos meses de Fevereiro a Abril de 2010, administrada pessoalmente pela pesquisadora, através de um questionário estruturado a uma amostra aleatória e representativa de 42 idosos, estratificada por sexo e tendo por área de residência a Província de Ravenna. Fizeram parte do estudo 14 homens (33,33%) e 28 mulheres (66,66%). A maior parte dos entrevistados, 28 mulheres (66,66%) e 8 homens (19,04%) tinham idade entre 65-74 anos e outros 6 homens (14,28%) tinham idade entre 75-84 anos. Dos entrevistados 4 mulheres (9,52%) e 2 homens (4,76%) eram viúvos, 4 mulheres eram solteiras (9,52%), 4 dentre todos os entrevistados, 2 mulheres e 2 homens eram separados ou divorciados (9,52%). A maior parte dos entrevistados tinha rendimento proveniente de aposentadoria ou pensão e aqueles que acumulavam esses benefícios, em geral, possuíam maior renda. Em relação ao grau de instrução, entre os entrevistados, 2 mulheres (4,76%) e 6 homens (14,28%) completaram o nível elementar, 8 mulheres (19,04%) completaram a escola média. No outro extremo do nível educacional encontravam-se 18 mulheres (42,85%) e 8 homens (19,04%) entrevistados que tinham 12 anos ou mais de estudo.

3.2 INSTRUMENTOS

Procedemos a entrevista com a finalidade de colher dados sobre a necessidade do tipo de trabalho e aplicamos o questionário com o objectivo de diagnosticar, ou seja, sondar alguns aspectos da relação do idoso com o assunto “Solidão”, além de verificar as facilidades e dificuldades comuns dos indivíduos idosos para lidar com esse tema. Apoiamo-nos na abordagem qualitativa, com enfoque no fenómeno do BES, visto que tal abordagem atendia o objecto proposto. Optamos por trabalhar sob este enfoque, objectivando "Estudar a relação entre a solidão e o BES numa amostra de pessoas idosas" e buscar qual é a influência do sentimento de solidão para esses sujeitos. Procuramos analisar as hipóteses formuladas através da sistematização decorrente dos instrumentos que têm por objectivo avaliar as medidas da relação entre a solidão e o bem-estar subjectivo (BES) numa amostra de pessoas idosas. Tratando-se de estudo de corte transversal, incluímos a aplicação de um questionário psicossocial elaborado para o estudo, baseado em instrumentos previamente construídos e validados para a população italiana (Laicardi, 1987, p. 161-175).

Inicialmente foi administrado o questionário de entrevista que teve como subjacente um roteiro de tópicos relativos ao assunto a abordar, em que o entrevistado teve liberdade para desenvolver, um roteiro sociodemográfico estruturado referente às variáveis como sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, situação de empregabilidade, renda familiar, condição e percepção do estado actual de saúde. A cada um dos sujeitos foi solicitado responder o questionário, ora disponível no Anexo A, que está dividido em seis secções: 1) A primeira dedicada a informações demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil); 2) A segunda dedicada à habitação (casa própria, alugada, de propriedade de filhos, parentes ou outros); 3) A terceira refere-se à reforma e trabalho (tipo de pensionamento, se é suficiente ou não para manter-se, qual trabalho realizava antes da reforma e qual o grau de satisfação do trabalho); 4) A quarta secção é dedicada ao tempo livre, interacção familiar e extra-familiar (a coabitação com o cônjuge, filhos ou outros membros da família, redes sociais, apoio formal e informal na função de beneficiário de um auxílio; ocorrência de perdas de familiares; utilização do tempo de lazer e participação em actividades culturais); 5) A quinta parte inclui a avaliação dos idosos a respeito do seu próprio bem-estar (avaliação médica e avaliação pessoal da qualidade vida como um todo); 6) A sexta e última parte inclui a avaliação dos

idosos sobre transportes e serviços públicos (qualidade dos serviços sanitários e meios de transportes).

A seguir, foram administrados também os seguintes instrumentos de auto-avaliação:

A) Escala de Afecto Positivo e de Afecto Negativo – PANAS, um instrumento que tem sido adoptado para a avaliação da componente afectiva do bem-estar subjectivo. Foi desenvolvida e validada por Watson, Clark e Tellegen (1988) e surgiu como resultado de diversas investigações que se preocupam com a natureza e a identificação das dimensões do afecto e com o esclarecimento sobre a natureza do mesmo. É uma escala que mede duas dimensões da estrutura afectiva separadas e independentes, ou seja, o afecto positivo, definido como o grau em que uma pessoa se sente constituída por 20 adjectivos, 10 para descrever e medir os estados afectivos positivos (interessado, empolgado, forte, entusiasmado, orgulhoso, alerta, inspirado, determinado, activo e atento) e 10 para os estados afectivos negativos (aflito, chateado, culpado, com medo, hostil, irritável, envergonhado nervoso, agitado e apavorado). O entrevistado lê cada palavra e regista suas respostas apropriadas ao lado delas, para indicar, em geral, como se sente a respeito dos afectos relacionados, ou seja, quais os afectos mais importantes e mais valorizados no momento da administração, usando a convenção de 1 a 5: (1) nada ou muito pouco; (2) um pouco; (3) mais ou menos; (4) muito; (5) demais. Estes objectivos foram posteriormente avaliados e categorizados de acordo com o seu conteúdo. Estudos realizados por Terraciano, Antonio; McCrae, Robert R.; Costa Jr., Paulo T. (...) evidenciam que a versão italiana da Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos (PANAS) é uma medida válida e confiável e de auto-relato. Em uma amostra italiana (N = 600), a Escala PANAS mostrou sólidas propriedades psicométricas e vários resultados americanos com a PANAS foram replicadas. A replicabilidade da estrutura factorial PANAS foi confirmada pelo elevado coeficiente de congruência entre as soluções varimax americanas e italianas. Este estudo fornece evidências de que uma versão italiana da Escala de Afecto Positivos e de Afecto Negativo (PANAS) é um instrumento que tem sido adoptado para a avaliação da componente afectiva do bem-estar subjectivo. Estas análises oferecem um forte apoio para a validade de constructo da Escala PANAS na Itália.

B) Escala revista de Solidão da UCLA - Revised UCLA Loneliness Scale (Russel; Peplau; Cutrona, 1980), é uma escala validada na América e traduzida na Itália, adaptada para a população italiana, é um instrumento para avaliar sensações subjectivas de solidão. Este instrumento foi submetido a controle de estrutura e fiabilidade. Trata-se de uma escala unidimensional do tipo Likert com 20 itens, metade dos quais formulados ao inverso, que

focalizam o sentimento de solidão em termos de sua frequência (nunca, raramente, às vezes, sempre). As respostas de cada item fazem-se numa escala modelo de Likert com 5 modalidades, desde nunca (1), até sempre (5). A escala manifesta boas qualidades psicométricas. São exemplos de itens desse instrumento: sentir-se sintonizado com as pessoas com quem se convive, sentir falta de companhia, sentir-se sozinho, sentir-se amigável e de fácil convivência, sentir que as relações com os outros são significativas, sentir timidez, e sentir-se compreendido.

C) Escala de Satisfação com a Vida – *Life with Satisfaction Scale – SWLS*, que avalia o nível geral de satisfação em relação às condições de vida, consta apenas de 5 itens, a responder em 7 modalidades, dando uma pontuação total entre 5 (baixa satisfação) e 35 (grande satisfação). Actualmente, SWLS é o instrumento de referência para a avaliação da satisfação com a vida dos indivíduos. As primeiras 5 perguntas que compõem o questionário fazem referência às características do indivíduo e permitem realizar diversas agregações dos dados recolhidos. O último ponto corresponde à Escala de Satisfação de Vida elaborada por Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen e Sharon Griffin, apresentada em 1985 em um artigo do *Journal of Personality Assessment*. O instrumento é utilizado na Itália cuja padronização para este país foi feita em 2005 por Di Fabio Ghizzani e muito recentemente, em Junho de 2009, outro relatório avaliou a qualidade de escalas em uma população universitária. Annamaria Di Fabio e Lara Busoni analisaram as propriedades psicométricas da versão em italiano de satisfação com a vida (SWLS) em estudantes universitários. Foram calculadas estatísticas descritivas, dimensionalidades, atendibilidade, fiabilidade e validade concorrente. A escala possui uma boa consistência interna e uma boa validade concorrente. A análise factorial confirmativa apoiou a estrutura original unidimensional. O instrumento parece possuir características desejáveis para uma medida precisa da satisfação com a vida também no contexto italiano. No original, apesar de ser composta por apenas 5 alternativas de resposta: discordo muito (1), discordo um pouco (2), não concordo nem discordo (3), concordo um pouco (4) e concordo muito (5), dando uma pontuação total entre 5 (baixa satisfação) e 25 (grande satisfação), apresenta índices de fidelidade e de validade muito aceitáveis (Pavot *et al.*, 1991; Diener *et al.*, 1985). Todo esse instrumental nos ajudou a complementar o conjunto de características desse idoso, enriquecendo ainda mais o estudo.

3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com as linhas de procedimentos previamente estabelecidas, o trabalho foi realizado nas seguintes etapas: definição do projecto, levantamento bibliográfico, criação de um instrumento específico para as entrevistas; trabalho de campo: realização de entrevistas semi-estruturadas em encontros únicos; transcrição integral do material registado; codificação dos tópicos da entrevista; análise de conteúdo das respostas; discussão e considerações finais. Para o tratamento dos dados pautamos nas linhas directrizes do *SPSS-Statistical Package for the Social Sciences* e procedemos a construção de indicadores que permitissem a codificação do material. O conjunto de indicadores permitiu definir os requisitos para a classificação dos sujeitos da amostra em níveis de bem-estar subjectivo, cuja caracterização será exposta detalhadamente na sessão de Análise de Dados.

Primeiramente foi realizada uma revisão bibliográfica, na qual se obteve informações e conhecimentos actualizados acerca das causas e consequências do envelhecimento humano, saúde, qualidade de vida e solidão, visando-se encontrar subsídios para a elaboração de um questionário. O instrumento utilizado foi um questionário de entrevista semi-estruturada (Anexo A) buscando, com base no roteiro das perguntas, identificar as significações do sentimento da solidão e seus possíveis efeitos biopsicossociais sobre o bem-estar subjectivo dos indivíduos idosos. A avaliação da solidão nesta pesquisa será feita em termos de isolamento social e emocional.

Bem-estar subjectivo diz respeito à concepção de felicidade ou satisfação na vida para essas pessoas. O problema foi abordado no contexto, através de recolha directa de dados, com a finalidade de se obter ampla compreensão para análise do tema. Dadas as características peculiares deste trabalho, optou-se pela administração do questionário face a face, numa entrevista em que a entrevistadora pergunta ao entrevistado perguntas oralmente, através da leitura do questionário e regista as suas respostas. É importante ressaltar e observar bem a determinada condição da entrevistadora em sempre manter a mesma atitude impessoal com os inquiridos e também abster-se de comentar as respostas. Este tipo de administração oferece vantagens óbvias: alta taxa de resposta, construções muito precisas e completas e, apoio na compilação permitindo que o entrevistado receba explicações e informações sobre peças de questionário considerado incerto. Não se tratando de um estudo em um *locus* institucional, ou

que previsse a utilização da observação participante, entendemos que a entrevista semi-estruturada seria a modalidade mais adequada para os fins desta pesquisa. Tipicamente, para investigar os conteúdos subjectivos e as representações de um grupo social ou da população, o método qualitativo é o que permite o aprofundamento necessário, embora certamente não sempre suficiente, para auxiliar na compreensão de uma dada realidade (Minayo, 2004; Turato, 2003).

Na literatura internacional a pesquisa qualitativa em Gerontologia tem conquistado um lugar próprio e respeitável. De fato, como ressaltado por Weiss (1994), a pesquisa qualitativa permite a interacção de perspectivas múltiplas, ou seja, um simples evento pode ser visto em sua totalidade, matizado por um conjunto diverso e complexo de condicionantes. Isto significa dizer que esse tipo de pesquisa permite uma avaliação de como os eventos são interpretados por uma população específica, e não apenas sua quantificação ou identificação, como ocorre no caso de respostas fechadas a perguntas específicas. Diante disso, este estudo caracterizou-se do tipo de abordagem qualitativa, objectivando "Estudar a relação entre a solidão e o BES numa amostra de pessoas idosas".

Definida a população-alvo, de posse do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), todos os sujeitos tiveram conhecimento do Consenso Informativo (Anexo C) com os objectivos, justificativa e os procedimentos da pesquisa. O referido termo apresentou, de forma clara e com linguagem acessível, a garantia do sigilo e a privacidade dos entrevistados. Todos aceitaram espontaneamente participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas individualmente, e abordaram vários aspectos relacionados à vida dos sujeitos idosos, permitindo que os itens Solidão e BES emergissem naturalmente durante diversos momentos e pudessem ser captados para a análise. Houve a realização das entrevistas e após executou-se a aplicação de questionário geral sobre aspectos biopsicossociais. O entrevistado tinha que avaliar o grau de importância de cada item por ele considerado relevante para a qualidade de vida do idoso (boa ou má). Em seguida, aos participantes foram administradas três escalas: PANAS, UCLA e SWLS. A realização total das entrevistas ocorreu em oito sessões, sendo distanciada uma da outra, aproximadamente por uma semana. Cada participante foi entrevistado uma única vez e a duração mínima de cada entrevista foi de 30 minutos e a máxima de 1 hora e 10 minutos.

Através do levantamento de dados relativos à situação actual dos idosos, partindo-se de um microcosmo, a Província de Ravenna, tem-se um panorama, com dados quantitativos e qualitativos, da situação actual dos idosos e das intervenções necessárias no sentido de sua melhoria de vida. Em razão do seu cunho eminentemente qualitativo, este estudo não

priorizou a utilização de informações provenientes de amostra estatisticamente representativa da população idosa. Contudo, houve a preocupação de incluir entrevistados de diferentes características sociodemográficas, buscando uma gama maior da diversidade que poderia emergir dos componentes deste segmento populacional. Assim, foram entrevistados, intencionalmente, idosos, sem uma pré-selecção por características individuais, como renda, estado civil, sexo ou idade. Tal procedimento garantiu que houvesse representação dos diversos segmentos socioeconómicos. Os dados mostrados no estudo foram analisados e interpretados qualitativamente, através de análise interpretativa, para isso, utilizamos à proposta de Minayo (1998), onde percorremos as fases de pré-análise, exploração do material e análise final dos dados. Desta forma, os resultados obtidos na entrevista foram sujeitos a uma análise descritiva e as respostas às questões formuladas no questionário foram submetidas a uma análise de conteúdo, numa técnica de investigação que visa a descrição objectiva e sistemática do conteúdo manifesto na comunicação.

4. RESULTADOS

“A velhice apenas priva os homens inteligentes das qualidades inúteis à sua sabedoria”.

(Joseph Joubert)

4.1 A ANÁLISE DE CONTEÚDO

A Análise de Conteúdo é um instrumento eficaz para o desenvolvimento desta investigação cujo objectivo é descobrir principalmente a abordagem sobre a temática do idoso. Recorreu-se aos referenciais teóricos para a obtenção das análises dos resultados. Neste estudo, buscou-se investigar eventos de vida em idosos com estilo de vida socialmente activo como relações familiares e de amizade, saúde e bem-estar percebido, capacidade funcional e suporte psicossocial. Tal conjunto de factores está relacionado a idosos que participam de grupos de convivência ou exercem alguma actividade fora do núcleo familiar. Foram investigadas as inter-relações do sentimento de solidão com o bem-estar subjectivo em idosos. Após a análise de dados, procedemos a verificação das hipóteses, tendo considerado que, se a maioria dos indicadores fosse tendencialmente positiva, então as nossas hipóteses seriam confirmadas. Adicionalmente, procurou-se também verificar, em amostras italianas, as características psicométricas das três Escalas: a) Escala de Afecto Positivo e de Afecto Negativo – PANAS, desenvolvida e validada por Watson, Clark e Tellegen (1988); b) Escala de Solidão da UCLA - *Revised UCLA Loneliness Scale* (Russel; Peplau; Cutrona, 1980); c) Escala de Satisfação com a Vida (*The Satisfaction with Life Scale* ou SWLS), elaborada por Diener e colaboradores em 1985.

4.2 A ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos resultados iniciou-se por uma análise descritiva em termos de frequências e medidas de tendência central, dispersão e distribuição das diversas variáveis em estudos relacionados com a habitação, pensões, satisfação com o trabalho, actividades de lazer e passatempo, satisfação com a vida, condições de saúde e satisfação com os serviços de saúde e transportes. Posteriormente será efectuada uma análise das medidas de tendência central, dispersão e distribuição das escalas em estudo com os instrumentos PANAS, UCLA e SWLS.

De forma a verificar os objectivos propostos para o estudo procedeu-se a análise correlacional com recurso ao teste de correlação r de Pearson ou de R de Spearman (consoante a normalidade da amostra analisada com o teste Shapiro Wilk) e a análise diferencial com recurso a testes paramétricos como t-teste e Anova para testes não paramétricos como o Mann-Whitney e o teste de Kruskal Wallis.

Deste modo, no que se refere à questão relacionada com a habitação podemos verificar que um número claramente superior ($\chi^2=34,381$, $p=0,000$) de idosos vivem em casa própria ($n=40$, 95,2%) e que um número também significativamente superior ($\chi^2=27,524$, $p=0,000$) refere que não mudaria de casa no momento ($n=38$, 90,5%), conforme podemos observar no Quadro 1.

Quadro 1. Frequências relativas às questões de Habitação.

Casa	N	%	χ^2	p
Própria	40	95,2%	34,381	0,000
Alugada	2	4,8		
Total	42	100,0		
Mudaria de casa	N	%	χ^2	p
Sim	4	9,5	27,524	0,000
Não	38	90,5		
Total	42	100,0		

Dos 42 idosos entrevistados, é de referir que um número significativamente superior ($\chi^2=34,381$, $p=0,000$) usufrui de pensão ($n=40$, 95,2%) sendo que um número também

claramente superior afirma ser suficiente a sua pensão para o dia-a-dia (n=32, 76,2%), conforme podemos verificar no quadro 2.

Quadro 2. Frequências relativas a aspectos relacionados com as pensões auferidas.

Pensão	N	%	X2	P
Sim	40	95,2		
Não	2	4,8	34,381	0,000
Total	42	100,0		
Pensão suficiente para viver	N	%	X2	P
Sim	32	76,2		
Não	6	14,3		
Não responde	4	9,5	17,789	0,000
Total	42	100,0		

No que se refere ao trabalho realizado antes da aposentação temos uma maioria claramente significativa (x2=trabalhava como empregado (n=24, 57,1%) (cf. Quadro 3).

Quadro 3. Frequências relativas ao trabalho antes de aposentação.

Trabalho antes da aposentação	n	%	X2	p
Agricultor	2	4,8		
Operário	2	4,8		
Artesão	2	4,8		
Empregado	24	57,1	46,000	0,000
Gestor (Público ou Privado)	10	23,8		
Não respondeu	2	4,8		
Total	42	100,0		

Em relação à satisfação com o seu trabalho, antes da aposentação, um número significativamente superior (x2=10,857, p=0,004) de idosos afirmou estar bastante satisfeito (n=20, 47,6%), tal como podemos observar no Quadro 4.

Quadro 4. Frequências relativas à satisfação com o trabalho, antes da aposentação.

Satisfação Trabalho	n	%	X ²	p
Suficientemente satisfeito	4	9,5	10,857	0,004
Bastante Satisfeito	20	47,6		
Muito Satisfeito	18	42,9		
Total	42	100,0		

No que se refere aos passatempos efectuados dentro de casa, recorreu-se ao teste da binominal¹ para ter uma noção do nº de respostas positivas e negativas relativas a cada um dos passatempos, tendo-se constatado, de acordo com o Quadro 5, que:

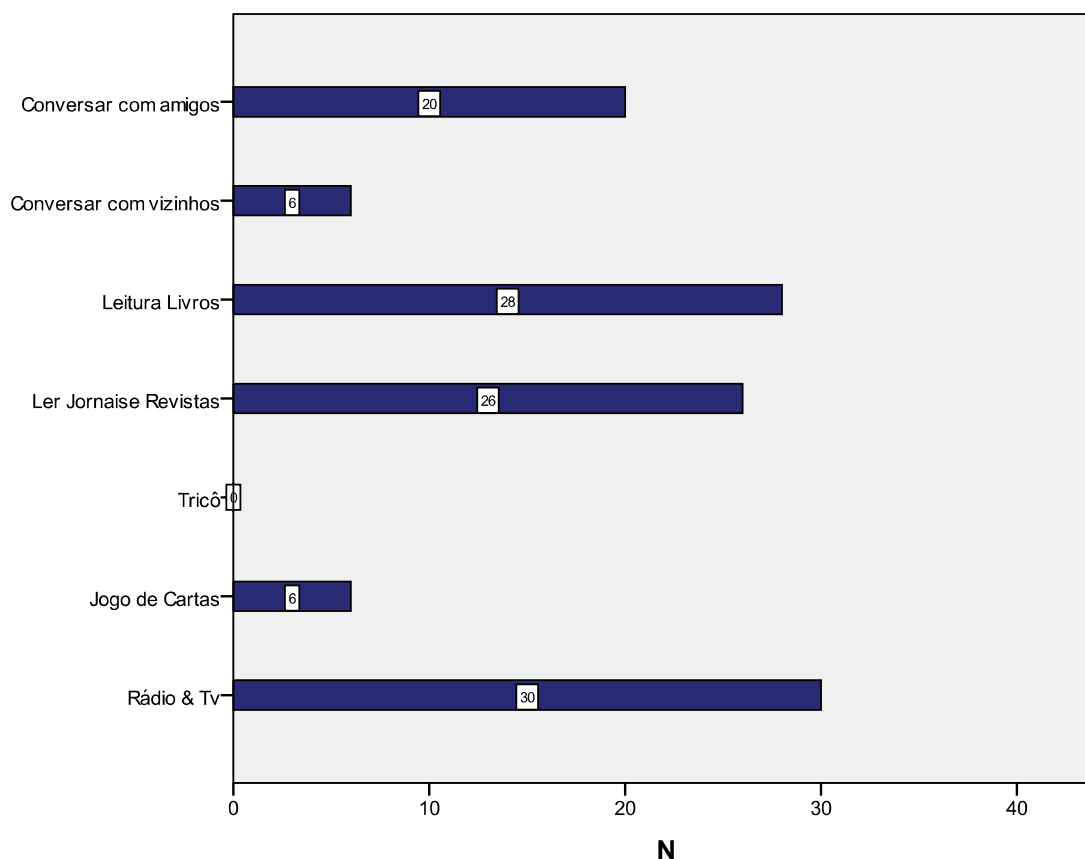
- Em relação ao rádio/tv um número significativamente superior ($p=0,008$) refere ouvir rádio ($n=30, 71,4\%$)
- Um número superior de idosos ($p=0,000$), não jogam cartas nos seus tempos livres ($n=36, 85,7\%$)
- Nenhum dos idosos afirma fazer tricô.
- Um número superior ainda que não significativo ($p=0,164$) afirma ler jornais e revistas ($n=26, p=0,164$).
- Uma maioria significativa ($p=0,044$) de idosos refere ocupar o seu tempo livre a ler livros ($n=28, 66,7\%$)
- A maior parte dos entrevistados ($p=0,000$) refere não ocupar o seu tempo livre em conversas com os vizinhos ($n=36, 85,7\%$).
- Uma proporção semelhante de idosos ($p=0,878$) refere passar o seu tempo a conversar com os amigos.

1

Quadro 5. Frequências relativas aos passatempos realizados dentro de casa.

Rádio & Tv	N	%	P
Não	12	28,6	0,008
Sim	30	71,4	
Total	42	100,0	
Jogo de Cartas	N	%	P
Não	36	85,7	0,000
Sim	6	14,3	
Total	42	100,0	
Tricô	N	%	P
Não	42	100,0	
Ler Jornais e Revistas	N	%	P
Não	16	38,1	0,164
Sim	26	61,9	
Total	42	100,0	
Leitura Livros	N	%	P
Não	14	33,3	0,044
Sim	28	66,7	
Total	42	100,0	
Conversar vizinhos	N	%	P
Não	36	85,7	0,000
Sim	6	14,3	
Total	42	100,0	
Conversar com amigos	N	%	P
Não	22	52,4	0,878
Sim	20	47,6	
Total	42	100,0	

De acordo com o gráfico 1 e os resultados obtidos no teste Q-Chocran ($Q=90,971$, $p=0,000$), é possível verificar que um número superior de idosos prefere ocupar o seu tempo livre em casa a ler livros ($n=28$, $66,7\%$), e também na leitura de jornais e revistas ($n=26$, $61,9\%$). Apenas 06 idosos referem despender o seu tempo a conversar com os vizinhos ou a jogar as cartas. Nenhum dos idosos refere fazer tricô no seu tempo livre em casa.

Gráfico 1: Ocupação do tempo livre em casa.

No que se refere aos passatempos efectuados fora de casa, recorreu-se ao teste da binominal² para ter uma noção do nº de respostas positivas e negativas relativas a cada um dos passatempos, tendo-se constado, de acordo com o quadro 6, que:

- Nenhum dos idosos pratica boxe nos seus tempos livres.
- Um número superior de idosos ($p=0,001$), não jogam cartas nos seus tempos livres ($n=32, 76,2\%$).
- Nenhum dos idosos afirma fazer beber com os amigos.
- Um número inferior ainda que não significativo ($p=0,164$) afirma ir ao cinema ($n=16, 38,1\%$).
- Um número significativamente inferior ($p=0,000$) de idosos refere ir ao teatro ($n=16, 38,1\%$).
- A maior parte dos idosos ($p=0,000$) refere fazer caminhadas ao ar livre ($n=34, 81,0\%$).

Quadro 6. Frequências relativas aos passatempos fora de casa.

Jogo cartas	N	%	P
Não	32	76,2	0,001
Sim	10	23,8	
Total	42	100,0	
Boxe	N	%	P
Não	42	100,0	0,000
Beber com amigos	N	%	P
Não	42	100,0	0,000
Cinema	N	%	P
Não	26	61,9	0,164
Sim	16	38,1	
Total	42	100,0	
Teatro	N	%	P
Não	26	61,9	0,000
Sim	16	38,1	
Total	42	100,0	
Caminhadas	n	%	P
Não	8	19,0	0,000
Sim	34	81,0	
Total	42	100,0	

De acordo com a Figura 1 e os resultados obtidos no teste Q-Chochran ($Q=81,622$, $p=0,000$) é possível verificar um maior nº de idosos que fazem caminhadas nos seus tempos livres.

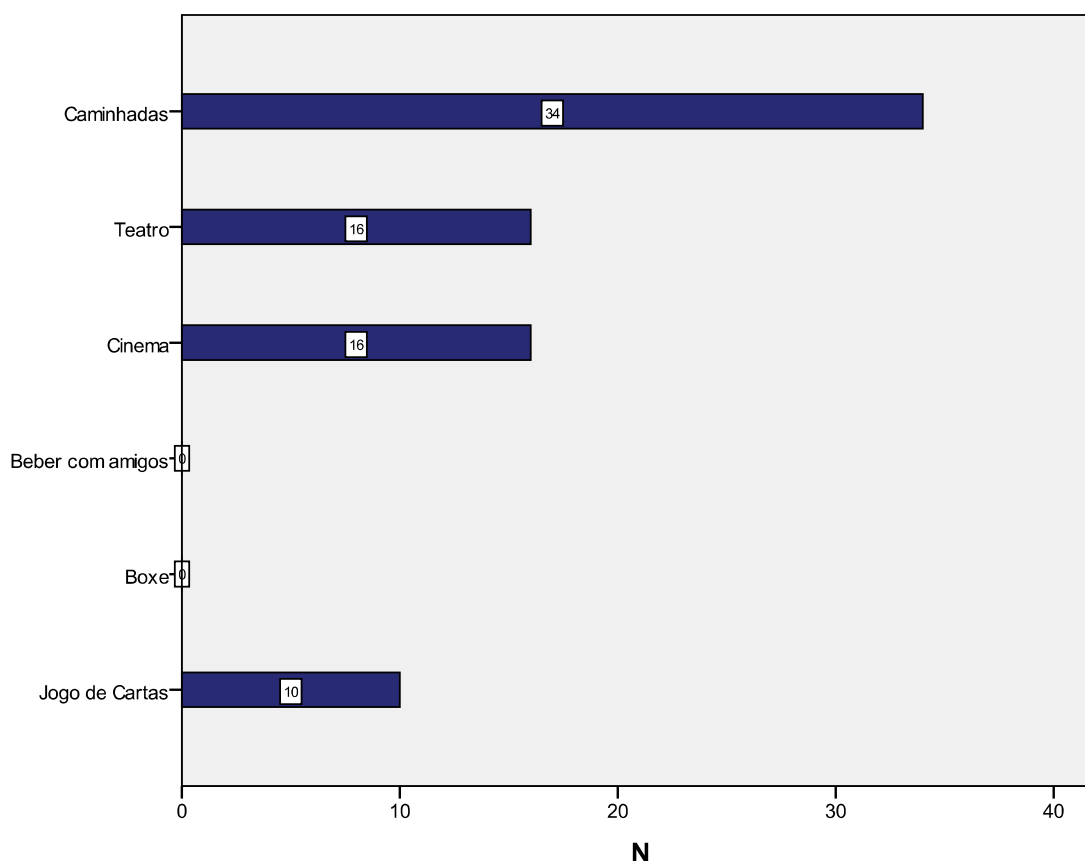


Figura 1. Passatempos desenvolvidos fora de casa.

Em relação ao período do dia que os idosos passam mais tempo com as pessoas que vivem junto deles é possível verificar de acordo com o quadro 7, que:

- Existe um número superior de idosos, embora não significativo ($p=0,441$) que estão com família na altura do café da manhã ($n=24$, 57,1%) em relação aos que não estão ($n=18$, 42,9%).
- A maioria dos idosos ($p=0,000$) afirma não estar com a família da parte da manhã ($n=32$, 80%). Apenas 8 (20%) referem estar com a família nesta altura
- Existe uma proporção significativamente superior ($p=0,044$) de idosos que referem estar com a família ao almoço ($n=28$, 66,7%).
- Existe um número significativamente inferior ($p=0,008$) de idosos ($n=12$, 28,6%) que refere estar com os seus familiares apenas da parte da tarde.
- Existe uma proporção semelhante de idosos ($p=0,441$) que encontram-se com os seus familiares em relação aos que não se encontram, ainda que os que se encontram se encontrem em maior número ($n=24$, 57,1%).
- O nº de idosos que referem estar com os seus familiares à noite encontram-se em

maior n° (n=22, 52,4%) que os que não se encontram (n=20, 47,6%), embora essa diferença não se apresente significativa (p=0,878).

Quadro 7. Frequências relativas ao período do dia em que os idosos se encontram com os seus familiares.

Café da Manhã	N	%	P
Não	18	42,9	0,441
Sim	24	57,1	
Total	42	100,0	
Manhã	N	%	P
Não	32	80,0	0,000
Sim	8	20,0	
Total	40	100,0	
Almoço	N	%	P
Não	14	33,3	0,044
Sim	28	66,7	
Total	42	100,0	
Tarde	N	%	P
Não	30	71,4	0,008
Sim	12	28,6	
Total	42	100,0	
Jantar	N	%	P
Não	18	42,9	0,441
Sim	24	57,1	
Total	42	100,0	
Noite	n	%	P
Não	20	47,6	0,878
Sim	22	52,4	
Total	42	100,0	

De acordo com a figura 2 e os resultados do teste Q-Cochran (Q=49,570, p=0,000) é possível verificar um número significativamente superior de idosos que se encontram com os seus familiares à hora do almoço.

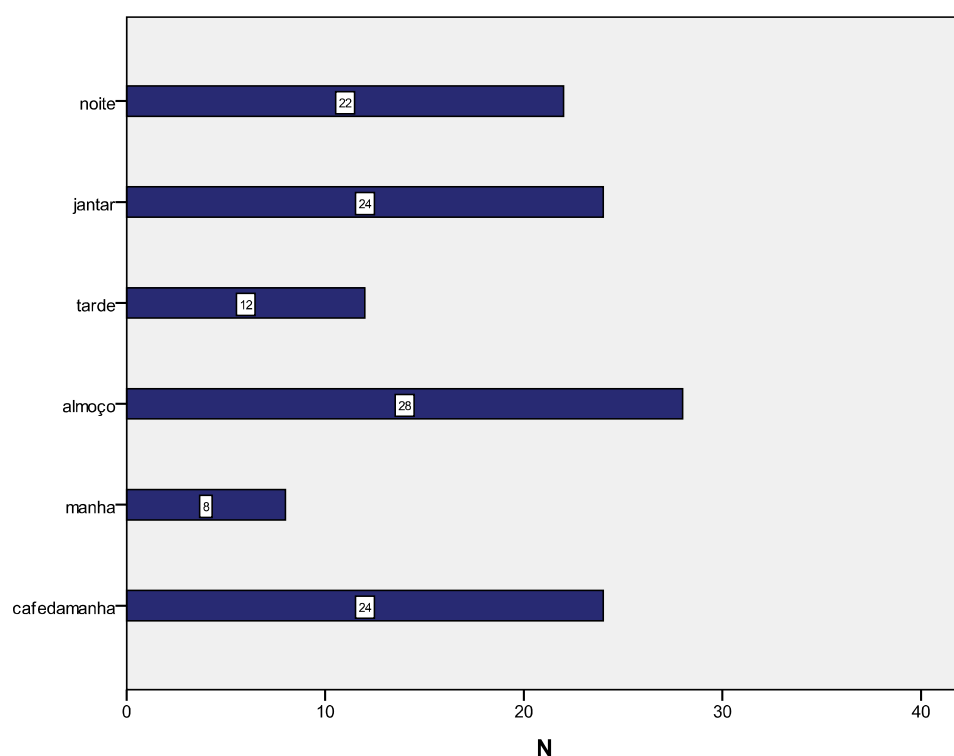


Figura 2. Encontro dos idosos com seus familiares

Em relação às outras pessoas que os entrevistados vêem mais frequentemente fora e dentro de casa, é possível verificar de acordo com o quadro 8, que:

- Existe um número significativamente inferior ($p=0,001$) de idosos que vê frequentemente pessoas fora e dentro de casa ($n=10, 23,8\%$) quando comparados aos que não vêem ($n=32, 76,2\%$).
- Um número superior de idosos afirma ver os amigos fora e dentro de casa ($n=24, 57,1\%$) em relação aos que não os vê ($n=42,9\%$), embora essa superioridade não se demonstre significativa ($p=0,441$).
- Um número significativamente inferior de idosos ($p=0,008$) não vê frequentemente pessoas conhecido ($n=30, 71,4\%$) quando comparados com o nº de idosos que encontram conhecidos ($n=12, 28,6\%$).
- Existe um maior nº de idosos que não encontram outros indivíduos que não vizinhos, amigos ou conhecidos ($n=30, 71,4\%$) sendo essa superioridade estatisticamente significativa ($p=0,008$).

Quadro 8. Frequências relativas aos indivíduos que os idosos encontram frequentemente em casa ou fora de casa.

Vizinhos	N	%	P
Não	32	76,2	
Sim	10	23,8	0,001
Total	42	100,0	
Amigos	N	%	P
Não	18	42,9	
Sim	24	57,1	0,441
Total	42	100,0	
Conhecidos	N	%	P
Não	30	71,4	
Sim	12	28,6	0,008
Total	42	100,0	
Outro	N	%	P
Não	30	71,4	
Sim	12	28,6	0,008
Total	42	100,0	

De acordo com a figura 3 e os resultados do teste Q-Cochran ($Q=10,314$, $p=0,015$) podemos então verificar que os idosos vêm frequentemente os amigos ($n=24$, $57,1\%$) se encontram em número significativamente superior em relação aos demais grupos de idosos.

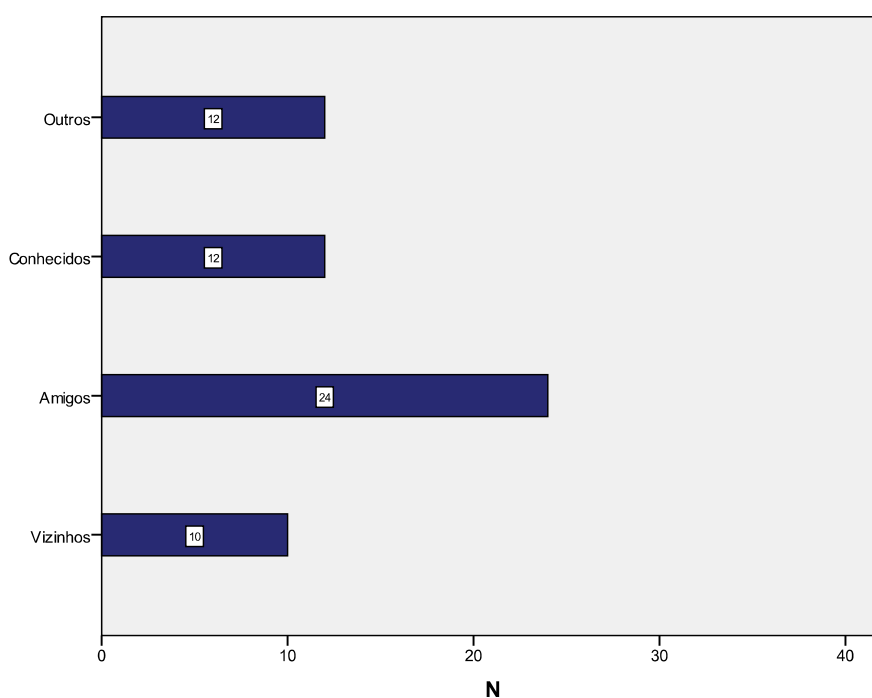


Figura 3. Pessoas que os idosos vêm fora de casa

No que se refere à religião é possível verificar que de acordo com o teste de aderência de Qui-Quadrado, as proporções de idosos que afirmam ser religiosos com os que não se afirmam religiosos se encontram homogeneamente distribuídas ($p=0,303$), sendo que neste caso embora o nº de idosos religiosos, seja significativamente superior ($n=20, 58,8\%$) aos que não são ($n=14, 41,2\%$) esta diferença não se apresenta estatisticamente significativa.

Em relação ao tipo de religião praticada, nota-se um número significativamente superior ($\chi^2=25,130, p=0,000$) de idosos católicos ($n=19, 82,6\%$).

Quanto ao grau de religião apresentado pelos idosos uma maioria significativa ($\chi^2=8,615, p=0,013$) refere ser mais ou menos religioso ($n=14, 53,8\%$).

Os resultados relativos a estes aspectos da religião, encontram-se adequadamente descritos no quadro 9.

Quadro 9. Frequências relativas a aspectos relacionados com a religião.

Religião	N	%	X2	p
Sim	20	58,8		
Não	14	41,2	1,059	0,303
Total	34	100,0		
Tipo Religião	N	%	X2	p
Católica	19	82,6		
Crete em Deus	2	8,7	25,130	0,000
Agnóstica	2	8,7		
Total	23	100,0		
Grau de Religião	N	%	X2	p
Pouco religioso	10	38,5		
Mais ou menos religioso	14	53,8	8,615	0,013
Muito religioso	2	7,7		
Total	26	100,0		

Analisando as variáveis relacionadas com a saúde dos idosos podemos verificar que um nº significativamente superior ($\chi^2=22,381, p=0,000$) refere ter tido pequenos distúrbios de saúde no ultimo ano ($n=20, 47,6\%$) e que um numero razoável de idosos refere considerar o seu nível de saúde bom no ultimo ano ($n=16, 38,1\%$). No que se respeita a opinião do médico em relação ao seu estado de saúde uma maioria significativa ($\chi^2=32,286, p=0,000$) refere que o médico considera a sua saúde bastante boa ($n=24, 57,1\%$).

Relativamente à satisfação dos idosos em relação aos cuidados de saúde que um número superior de idosos refere que os serviços de saúde satisfazem suficientemente as suas necessidades (n=18, 42,9%), embora essa superioridade não se revele significativa ($\chi^2=4,000$, $p=0,135$) em relação aos que afirma que estes serviços satisfazem bastante (n=16, 38,1%) e muito (n=8, 19%) as suas necessidades.

Quanto aos tipos de serviços hospitalares considerados desagradáveis as opiniões são exactamente iguais ($p=1,000$) que para os serviços ambulatoriais (n=2, 50%) que para os serviços médicos hospitalares (n=2, 50%).

Estes resultados encontram-se adequadamente descritos no Quadro 10.

Quadro 10. Frequências relativas aos aspectos relacionados com a satisfação dos serviços de saúde e hospitalares.

Nível de saúde no último ano	N	%	X ²	P
Não muito boa	4	9,5		
Com pequenos distúrbios	20	47,6	22,381	0,000
Boa	16	38,1		
Sempre boa	2	4,8		
Total	42	100,0		
Estado saúde pelo médico	N	%	X ²	P
Péssima	2	4,8		
Não muito boa	2	4,8	32,286	0,000
Suficientemente boa	14	33,3		
Bastante Boa	24	57,1		
Total	42	100,0		
Serviços saúde suficientes para necessidades	N	%	X ²	P
Suficiente	18	42,9	4,000	0,135
Bastante	16	38,1		
Muito	8	19,0		
Total	42	100,0		
Serviços de saúde desfavoráveis	n	%	X ²	P
Serviços ambulatoriais	2	50,0		
Serviços médicos hospitalares	2	50,0	0,000	1,000
Total	4	100,0		

No que concerne ao suporte prestado aos idosos estes referem, conforme o quadro 11, que:

- O número de idosos que recebe suporte dos cônjuges é superior (n=27, 64,3%) aos que não recebem (n=15, 35,7%), embora essa diferença não seja significativamente

estatística ($p=0,088$).

- Existe um número significativamente inferior ($p=0,000$) de idosos que recebem suporte dos filhos e parentes ($n=8$, 19%) em relação aos que não recebem ($n=34$, 81%).
- Nenhum idoso recebe suporte dos vizinhos
- Um número mínimo ($p=0,000$) recebe suporte de amigos e conhecidos ($n=2$, 4,8%)
- Nenhum idoso refere receber suporte de outros que não o cônjuge, os filhos e parentes, os vizinhos e os amigos e os conhecidos.

Quadro 11. Frequências relativas às figuras de suporte aos idosos.

Cônjuge	N	%	P
Não	15	35,7	0,088
Sim	27	64,3	
Total	42	100,0	
Filhos e Parentes	N	%	P
Não	34	81,0	0,000
Sim	8	19,0	
Total	42	100,0	
Vizinhos	N	%	P
Não	42	100,0	0,000
Total	42	100,0	
Amigos e conhecidos	N	%	P
Não	40	95,2	0,000
Sim	2	4,8	
Total	42	100,0	
Outros	N	%	P
Não	42	100,0	0,000
Total	42	100,0	

De acordo com os resultados obtidos no teste Q-Cochran ($Q=74,743$, $p=0,000$) uma clara maioria refere receber suporte dos cônjuges, conforme se pode observar na figura 4.

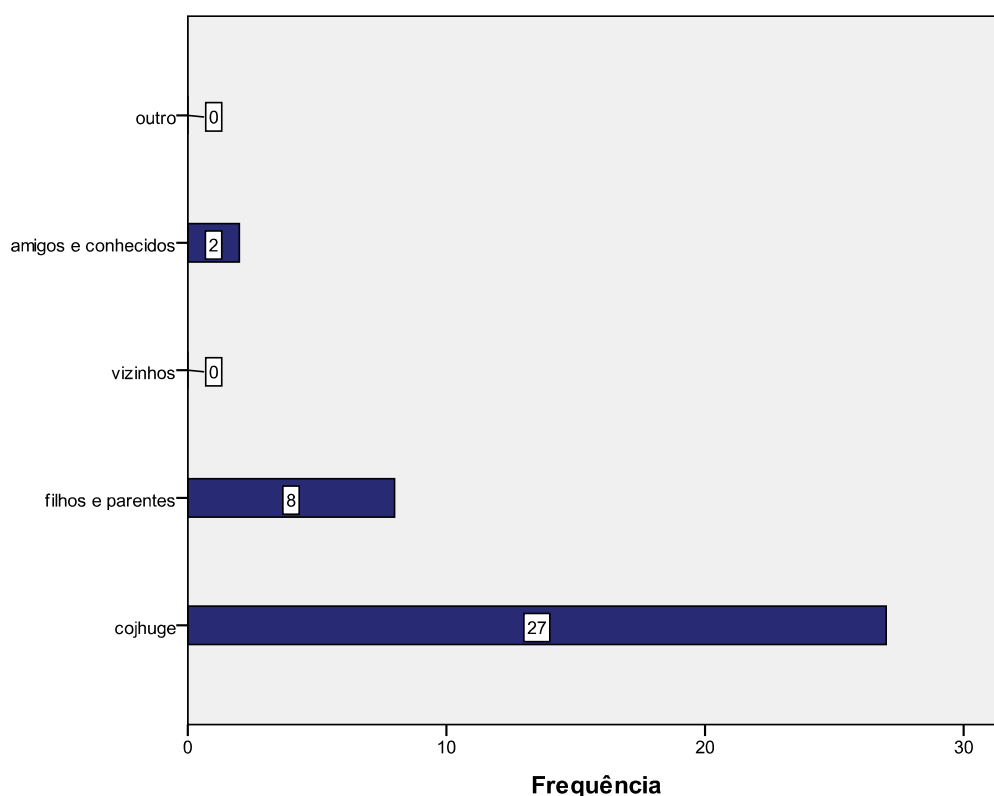


Figura 4. Frequências relativas a principais entidades de suporte a idosos

Uma maioria significativa de idosos ($\chi^2=17,714$, $p=0,000$) refere sentir-se bastante satisfeito com a vida ($n=26$, 61,9%), conforme podemos verificar no quadro 12.

Quadro 12. Frequências relativas à satisfação com a vida dos idosos

Satisfação com a vida	N	%	X ²	p
Suficientemente satisfeito	12	28,6		
Bastante satisfeito	26	61,9	17,714	0,000
Muito satisfeito	4	9,5		
Total	42	100,0		

Em relação à perda de algum familiar verifica-se o que a grande maioria dos 32 idosos respondeu (10 idosos não responderam a esta questão) ($p=0,007$) não perdeu um familiar há pouco tempo ($n=24$, 75,0%) sendo que apenas 8 (25,9%) idosos afirmam ter perdido algum familiar (cf. Quadro 13).

Quadro 13. Frequências relativas à perda de algum familiar.

Perda familiar	n	%	p
Sim	8	25,0	
Não	24	75,0	0,007
Total	32	100,0	

Por fim no que se refere aos transportes públicos e os seus inconvenientes podemos verificar de acordo com o Quadro 14, que:

- Nenhum idoso considera que os horários sejam inconvenientes.
- Uma maioria significativa ($p=0,000$) considera que os poucos horários não são uma desvantagem dos serviços de transportes públicos ($n=36$, 85,7%) sendo que apenas 6 idosos (14,3) consideram uma desvantagem.
- Uma minoria também significativa ($p=0,000$) considera que os veículos são desconfortáveis ($n=3$, 7,1%).

Quadro 14. Frequências relativas aos horários dos transportes e as suas desvantagens.

Horários inconvenientes	n	%	p
Não	42	100,0	0,000
Poucos horários	n	%	p
Não	36	85,7	0,000
Sim	6	14,3	
Total	42	100,0	
Veículos Desconfortáveis	n	%	P
Não	39	92,9	0,000
Sim	3	7,1	
Total	42	100,0	

Após a análise descritiva das variáveis de carácter sócio-demográfico relacionadas com os diversos aspectos dos idosos como saúde, tempo livre, religião, habitação e pensões que auferem, suporte por parte de entes significativos, entre outros passaremos a descrever os resultados obtidos na escala PANAS tendo em conta cada um dos itens que a caracterizam. Deste modo da análise do quadro 15 podemos verificar de acordo com o valor modal uma maior preponderância da PANAS Determinado ($Mo=4$), e da PANAS Alerta ($Mo=4$) significando que a maioria dos idosos sentem-se, em geral, muito determinados e muito

alertas. Em termos de valores médios podemos verificar uma tendência para os idosos da amostra, manifestarem-se mais ou menos interessados ($M=3,38$), mais ou menos alerta ($M=3,38$), mais ou menos fortes ($M=2,85$), um pouco irritáveis ($M=1,71$), um pouco aflitos ($M=1,57$), um pouco empolgados ($M=1,95$), um pouco envergonhados ($M=1,67$), um pouco inspirados ($M=2,23$), e nada chateados ($M=1,33$). Estas conclusões foram retiradas de acordo com a escala da PANAS (1- Nada ou Muito pouco, 2 – Um pouco, 3 – Mais ou menos, 4 – Muito e 5 – Demais) e às proximidades dos valores à mesma.

Quadro 15. Análise das medidas de tendência central e dispersão relativas aos vários itens da PANAS.

PANAS	N	M	Md	Mo	Dp	Min	Max
PANAS interessado	42	3,38	3,00	3,00	0,58	2,00	4,00
PANAS irritável	42	1,71	1,00	1,00	0,89	1,00	3,00
PANAS aflito	42	1,57	1,00	1,00	0,67	1,00	3,00
PANAS alerta	42	3,38	3,00	4,00	0,66	2,00	4,00
PANAS empolgado	42	1,95	2,00	1,00	0,90	1,00	4,00
PANAS envergonhado	42	1,67	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
PANAS chateado	42	1,33	1,00	1,00	0,65	1,00	3,00
PANAS inspirado	42	2,23	2,00	3,00	0,87	1,00	4,00
PANAS forte	42	2,85	3,00	3,00	0,78	1,00	4,00
PANAS nervoso	42	2,00	2,00	2,00	0,76	1,00	3,00
PANAS culpado	42	1,14	1,00	1,00	0,47	1,00	3,00
PANAS determinado	42	3,19	3,00	4,00	0,96	1,00	5,00
PANAS com medo	42	1,42	1,00	1,00	0,80	1,00	4,00
PANAS atento	42	3,42	3,00	3,00	0,85	2,00	5,00
PANAS hostil	42	1,09	1,00	1,00	0,29	1,00	2,00
PANAS agitado	42	1,76	2,00	1,00	0,87	1,00	4,00
PANAS entusiasmado	42	2,95	3,00	3,00	0,90	1,00	4,00
PANAS activo	42	3,35	4,00	4,00	0,98	1,00	4,00
PANAS orgulhoso	42	2,71	3,00	4,00	1,23	1,00	5,00
PANAS apavorado	42	1,52	1,00	1,00	0,74	1,00	4,00

Em termos de PANAS positivo verificamos um valor médio de aproximadamente 30 anos e um desvio padrão de 5 anos ($M=30,05$, $Dp=+5,44$). O valor mais comum é o 26 ($Mo=26$), sendo o valor mínimo obtido 20 e o máximo 39.

Quanto à PANAS negativo o valor médio obtido é de aproximadamente 15 anos sendo o seu desvio padrão de aproximadamente 5 anos ($M=15,24$, $Dp=+4,69$). O valor modal é o 12

(Mo=12) e o valor mínimo é 10 e o máximo 29. Por fim no que se refere à PANAS total o valor médio obtido é de aproximadamente 45 anos sendo o seu desvio padrão de mais ou menos 6 anos (M=45,33, Dp=+6,46). O valor mais frequente obtido é o 43, sendo o seu mínimo o 34 e o máximo 62.

Em termos de simetria, e conforme podemos observar dos valores do Quadro 16 e da Figura 5, a PANAS positivo apresenta uma distribuição simétrica uma vez que o valor do coeficiente de simetria (Simetria/Erro de Simetria=-0,619) se encontra no intervalo de -1,96 e 1,96, o que significa que os valores encontram-se distribuídos geralmente em torno da média. Em termos de curtose a distribuição da amostra, de acordo com a variável PANAS positivo apresenta-se mesocúrtica.

Relativamente à PANAS negativo é possível verificar que a distribuição se apresenta assimétrica positiva ou enviesada à esquerda, de acordo com o coeficiente de simetria obtida (Simetria/Erro de Simetria=3,345), uma vez que o valor se apresenta superior a 1,96, o que significa que existe um maior predomínio dos valores mais baixos da variável. Quanto à curtose os valores obtidos (Curtose/Erro de Curtose=2,23) apresentam-se superiores a 1,96, o que significa que a distribuição se apresenta leptocúrtica sendo a curva de distribuição das frequências mais concentrada e esguia (cf. Figura 5).

Por fim no que se refere à PANAS Total é possível verificar que a amostra se apresenta simétrica (Simetria/Erro de Simetria=1,35) uma vez que o valor de simetria se apresenta no intervalo de -1,96 a 1,96, o que significa que os valores de PANAS total, andam geralmente em torno da média. Quanto à curtose a distribuição apresenta-se mesocúrtica uma vez que os valores de curtose se encontram entre -1,96 e 1,96 (cf. Figura 6).

Quadro 16. PANAS TOTAL.

PANAS	N	M	Dp	Md	Mo	Min	Max	Simetria	Erro de Simetria	de Curtose	Erro de Curtose	de
PANAS Positivo	42	30,0	5,44	32,0	26,00	20,0	39,00	-0,226	0,365	-0,995	0,717	
PANAS Negativo	42	15,2	4,69	14,0	12,00	10,0	29,00	1,221	0,365	1,605	0,717	
PANAS Total	42	45,3	6,46	44,0	43,00	34,0	62,000	0,494	0,365	0,377	0,717	

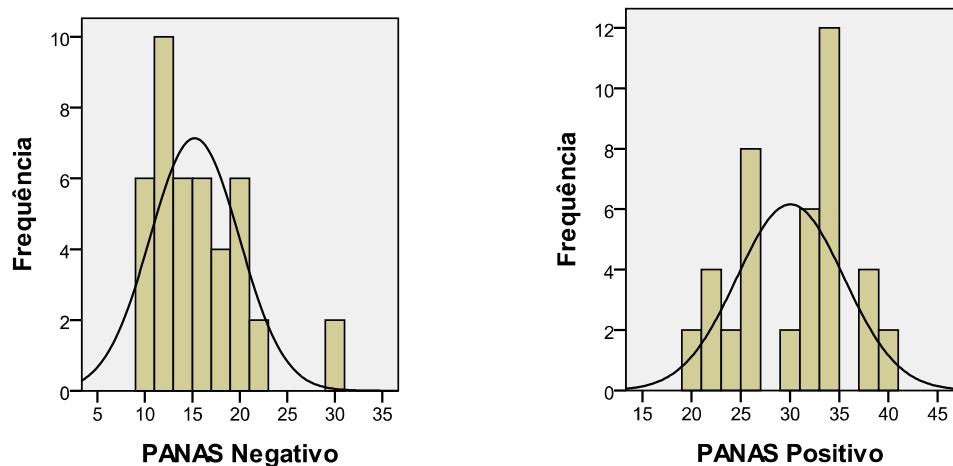


Figura 5

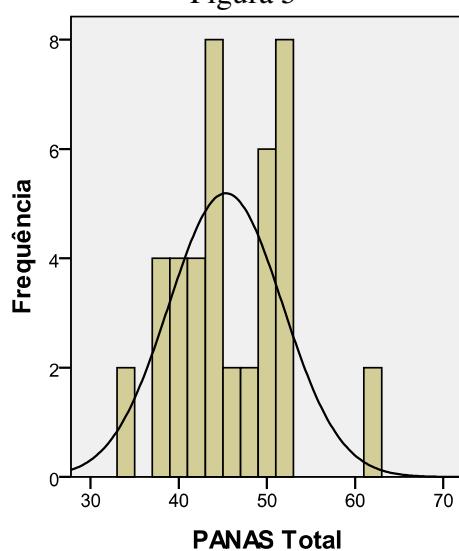


Figura 6

Com recurso ao teste t para amostras emparelhadas, é possível verificar que os resultados obtidos em termos da PANAS Positiva são significativamente superiores ($t=12,074$, $p=0,000$) aos verificados no PANAS Negativo, conforme podemos observar no quadro 17.

Quadro 17. Panas: Positivo e negativo

PANAS	N	M	Dp	t	p
PANAS Positivo	42	30,0476	5,44127		
&				12,074	0,000
PANAS Negativo	42	15,2381	4,69462		

No que se refere aos resultados obtidos na Escala UCLA podemos observar de acordo com o quadro 18, que existe uma tendência de acordo com os valores médios obtidos ($M=1,82$, $Dp=+-0,33$) para os idosos referirem que raramente se sentem sozinhos. O valor modal obtido ($Mo=1,70$) vem confirmar essa mesma tendência. Em relação ao valor mínimo obtido este é de 1,40 e o máximo de 2,80.

Relativamente a distribuição da amostra de acordo com esta variável podemos verificar de acordo com o coeficiente de simetria obtido ($Simetria/Erro\ de\ Simetria=3,76$) superior a 1,96, que esta se apresenta assimétrica positiva ou enviesada à esquerda, o que significa que existe um maior predomínio na amostra de valores mais baixos da variável. Em termos de curtose o valor obtido no coeficiente de curtose ($Curtose/Erro\ de\ Curtose=3,146$) revela que esta é leptocurtica (cf. Figura 7).

Quadro 18. UCLA

UCLA	N	M	Dp	Md	Mo	Min	Max	Simetria	Erro de Simetria	Curtose	Erro de Curtose
UCLA	42	1,82	0,33	1,70	1,70	1,40	2,80	1,374	0,365	2,256	0,717

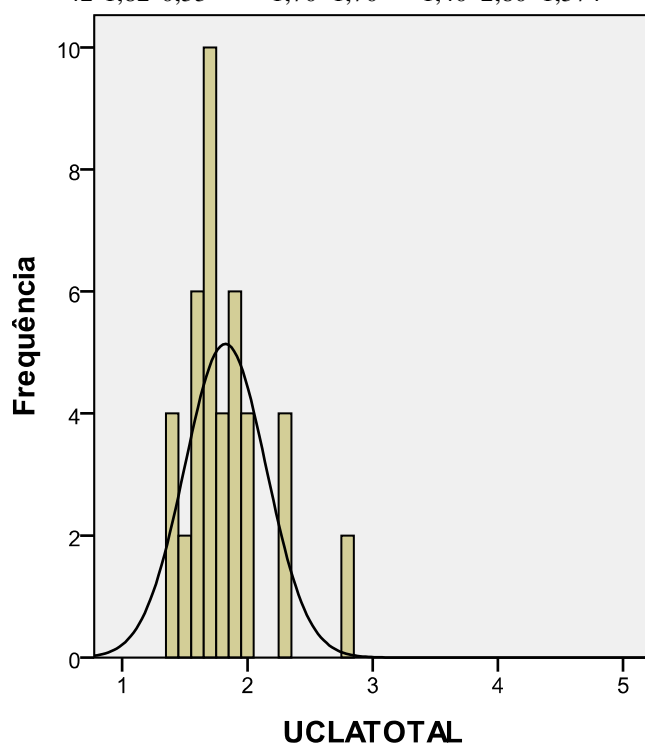


Figura 7. Histograma de frequências relativas ao UCLA.

Relativamente aos resultados obtidos para a SWLS (cf. Quadro 19), podemos verificar que de acordo com a média obtida ($M=5,17$) que há uma tendência dos idosos se sentirem levemente

satisfeitos com as suas condições de vida. O valor modal ($Mo=5,60$) refere que grande parte dos idosos estão satisfeitos com a vida. O valor mínimo obtido é 2,40 e o máximo 7.

No que se refere à distribuição amostral da variável SWLS podemos verificar que esta se apresenta assimétrica negativa ou enviesada à direita, de acordo com o coeficiente de simetria obtido ($Simetria/Erro\ de\ Simetria=-2,287$) inferior a -1,96, que revela um predomínio dos valores mais elevados da variável na amostra. Em termos de curtose a distribuição apresenta-se mesocúrtica tendo em conta o coeficiente de curtose ($Curtose/Erro\ de\ Curtose=0,200$) que se encontra no intervalo entre -1,96 e 1,96 (cf. Figura 8).

Quadro 19. Medidas de tendência central, dispersão e distribuição relativas à variável SWLS.

SWLS	N	M	Dp	Md	Mo	Min	Max	Simetria	Erro de Simetria	Curtose	Erro de Curtose
	42	5,17	1,21	5,60	5,60	2,40	7,00	-0,835	0,365	0,144	0,717

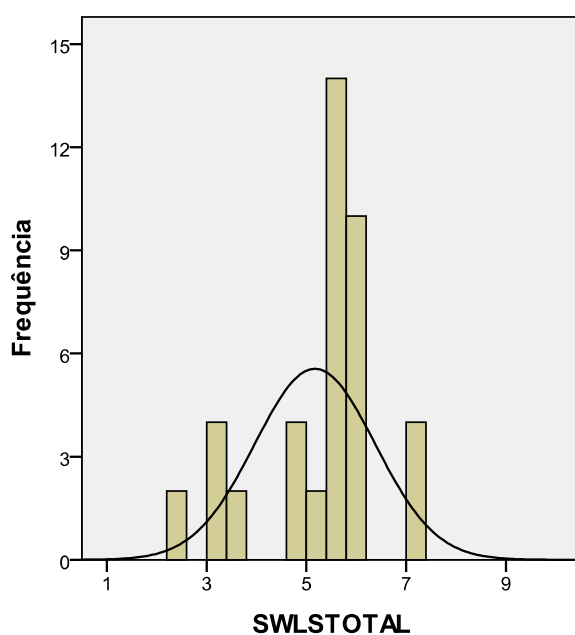


Figura 8. Histograma de Frequências relativas relativos à escala SWLS

Após a análise descritiva das escalas PANAS, UCLA e SWLS, passou-se a analisar cada uma destas variáveis em função de variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil e habilitações literárias) e para variáveis associadas a aspectos comuns na vida dos idosos (e.g. saúde e serviços de saúde, satisfação com o trabalho, habitação, pensões, religião, satisfação com a vida, suporte). Foi analisada a normalidade das variáveis PANAS, UCLA e SWLS em

cada um dos grupos das variáveis independentes a relacionar, tendo-se optado de acordo com a falta de normalidade em pelo menos um dos grupos para grande parte das variáveis por testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal Wallis e correlação R de Spearman no caso das correlações.

Deste modo no que se refere em relação à PANAS Positivo de acordo com o sexo dos idosos foi testada a sua normalidade de acordo com o teste Shapiro Wilk, verificando-se que esta não se apresenta normal para o grupo dos homens (SW=0,867, p=0,038). Em relação à PANAS Negativo quer no grupo dos homens (SW=0,657, p=0,000) quer no das mulheres (SW=0,837, p=0,001) a distribuição não se apresenta normal. Quanto a PANAS Total a distribuição não se apresenta normal no sexo feminino (Sw=0,917, p=0,029) (cf. Quadro 20). Tendo em conta estes resultados recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, analisando-se deste modo os resultados em termos de médias de ordens (Me), a medida utilizada pelos testes não paramétricos. Os resultados obtidos não se demonstraram estatisticamente significativos para o PANAS Positivo (U=178,00, Z=-0,484; p=0,644) não havendo deste modo resultados superiores ou inferiores num determinado sexo. Para a PANAS Negativo, as diferenças entre sexos relevaram-se estatisticamente significativas (U=72,00, Z=-3,334; p=0,001) sendo neste caso os resultados superiores nas mulheres (Me=25,93) que nos homens (Me=12,64).

Quanto à PANAS Total também é possível verificar valores significativamente superiores (U=108,00, Z=-2,358; p=0,008) nas mulheres (Me=24,64) em relação aos homens (Me=15,21). Estes resultados encontram-se adequadamente descritos no Quadro 20.

Quadro 20. Comparação de médias de ordens relativas à PANAS de acordo com o sexo dos idosos.

PANAS	Sexo	N	Médias das ordens	U	Z	P
PANAS positivo	Masculino	14	20,21	178,00	-0,484	0,644
	Feminino	28	22,14			
PANAS negativo	Masculino	14	12,64	72,00	-3,334	0,001
	Feminino	28	25,93			
PANAS total	Masculino	14	15,21	108,00	-2,358	0,018
	Feminino	28	24,64			

Em relação ao estado civil foi analisada a normalidade da distribuição da PANAS Positivo tendo em conta cada grupo, tendo-se verificado que a variável não segue uma distribuição

normal para o grupo dos casados (SW=0,003), dos noivos (SW=0,024) e dos viúvos (SW=0,003).

Quanto à PANAS Negativo a distribuição também não se apresenta normal para o grupo dos casados (SW=0,832, p=0,000), para os noivos (SW=0,729, p=0,024) e para os viúvos (SW=0,710, p=0,008).

Relativamente à PANAS Total a amostra não se apresenta normal para o grupo dos noivos (SW=0,729, p=0,024) e para o grupo dos viúvos (SW=0,640, p=0,001)

Os resultados relativos a normalidade encontram-se descritos no quadro 21.

Deste modo para analisar as diferenças de médias entre os PANAS e o estado civil procedeu-se recorrer ao teste não paramétrico de Kruskal Wallis tendo-se concluído que para o PANAS Positivo não existem diferenças significativas entre os vários valores médios ($\chi^2_{kw}=8,413$, p=0,078), não havendo como tal valores significativamente superior num determinado estado civil.

Em relação à PANAS Negativo também não se verificaram resultados estatisticamente significativos ($\chi^2_{kw}=8,321$, p=0,081) não se notando deste modo valores significativamente superiores em nenhum estado civil.

O mesmo tipo de conclusão se pode também retirar dos resultados obtido para a PANAS Total, que não se apresentaram estatisticamente significativas ($\chi^2_{kw}=8,321$, p=0,081). Estes resultados encontram descritos no Quadro 21.

Quadro 21. Comparação de médias de ordens da PANAS de acordo com o estado civil dos idosos.

PANAS	Estado Civil	N	Média das Ordens	X ² _{kw}	P
PANAS Positivo	Casado	28	22,36	8,413	0,078
	Noivo	4	12,00		
	Separado	2	4,50		
	Divorciado	2	27,50		
	Viúvo	6	27,50		
PANAS Negativo	Casado	28	20,57	8,321	0,081
	Noivo	4	33,00		
	Separado	2	23,50		
	Divorciado	2	3,50		
	Viúvo	6	23,50		
PANAS Total	Casado	28	21,71	6,018	0,198
	Noivo	4	22,00		
	Separado	2	3,50		
	Divorciado	2	17,50		
	Viúvo	6	27,50		

Em relação a normalidade da variável PANAS Positivo em função do grau de instrução dos idosos, verifica-se que esta não se apresenta normal para o grupo com o ensino básico (SW=0,838, p=0,009) e do ensino secundário (SW=0,832, p=0,032). Na PANAS Negativo verifica-se que a distribuição não é normal para o grupo com o ensino secundário (SW=0,855, p=0,026) e para o grupo com ensino universitário (SW=0,857, p=0,045). Por fim para a PANAS Total a distribuição não segue parâmetros de normalidade para o grupo do ensino básico (SW=0,886, p=0,049) e para o grupo com o ensino universitário (SWE=0,751, p=0,003).

Os resultados relativos a este aspecto apresentam-se adequadamente descritos no quadro 22. Sendo assim recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal Wallis, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados médios obtidos na PANAS Positivo em função do grau de instrução dos idosos (x²_{kw}=9,452, p=0,009) (cf. Quadro 22), sendo que com recurso ao teste post-hoc da Anova LSD, os resultados apresentam-se inferiores em termos significativos no grupo dos idosos com o ensino secundário relativamente aos que tem o ensino básico (p=0,016) e aos que tem o ensino universitário (p=0,002) (cf. Quadro 22).

Quanto à PANAS Negativo não é possível verificar diferenças significativas nos seus resultados médios de acordo com o grau de instrução dos idosos ($x^2_{kw}=5,418$, $p=0,067$), tal como se pode observar no quadro 22.

Relativamente aos resultados totais do PANAS estes variam significativamente em função do grau de instrução ($x^2_{kw}=20,588$, $p=0,000$) (cf. Quadro 22), sendo neste caso de acordo o teste post-hoc LSD, significativamente superiores no grupo dos idosos com ensino universitário ($Me=32,67$) comparativamente ao grupo de idosos que tem apenas o ensino básico ($p=0,004$) e o ensino secundário ($p=0,000$), tal como se pode verificar no quadro 22.

Quadro 22. Comparação de médias relativas à PANAS Positivo, Negativo e Total, de acordo com o grau de instrução dos idosos.

PANAS	Grau de Instrução	N	Média de X2kw	Ordens	P
PANAS Positivo	Ensino Básico	16	23,75		
	Ensino Secundário	14	13,64	9,452	0,009
	Ensino Universitário	12	27,67		
PANAS Negativo	Ensino Básico	16	19,50		
	Ensino Secundário	14	17,93	5,418	0,067
	Ensino Universitário	12	28,33		
PANAS Total	Ensino Básico	16	22,38		
	Ensino Secundário	14	10,93	20,588	0,000
	Ensino Universitário	12	32,67		

Quadro 23. Comparação múltipla de médias (LSD): PANAS Positivo e PANAS Total

	(I) Grau de instrução	(J) Grau de instrução	Diferença de Médias de ordens	P
PANAS Positivo		Ensino Básico	-10,107143*	0,016
	Ensino Secundário	Ensino Universitário	-14,023810*	0,002
	(I) Grau de instrução	(J) Grau de instrução	Diferença de Médias	P
PANAS Total		Ensino Básico	10,291667*	,004
	Ensino Universitário	Ensino Secundário	21,738095*	,000

Relativamente à idade dos idosos recorreu-se ao teste de correlação R de Spearman, uma vez que nenhuma das variáveis segue uma distribuição normal de acordo com os resultados não significativos obtidos no teste de normalidade Shapiro Wilk, conforme o quadro 24.

De acordo com o teste de Correlação de Spearman existe apenas uma correlação estatisticamente significativa com o PANAS negativo ($r=-0,432$, $p=0,002$) sendo essa correlação moderada e negativa, o que nos revela que a idades superiores correspondem valores mais baixos de PANAS negativo. O mesmo se pode afirmar em relação ao PANAS Total, uma vez que a correlação verificada se apresentou estatisticamente significativa ($R= -0,531$, $p=0,000$) sendo igualmente moderada e negativa, tal como é possível observar no quadro 24.

Quadro 24. Correlações entre a variável idades e a PANAS Positivo, Negativo e Total.

Idade

PANAS positivo		PANAS negativo			
R	P	R	P	R	P
-0,218	0,082	-0,432**	0,002	-0,531**	0,000

De acordo com o teste de normalidade Shapiro-Wilk verificamos que a amostra apresenta-se tendo em conta a variável PANAS Positivo como «anormal» tanto para o grupo dos idosos que referem viver com o seu cônjuge ($SW=0,877$, $p=0,003$), como para os que referem não viver ($SW=0,841$, $p=0,017$).

Em relação à PANAS Negativo verifica-se que apenas o grupo de idosos que referem não viver com o cônjuge segue uma distribuição normal ($SW=0,912$, $p=0,170$) sendo que o PANAS relativo ao grupo dos que referem viver com o cônjuge não segue uma distribuição normal ($SW=0,832$, $p=0,000$).

Quanto à variável PANAS Total é possível verificar uma distribuição normal unicamente para o grupo dos idosos que referem viver com o cônjuge ($SW=0,942$, $p=0,123$).

Os resultados relativos a normalidade encontram-se adequadamente descritos no quadro 25. Assim uma vez que se verifica a ausência de normalidade em pelo menos um grupo de cada PANAS foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney tendo-se verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos no PANAS Positivo ($U=172,00$, $Z=-0,645$; $p=0,519$), no PANAS Negativo ($U=170,00$, $Z=-0,699$; $p=0,484$) e no PANAS Total ($U=190,00$, $Z=-0,161$; $p=0,872$) entre o grupo dos idosos que referem viver com o seu cônjuge relativamente aos que não referem, tal como se pode observar no quadro 25.

Quadro 25. Comparação de médias de ordens relativas à PANAS Positivo, Negativo e Total de acordo com o facto de se viver ou não com o cônjuge.

PANAS	Vive com Cônjuge	N	Médias das Ordens	U	Z	p
PANAS positivo	Não	14	19,79			
	Sim	28	22,36	172,000	-0,645	0,519
PANAS negativo	Não	14	23,36			
	Sim	28	20,57	170,000	-0,699	0,484
PANAS total	Não	14	21,07			
	Sim	28	21,71	190,000	-0,161	0,872

Em relação à questão de se vive ou não com os filhos os resultados do teste de normalidade Shapiro-Wilk revelam que para o PANAS positivo apenas o grupo dos que afirmam não viver com os filhos adoptam critérios de normalidade ($SW=0,943$, $p=0,131$) sendo que para o grupo dos que referem viver com os filhos a distribuição não é normal ($SW=0,862$, $p=0,032$). Para o PANAS Negativo a distribuição não se apresenta normal para ambos os grupos, e em relação à totalidade dos resultados da PANAS apenas no grupo dos que referem viver com os filhos a distribuição é normal ($SW=0,900$, $p=0,111$), conforme podemos observar no quadro 26.

Deste modo recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney não se tendo também obtido resultados estatisticamente significativos ao nível da PANAS Positivo ($U=130,00$, $Z=-1,774$; $p=0,076$) do PANAS Negativo ($U=148,00$, $Z=-1,291$; $p=0,208$) e do PANAS Total ($U=130,00$, $Z=-1,768$; $p=0,080$). Deste modo não se pode afirmar que o facto de se viver ou não com os filhos contribuirá, para melhores ou piores resultados a nível da PANAS Positivo, Negativo e nos resultados Totais, tal como se pode ver no quadro 26.

Quadro 26. Comparação de médias das ordens relativas às PANAS Positivo, Negativo e Total em função do facto de viver ou não com os filhos.

PANAS	Vive filhos	N	Médias das ordens	U	Z	
PANAS Positivo	Não	28	19,14	130,00	-1,774	0,076
	Sim	14	26,21			
PANAS Negativo	Não	28	19,79	148,00	-1,291	0,208
	Sim	14	24,93			
PANAS Total	Não	28	19,14	130,00	-1,768	0,080
	Sim	14	26,21			

Em relação à normalidade da distribuição das variáveis PANAS Positivo, Negativo e Total de acordo com o suporte por parte do cônjuge aos idosos, podemos verificar de acordo com os resultados do quadro x, que quer o grupo que afirma ter suporte, quer o grupo que refere não ter esse suporte, não apresentam uma distribuição normal para PANAS positivo, uma vez que os resultados apresentam um nível de significância inferior a 0,05. Para PANAS Negativo apenas o grupo de idosos que refere não ter suporte do cônjuge adopta uma distribuição normal (SW=0,912, p=0,170).

Quanto à PANAS Total apenas o grupo dos idosos que referem ter o suporte do cônjuge adopta uma distribuição normal (SW=0,938, p=0,120).

De acordo com os resultados da normalidade acima descritos optou-se por recorrer ao teste Mann-Whitney para comparar o grupo de idosos que afirmam ter suporte do cônjuge dos que referem não ter esse apoio, relativamente aos resultados obtidos na PANAS positivo, Negativo e Total, não se tendo obtido resultados estatisticamente significativos, resultados estes que significam que não há resultados melhores ou piores nos PANAS pelo facto de se ter ou não suporte por parte do cônjuge (Cf. Quadro 27).

Quadro 27. Suporte por parte do cônjuge.

PANAS	Suporte do cônjuge	N	Média	U	Z	p
			das Ordens			
PANAS positivo	Não	14	19,21	164,000	-0,514	0,624
	Sim	26	21,19			
PANAS negativo	Não	14	21,79	164,000	-0,514	0,624
	Sim	26	19,81			
PANAS total	Não	14	20,21	178,000	-0,114	0,909
	Sim	26	20,65			

Quanto ao suporte por parte dos filhos e parentes, a análise da normalidade permitiu verificar que em relação à PANAS Positivo e à PANAS negativo a distribuição não é normal para cada um dos grupos relativos ao suporte por parte de filhos e parentes, visto o valor de significância ser em todos os casos inferior a 0,05. No caso da PANAS total, apenas ao nível do grupo que refere não ter suporte a distribuição se apresenta normal ($SW=0,947$, $p=0,117$), conforme podemos observar no quadro 28.

Assim e de acordo com o teste não paramétrico de comparação de resultados médios Mann-Whitney, podemos constatar que os resultados da PANAS Positivo são significativamente superiores ($U=54,00$, $Z=-2,521$; $p=0,012$) no grupo que tem suporte por parte dos filhos e parentes ($Me=29,75$). Não se verificam diferenças significativas entre os resultados obtidos para o grupo que refere ter suporte de filhos e parentes e o que não refere em relação à PANAS negativo ($U=90,00$, $p=0,196$). Relativamente aos resultados totais da PANAS, é possível verificar que o grupo dos idosos que referem ter suporte dos filhos e parentes apresentam resultados claramente superiores em relação aos idosos que não ter esse apoio ($U=12,00$, $p=0,000$), conforme se encontra exposto no quadro 28.

Quadro 28. Comparação de médias de ordens relativas às PANAS Positivo, Negativo e Total em função do suporte de filhos e parentes.

PANAS	Suporte Filhos e parentes	N	Médias		
			das Ordens	U	p
PANAS Positivo	Não	32	18,19		
	Sim	8	29,75	54,000	0,012
PANAS Negativo	Não	32	19,31		
	Sim	8	25,25	90,000	0,196
PANAS Total	Não	32	16,88		
	Sim	8	35,00	12,000	0,000

No que se refere à satisfação com o trabalho, a análise da normalidade da PANAS Positivo revela que esta variável não se encontra normalmente distribuída em nenhuma das categorias da satisfação com o trabalho, uma vez que o nível de significância se encontra em todos os casos inferior a 0,05. A mesma conclusão pode ser retirada em relação à PANAS Negativo. Quanto aos resultados totais da PANAS apenas no grupo dos idosos que se apresentam muito satisfeitos com o seu trabalho se verifica uma distribuição normal ($SW=0,901$, $p=0,061$), tal como podemos verificar no quadro 29.

Assim comparou-se com o teste não paramétrico Kruskal Wallis os resultados médios obtidos para o PANAS positivo em função da satisfação que os idosos tem com o trabalho não se tendo obtido resultados estatisticamente significativos ($\chi^2_{kw}=2,132$, $p=0,334$), o que significa que os idosos não apresentam melhores ou piores resultados em termos de PANAS positivo quer estejam mais ou menos satisfeitos. O mesmo tipo de conclusão se pode retirar para o PANAS negativo ($\chi^2_{k2}=3,584$, $p=0,167$) e para o PANAS Total ($\chi^2_{kw}=2,996$, $p=0,224$), conforme os valores do quadro 29.

Quadro 29. Comparação das medias de ordens relativas à PANAS Positivo, Negativo e Total em função da satisfação dos idosos com o seu trabalho.

PANAS	Satisfação com o Trabalho	N	Médias		
			das Ordens	X ² kw	p
PANAS Positivo	Suficientemente satisfeito	4	16,00		
	Bastante Satisfeito	20	20,00	2,132	0,334
	Muito Satisfeito	18	24,39		
PANAS Negativo	Suficientemente satisfeito	4	15,50		
	Bastante Satisfeito	20	25,10	3,584	0,167
	Muito Satisfeito	18	18,83		
PANAS Total	Suficientemente satisfeito	4	12,50		
	Bastante Satisfeito	20	23,90	2,996	0,224
	Muito Satisfeito	18	20,83		

Quanto ao nível de saúde dos idosos a variável PANAS Positivo não segue uma distribuição normal em nenhum dos grupos relativos ao nível de saúde dos idosos, tendo em conta o valor de significância obtido inferior a 0,05. Em relação à PANAS Negativo apenas no grupo dos idosos que referem ter poucos distúrbios na sua saúde se verifica uma distribuição normal (SW=0,917, p=0,085). Para os resultados totais do PANAS a distribuição apenas se apresenta normal no grupo dos idosos que referem ter a sua saúde apenas com pequenos distúrbios (SW=0,930, p=0,154).

Deste modo com recurso ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis foi possível constatar que existem diferenças significativas ao nível dos resultados médios para o PANAS Positivo (x²kw=7,938, p=0,047) em que se verifica que estes valores são superiores nos idosos que consideram que tem a sua saúde sempre boa (Me=33,50). Em relação à PANAS Negativo também podemos que este se apresenta significativamente superior (x²kw=8,032, p=0,045) no grupo de idosos que referem ter a saúde com pequenos distúrbios (Me=27,00). Quanto aos resultados totais da PANAS, estes não variam significativamente em função do nível de saúde dos idosos, conforme podemos observar no quadro 30.

Quadro 30. Comparação de médias de ordens relativas à PANAS Positivo, Negativo e Total de acordo com o nível de saúde dos idosos.

PANAS	Nível de Saúde dos Idosos	N	Médias		
			das Ordens	X ² kw	p
PANAS Positivo	Não muito boa	4	20,00		

PANAS	Nível de Saúde dos Idosos	N	Médias das Ordens	X ² _{kw}	p
	Com pequenos distúrbios	20	16,60		
	Boa	16	26,50	7,938	0,047
	Sempre boa	2	33,50		
PANAS Negativo	Não muito boa	4	17,00		
	Com pequenos distúrbios	20	27,00	8,032	0,045
	Boa	16	16,88		
	Sempre boa	2	12,50		
PANAS Total	Não muito boa	4	17,50		
	Com pequenos distúrbios	20	20,90		
	Boa	16	23,00	0,772	0,856
	Sempre boa	2	23,50		

Em relação ao estado de saúde verificado pelo médico podemos observar que em relação à PANAS Positivo, apenas o grupo que afirma que na opinião do seu médico a sua saúde está bastante boa a distribuição apresenta-se como sendo normal ($SW=0,937$, $p=0,171$). Quanto à PANAS negativo em nenhum dos grupos associados ao estado de saúde pelo médico a distribuição se apresenta normal, tendo em conta os valores de significância inferiores a 0,05. Por fim quanto à PANAS Total apenas no grupo de idosos que assume refere que a sua saúde na opinião do seu médico se apresenta suficientemente boa a distribuição se apresenta normal ($SW=0,893$, $p=0,090$) conforme podemos observar no quadro 31.

Deste modo e de acordo com o teste Kruskal-Wallis podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($x^2_{kw}=4,172$, $p=0,243$) nos resultados obtidos no PANAS Positivo, a nível da PANAS Negativo ($x^2_{kw}=5,557$, $p=0,135$) e por fim ao nível do PANAS Total ($x^2_{kw}=6,095$, $p=0,107$), o que significa que os resultados relativos a qualquer um dos PANAS não são melhores ou piores consoante o estado de saúde avaliado pelo médico, conforme podemos verificar no quadro 31.

Quadro 31. Comparação de médias de ordens relativas à PANAS Positivo, Negativo e Total em função do estado de saúde avaliado pelo médico.

PANAS	Estado de saúde pelo médico		Medias das Ordens	das X ² kw	P
		N			
PANAS positivo	Péssima	2	12,50		
	Não muito boa	2	7,50	4,172	0,243
	Suficientemente boa	14	21,79		
	Bastante Boa	22	21,59		
PANAS negativo	Péssima	2	28,50		
	Não muito boa	2	3,50	5,557	0,135
	Suficientemente boa	14	20,21		
	Bastante Boa	22	21,50		
PANAS total	Péssima	2	17,50		
	Não muito boa	2	1,50	6,095	0,107
	Suficientemente boa	14	22,79		
	Bastante Boa	22	21,05		

O teste da normalidade para o PANAS positivo de acordo com a satisfação com a vida dos idosos permite constatar que apenas o grupo dos idosos que referem estar bastante satisfeitos com a sua vida apresenta uma distribuição normal (SW=0,937, p=0,171), Quanto ao PANAS Negativo a distribuição não se apresenta normal em nenhum dos grupos em estudos tendo em conta o nível de significância obtido inferior a 0,05. Em relação aos resultados totais da PANAS, estes só apresentam uma distribuição normal (SW=0,929, p=0,0094) no que se refere ao grupo dos idosos que se encontram bastante satisfeitos, conforme podemos observar no quadro 32.

Assim e de acordo com o teste Kruskal-Wallis verifica-se que os resultados obtido na PANAS Positivo são significativamente superiores (x²kw=8,152, p=0,017) no grupo dos idosos que referem estar muito satisfeitos com a vida (Me=33,50) sendo esta diferença significativa de acordo com o teste post hoc LSD relativamente ao grupo que considera estar suficientemente satisfeito (p=0,004) e ao grupo dos que referem estar bastante satisfeitos com a sua vida (p=0,040) (cf. Quadro 32). Em relação à PANAS Negativo não é possível observar melhores ou piores resultados consoante uma menor ou maior satisfação com a vida por parte dos idosos (x²kw=5,144, p=0,076)

Quadro 32. Comparação de médias de ordens relativas à PANAS Positivo, Negativo e Total em função da satisfação com a vida.

PANAS	Satisfação com a vida	N	Médias das ordens	X ² kw	P
PANAS Positivo	Suficientemente satisfeito	12	14,67		
	Bastante satisfeito	24	21,25	8,152	0,017
	Muito satisfeito	4	33,50		
PANAS Negativo	Suficientemente satisfeito	12	24,67		
	Bastante satisfeito	24	20,25	5,144	0,076
	Muito satisfeito	4	9,50		
PANAS Total	Suficientemente satisfeito	12	19,00		
	Bastante satisfeito	24	20,08	1,678	0,432
	Muito satisfeito	4	27,50		

(I) Satisfação com a vida	(J) Satisfação com a vida	Diferença de Médias de ordens	P
Muito satisfeito	Suficientemente satisfeito	19,83	0,004
	Bastante satisfeito	12,75	0,040

Em relação à perda de um familiar os resultados obtidos na PANAS Positivo estes não seguem uma distribuição normal quer no grupo que refere ter perdido um familiar, quer no grupo que refere não ter perdido dados os resultados verificados serem inferiores ao nível de significância mínimo de 0,05. Em relação à PANAS Negativo este segue uma distribuição normal apenas no grupo dos idosos que referem ter perdido um familiar (SW=0,871, p=0,153). Em relação aos resultados finais da PANAS é de notar que quer no grupo dos idosos que referem ter perdido um familiar (SW=0,867, p=0,142) quer no que não referem (SW=0,924, p=0,071), a distribuição apresenta-se normal, conforme podemos observar no quadro 33.

Deste modo e de forma a tornar os resultados mais fidegninos recorrer-se no caso da variável PANAS Total ao teste t para comparação de médias e ao teste Mann-Whitney para comparação de médias de ordens para o PANAS Positivo e para o PANAS Negativo.

Deste modo em relação à PANAS Positivo não foi possível verificar diferenças significativos entre os idosos que referem ter perdido um familiar e os que referem não o ter perdido (U=88,00, p=0,725). Quanto à PANAS Negativo já possível verificar um valor superior no

grupo de idosos que referem ter perdido um familiar ($Me=26,00$) relativamente aos que não perderam ($Me=13,33$).

Por fim em relação à PANAS total os resultados obtidos no teste t revelam que o grupo de idosos que referem ter perdido um familiar apresentam resultados significativamente superiores ($M=51,50$, $Dp=+7,95$) ($t=3,310$, $p=0,002$), conforme podemos observar no quadro 33.

Quadro 33. Comparação de médias de ordens relativas à PANAS Positivo e Negativo de acordo com a perda de familiares.

PANAS	Perda familiar	N	Média de Ordens	U	p
PANAS Positivo	Sim	8	15,50		
	Não	24	16,83	88,000	0,725
PANAS Negativo	Sim	8	26,00		
	Não	24	13,33	20,000	0,001

Quadro 34. Comparação de médias relativas à PANAS Total de acordo com a perda de familiares.

PANAS	Perda familiar	N	M	Dp	t	p
PANAS Total	Sim	8	51,50	7,95		
	Não	24	43,75	4,87	3,310	0,002

Em relação a opinião dos idosos sobre a qualidade dos serviços de saúde para as suas necessidades é possível verificar para o PANAS Positivo que apenas o grupo dos idosos que referem que os serviços de saúde são o bastante para as suas necessidades apresenta uma distribuição normal ($SW=0,924$, $p=0,194$). Quanto à PANAS Negativo apenas no grupo que refere que os serviços são suficientes segue uma distribuição normal ($SW=0,897$, $p=0,051$). Na PANAS Total apenas o grupo que afirma que os serviços muito suficientes para as suas necessidades segue uma distribuição normal ($SW=0,840$, $p=0,075$) (cf. Quadro 35).

Deste modo os resultados obtidos no teste não paramétricos Kruskal-Wallis permitem constatar que o grupo de idosos que refere considerar muito suficientes os serviços de saúde para as suas necessidades ($Me=34,00$) apresentam-se em numero significativamente superior ($x^2_{kw}=10,476$, $p=0,005$) sendo essa superioridade significativa de acordo com o teste post

hoc LSD em relação ao grupo que considera suficientes os serviços ($p=0,002$) e ao que considera bastante ($p=0,001$), tal como podemos observar no quadro 35 e 36.

Quadro 35. Comparação de médias de ordens relativas às PANAS Positivo, Negativo e Total de acordo com a opinião relativa aos serviços de saúde.

PANAS	Serviços de saúde suficientes para necessidades	para N	Média das Ordens	das X2kw	
PANAS Positivo	Suficiente	1	19,06		
		8			
	Bastante	1	18,00	10,47	0,00
		6		6	5
	Muito	8	34,00		
PANAS Negativo	Suficiente	1	22,50		
		8			
	Bastante	1	24,25	4,180	0,12
		6			4
	Muito	8	13,75		
PANAS Total	Suficiente	1	20,50		
		8			
	Bastante	1	19,88	2,025	0,36
		6			3
	Muito	8	27,00		

Quadro 36. Comparação múltipla de médias de ordens relativas às PANAS Positivo

(I) serviços saúde suficientes para necessidades	(J) serviços saúde suficientes para necessidades	Diferença de Médias	
Muito	Suficiente	14,94*	0,002
	Bastante	16,00*	0,001

Em relação à escala UCLA verifica-se que a distribuição não adopta critérios de normalidade, que no grupo dos homens, quer no grupo das mulheres, consoantes os resultados obtido no teste Shapiro-wilk cujo nível de significância é inferior a 0,05 (cf. Quadro 37)..

Sendo assim com recurso ao teste não paramétrico de Mann-Whitney verificou-se que os níveis de solidão avaliados pelo UCLA não são superiores nem inferiores que os idosos sejam homens ou mulheres ($U=154,00$, $p=0,257$), conforme podemos observar no quadro 37

Quadro 37. Comparação de médias de ordens relativas ao UCLA em função do sexo dos idosos.

	Sexo	Médias de Ordens	U	p
UCLA	Masculino	24,50	154,00	0,257
	Feminino	20,00		

Quanto ao estado civil a distribuição das frequências relativas ao UCLA não seguem uma distribuição em nenhum dos grupos, uma vez que em todos os casos o nível de significância é inferior a 0,05 (cf. Quadro 38).

Neste caso recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis tendo-se constatado que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores médios do UCLA em função do estado civil ($\chi^2_{kw}=14,626$, $p=0,006$), sendo estes superiores nos idosos que se encontram divorciados ($Me=38,50$).

Quadro 38. Estado Civil

	Estado Civil	N	Médias de Ordens	X ² _{kw}	p
UCLATOTAL	Casado	28	21,57		
	Noivo	4	33,00	14,626	0,006
	Separado	2	2,50		
	Divorciado	2	38,50		
	Viúvo	6	14,17		

(I) estado civil	(J) estado civil	Diferença de Médias	
Divorciado	Casado	16,93	0,030
	Noivo	5,50	0,539
	Separado	36,00	0,001
	Viúvo	24,33	0,006

Relativamente ao grau de instrução dos idosos a distribuição dos valores relativos ao UCLA apresenta-se normal para o grupo dos que tem o ensino básico ($SW=0,912$, $p=0,126$) e para os que possuem o ensino secundário ($SW=0,923$, $p=0,246$), tal como se pode verificar no quadro 39).

Os resultados do teste não paramétrico utilizado uma vez que um dos grupos do grau de instrução não segue uma distribuição normal revela que não existem valores superiores ou

inferiores de PANAS de acordo com o grau de instrução dos idosos ($x^2_{kw}=1,681$, $p=0,431$), conforme o quadro 39.

Quadro 39. Comparação de médias de ordens do UCLA em função do grau de instrução dos idosos.

	Grau de instrução	N	Média de Ordens	X ² _{kw}	p
UCLATOTAL	Ensino Básico	16	18,75		
	Ensino Secundário	14	24,50	1,681	0,431
	Ensino Universitário	12	21,67		

A idade e a variável UCLA não adoptam uma distribuição normal, de acordo com os valores obtidos no quadro 40, que se apresentam inferiores a um nível de significância de 0,05.

Deste modo recorreu-se à correlação não paramétrica R de Spearman para analisar a relação entre a variável idade e o UCLA não se tendo obtido resultados estatisticamente significativos ($R=0,091$, $p=0,284$) não havendo como tal relação significativa entre as duas variáveis sendo que neste caso a idade não contribui para aumentos ou diminuições nos resultados do UCLA (cf. Quadro 40).

Quadro 40. Correlação entre UCLA e Idade dos idosos.

	UCLA TOTAL	
Idade	r	p
	0,091	0,284

Não foi possível verificar uma distribuição normal do UCLA quer no grupo dos idosos que referem viver com o cônjuge quer no grupo que não refere, tendo em conta o nível de significância obtido inferior a 0,05 (Cf. Quadro 41).

Neste caso recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney não se podendo afirmar de acordo com os resultados não significativos obtidos ($U=194,00$, $p=0,957$) que o UCLA seja superior ou inferior pelo facto do idoso viver com ou sem o cônjuge (cf. Quadro 41).

Quadro 41. Comparação das médias de ordens relativas ao UCLA de acordo com facto do idoso viver ou não com o cônjuge.

	Vive cônjuge		N	Médias das ordens	U	p
UCLATOTAL		Não	14	21,36	194,000	0,957
		Sim	28	21,57		

No grupo dos idosos que referem viver com o seus filhos os resultados do UCLA seguem uma distribuição normal ($SW=0,894$, $p=0,091$), enquanto que no grupo dos que não referem viver com os filhos essa distribuição não se apresenta normal (Cf. Quadro 42).

Assim recorreu-se ao teste Mann-Whitney não se tendo encontrado diferença entre os idosos que vivem com os filhos e o que não vivem no que se refere aos valores do UCLA, conforme o exposto no quadro 42.

Quadro 42. Comparação de médias de ordens relativas (viver ou não com os filhos)

	Vive filhos		N	Média das Ordens	U	p
UCLATOTAL		Não	28	22,57	166,000	0,418
		Sim	14	19,36		

Em relação ao suporte do cônjuge a variável UCLA não apresenta uma distribuição normal nem no grupo dos que referem ter suporte do cônjuge como no dos que não referem (cf. Quadro 43).

Neste caso recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney, não se tendo obtido resultados estatisticamente significativos ($U=188,500$, $p=0,710$) sendo que neste caso o facto de se ter ao não suporte do cônjuge não aumenta nem diminui os valores do UCLA (cf. Quadro 43).

Quadro 43. Comparação de médias de ordens do UCLA de acordo com o suporte do cônjuge.

	Suporte do cônjuge		N	Média de Ordens	U	
UCLATOTAL	-	Não	15	20,57	188,500	0,710
		Sim	27	22,02		

Quanto ao suporte dos filhos e parentes a distribuição dos resultados do UCLA não se apresenta normal nem no grupo dos idosos que referem ter suporte dos filhos e outros parentes nem que não refere ter tal apoio, tendo em conta o nível de significância obtido inferior a 0,05 (cf. Quadro 44).

Os resultados obtidos no teste não paramétrico Mann-Whitney permitem constatar que não existem resultados melhores ou piores no UCLA pelo facto dos idosos terem ou não suporte por parte dos seus filhos e outros parentes ($U=132,000$, $p=0,897$) conforme podemos verificar no quadro 44.

Quadro 44. Comparação de medias de ordens do UCLA de acordo com o suporte dos filhos e parentes.

	Filhos e parentes		N	Média das Ordens	U	p
UCLATOTAL	-	,00	34	21,38	132,000	0,897
		1,00	8	22,00		

A distribuição dos valores do UCLA apenas seguem critérios de normalidade no grupo dos idosos que se sentem muito satisfeitos com a vida ($Sw=0,936$) sendo que nos outros grupos com diferentes níveis de satisfação com o trabalho a distribuição não se apresenta normal de acordo com os níveis de significância inferiores a 0,05. Conforme podemos observar no quadro 45.

Sendo assim dado a ausência de normalidade em dois grupos da variável satisfação com o trabalho recorreu-se ao teste Mann-Whitney tendo-se obtido resultados significativos ($U=11,295$, $p=0,004$) (cf. Quadro 45), podendo assim afirmar que os idosos que se sentem bastante satisfeitos com o seu trabalho tem também maiores valores de UCLAS, sendo essa superioridade significativa de acordo com o teste post-hoc lsd em relação ao grupo que estar

suficientemente satisfeito no trabalho ($p=0,033$) e aos que estão bastante satisfeitos ($p=0,026$) conforme podemos verificar no quadro 45.

Quadro 45. Comparação de médias de ordem do UCLA em função do grau de satisfação com o trabalho dos idosos.

	Satisfação trabalho	N	Média das Ordens	X ² kw	p
UCLATOTAL	suficientemente satisfeito	4	6,00	11,295	0,004
	Bastante Satisfeito	20	26,90		
	Muito Satisfeito	18	18,94		

Quadro 46. Teste post-hoc lsd em relação ao grupo que está suficientemente satisfeito no trabalho.

(I) satisfação como o trabalho	(J) satisfação com o trabalho	Diferença de Médias (I-J)	p
Muito Satisfeito	suficientemente satisfeito	12,944444 [*]	0,033
	Bastante Satisfeito	-7,955556 [*]	0,026

Quanto a distribuição da variável UCLA de acordo com o nível de saúde do idoso no último ano é possível constatar que esta só se apresenta normal para o grupo dos idosos que referem ter boa saúde ($SW=0,899$, $p=0,077$). Nos outros grupos a amostra de acordo com a variável UCLA não segue uma distribuição normal, tendo em conta o nível de significância obtido inferior a 0,05 (cf. Quadro 47). Deste modo recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal Wallis para se verificar a existência de diferença na UCLA em função do nível de saúde dos idosos.

Os resultados obtidos não se apresentaram significativos ($x^2_{kw}=4,112$, $p=0,250$) o que significa que os sentimentos de solidão UCLA não são maiores ou menores consoante o nível de saúde dos idosos (cf. Quadro 47).

Quadro 47. Comparação de médias de ordens relativas ao UCLA de acordo com o nível de saúde dos idosos.

	Nível saúde último ano	N	Média das ordens	X ² kw	p
UCLATOTAL	não muito boa	4	23,50		
	com pequenos distúrbios	20	24,50	4,112	0,250
	Boa	16	18,75		
	Sempre boa	2	9,50		

No que se refere à distribuição da UCLA de acordo com a variável estado de saúde verificado pelo médico, verifica-se que esta se apresenta normal apenas para o grupo que refere ter a sua saúde suficientemente boa de acordo com a opinião do seu médico (SW=0,901, p=0,116).

Deste modo dada a ausência de normalidade nos restantes grupos recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do UCLA de acordo com o estado de saúde dos idosos na opinião do seu médico não se tendo para o efeito obtido resultados significativos ($\chi^2_{kw}=1,581$, p=0,684) o que significa que os idosos considerados pelo seu médico com níveis mais altos ou mais baixos de saúde não apresentam mais ou menos sentimentos de solidão, conforme o exposto no quadro 48.

Quadro 48. Comparação de médias de ordens do UCLA em função do estado de saúde dos idosos de acordo com o seu médico.

	Estado saúde pelo medico		N	Média das Ordens	X ² kw	p
UCLATOTAL		Péssima	2	29,50		
		não muito boa	2	17,50	1,581	0,684
		Suficientemente boa	14	19,50		
		Bastante Boa	24	22,33		
		Total	42			

Quanto a satisfação com a vida os resultados obtidos na escala UCLA seguem uma distribuição normal apenas no grupo dos idosos que referem estar suficientemente satisfeitos com a sua vida (SW=0,876, p=0,078) sendo que neste caso recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis para se verificar a existência de diferenças significativas nos resultados da UCLA de acordo com a satisfação com a vida dos idosos, tendo-se obtido resultados estatisticamente significativos ($\chi^2_{kw}=12,311$, p=0,002) (cf. Quadro 49). Neste caso podemos afirmar que o

grupo de idosos que refere estar suficientemente satisfeito apresenta resultados superiores na escala de UCLA, significando que apresentam mais sentimentos de solidão ($Me=29,67$), sendo estas diferenças estatisticamente significativas de acordo com o teste post hoc LSD em relação aos que referem estar bastante satisfeitos ($p=0,012$) e em relação aos que se encontram muito satisfeitos ($p=0,000$) (cf. Quadro 50).

Quadro 49. Comparação de médias de ordens relativas ao UCLA de acordo com a satisfação com a vida por parte dos indivíduos.

	Satisfação com a vida	N	Média das Ordens	X ² kw	p
UCLA	suficientemente satisfeito	12	29,67		
	bastante satisfeito	26	20,12	12,311	0,002
	muito satisfeito	4	6,00		
	Total	42			

Quadro 50. Comparação de médias de ordens (Teste LSD).

(I) satisfação com a vida	(J) satisfação com a vida	Diferença de Médias (I-J)	Sig.
suficientemente satisfeito	bastante satisfeito	9,551282 [*]	0,012
	muito satisfeito	23,666667 [*]	0,000

A distribuição dos resultados da escala UCLA apresentam-se normalmente distribuídas apenas no grupo de idosos que refere ter perdido um familiar ($SW=0,840$, $p=0,075$), tendo-se neste caso recorrido ao teste não paramétrico Mann-Whitney, tendo-se concluído que os níveis da UCLA não variam significativamente pelo facto dos idosos terem ou não perdido um familiar ($U=92,00$, $p=0,859$), conforme podemos observar no quadro 51.

Quadro 51. Comparação de médias de ordens relativas ao UCLA em função da perda de um familiar.

	Perda familiar		N	Media das Ordens	U	p
UCLA	Sim		8	16,00		
	Não		24	16,67	92,000	0,859
	Total		32			

A distribuição dos resultados da UCLA apenas se apresenta normal para o grupo de idosos que referem que se encontram bastante satisfeitos com os serviços de saúde (SW=0,920, p=0,167) (cf. Quadro 52).

Neste caso uma vez que a normalidade só se verificou num dos grupos, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis, tendo-se concluído que os sentimentos de solidão (UCLA) são significativamente superiores no grupo dos idosos que refere que os serviços de saúde serem o bastante para as suas necessidades (Me=27,25) (cf. Quadro 52) sendo contudo essa superioridade apenas significativa de acordo com o teste Post-Hoc LSD (cf. Quadro 53), em relação ao grupo de idosos que afirma que os serviços de saúde são muito suficientes para as suas necessidades.

Quadro 52. Comparação de médias de ordens relativas ao UCLA em função da opinião dos idosos em relação aos serviços de saúde.

	Serviços saúde suficientes para necessidades	N	Média das Ordens	X ² kw	p
UCLATOTAL	Suficiente	18	20,72	8,839	0,012
	Bastante	16	27,25		
	Muito	8	11,75		
	Total	42			

Quadro 53. Comparação múltipla de médias (Teste LSD).

(I) serviços saúde suficientes para necessidades	(J) serviços saúde suficientes para necessidades	Mean Difference (I-J)	
Bastante	Suficiente	6,527778	,092
	Muito	15,500000*	,002

Após analisar a escala relativa aos sentimentos de solidão (UCLA) em função de variáveis demográficas, relacionadas com a satisfação com a saúde e com o suporte de entes significativos passaremos a analisar a satisfação dos idosos em função destes mesmos aspectos.

Em relação ao sexo, é possível verificar que em nenhum dos grupos os resultados obtidos na SWLS adoptam uma distribuição normal tendo em conta um nível de significância obtido inferior a 0,05, conforme podemos verificar no quadro 54.

Deste modo recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney tendo-se constatado que não existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo dos idosos ($U=170,00$, $p=0,484$), não se podendo como tal afirmar que os valores da SWLS sejam claramente superiores no sexo masculino, tal como podemos observar no quadro 54.

Quadro 54. Comparação das médias de ordem relativas ao SWLS de acordo com o sexo dos idosos.

	Sexo	N	Média de Ordens	U	p
SWLSTOTAL	Masculino	14	23,36	170,00	0,484
	Feminino	28	20,57		

Relativamente ao estado civil é possível verificar que os resultados da SWLS seguem uma distribuição normal apenas no grupo dos idosos viúvos ($SW=0,810$, $p=0,072$). Uma vez que só apenas este grupo segue uma distribuição normal recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, tendo-se verificado que os resultados do SWLS são superiores no grupo dos idosos viúvos ($Me=26,17$) ($\chi^2_{kw}=16,915$, $p=0,002$), sendo essa superioridade estatisticamente significativa em relação ao grupos dos idosos.

	Estado Civil	N	Média das Ordens	χ^2_{kw}	p
SWLS	Casado	28	25,00	16,915	0,002
	Noivo	4	7,00		
	Separado	2	7,50		
	Divorciado	2	1,50		
	Viúvo	6	26,17		

(I) estado civil	(J) estado civil	Diferença de Médias (I-J)	
Viúvo	Casado	1,67	0,793
	Noivo	19,17	0,005
	Separado	18,67	0,026
	Divorciado	24,67	0,004

Em relação ao grau de instrução dos idosos constata-se que apenas no grupo de idosos com o ensino secundário os resultados da SWLS adoptam uma distribuição normal ($SW=0,94$,

$p=0,437$) (Quadro 48). Neste caso recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal Wallis não se tendo obtido resultados significativos ($\chi^2_{kw}=2,548$, $p=0,280$), o que significa que nenhum grupo de idosos com determinado grau de instrução se apresente mais satisfeito em traços gerais que os restantes, tal como podemos observar no quadro 55.

Quadro 55. Comparação de médias de ordens do SWLS em função do grau de instrução dos idosos.

	Grau de instrução	N	Média de Ordens	X ² _{kw}	p
SWLS	Ensino Básico	16	24,25		
	Ensino Secundário	14	17,36	2,548	0,280
	Ensino Universitário	12	22,67		

Da análise da normalidade da distribuição dos resultados do SWLS em função do facto de se viver ou não com o cônjuge, verificou-se que apenas no grupo dos idosos que referem não viver com o seu cônjuge esta se apresenta normal ($SW=0,941$, $p=0,351$), tendo optado neste caso por recorrer ao teste não paramétrico Mann-Whitney para verificar as diferenças ao nível do SWLS de acordo com o facto de se viver ou não com o seu cônjuge.

Os resultados obtidos neste teste demonstra-se significativos ($U=98,00$, $p=0,008$), podendo assim afirmar que os idosos que vivem com o seu cônjuge encontram em geral mais satisfeitos ($Me=25,00$) tal como se pode observar no quadro 56.

Quadro 56. Comparação de médias de ordens relativas ao SWLS de acordo com o facto de viver com o cônjuge.

	Vive Cônjuge		N	Média de Ordens	U	p
SWLS	-	Não	14	14,50	98,00	0,008
		Sim	28	25,00		

Em relação à normalidade da distribuição dos resultados do SWLS em função do facto de se viver ou não com os filhos, verificou-se que esta não se apresenta normal quer no grupo que refere viver com o cônjuge quer no que não refere (Quadro 57) tendo-se deste modo optado neste caso por recorrer ao teste não paramétrico Mann-Whitney para verificar as diferenças ao nível do SWLS de acordo com o facto de se viver ou não com o seu cônjuge, não se

verificando resultados significativamente superiores no grupo que refere viver com os filhos (U=160,00, p=0,333).

Quadro 57. Diferenças ao nível do SWLS (viver com o cônjuge/filhos).

	Vive filhos		N	Média de Ordens	U	P
SWLS	-	Não	28	20,21	160,00	0,333
TOTAL		Sim	14	24,07		

Quanto ao suporte dado pelo cônjuge ao idoso é possível verificar que a distribuição dos resultados do SWLS apenas no grupo dos que referem não ter suporte (SW=0,946, p=0,386). Recorreu-se deste modo ao teste não paramétrico de Mann-Whitney tendo-se constado que o grupo de idosos que tem suporte do seu cônjuge encontram-se significativamente mais satisfeitos (Me=24,80) (U=113,500, p=0,019), conforme podemos verificar no quadro 58.

Quadro 58. Comparação de médias de ordens relativas ao SWLS em função do suporte do cônjuge.

	Suporte Cônjuge		N	Média de Ordens	U	P
SWLS	-	Não	15	15,57		
TOTAL		Sim	27	24,80	113,500	0,019

Quanto ao suporte dos filhos e parentes a distribuição dos resultados do SWLS não se apresenta normal no grupo dos idosos que tem suporte dos filhos e parentes.

Deste modo, de acordo com o teste não paramétrico de Mann-Whitney, não é possível verificar diferença estatisticamente significativas na SWLS em função do suporte de filhos e parentes (U=100,00, p=0,245), sendo que neste caso os satisfação dos idosos que tem apoio dos seus filhos e parentes não é significativamente superior a dos que não recebem este tipo, conforme podemos verificar no quadro 59.

Quadro 59. Comparação de médias de ordens da SWLS de acordo com o suporte de filhos e parentes aos idosos.

	Filhos e Parentes	N	Média de Ordens	U	P
SWLS	Não	34	20,44	100,00	0,245
	Sim	8	26,00		

Outros dos aspectos a relacionar com a satisfação com a vida dos idosos (SWLS) é o facto de estes terem perdido um familiar, sendo que neste caso a distribuição apresenta-se normal apenas para o grupo dos idosos que referem ter perdido um familiar. Com recurso ao teste não paramétrico de Mann-Whitney é possível verificar que os idosos que perderam um familiar não apresentam níveis nem mais altos nem mais baixos de satisfação relativamente aos que não perderam qualquer familiar ($U=82,00$, $p=0,537$), conforme se pode verificar no quadro 60.

Quadro 60. Comparação de médias de ordens relativas ao SLWS em função da perda de um familiar.

	Perda de familiar	N	Média de Ordens	U	p
SWLS	Sim	8	18,25	82,000	0,537
	Não	24	15,92		

Relativamente ao nível de saúde no último ano a distribuição dos resultados da satisfação (SWLS) apresenta-se significativa apenas para o grupo dos idosos que refere ter a saúde com pequenos distúrbios.

Como tal dada a ausência de normalidade nos restantes grupos utilizou-se o teste Kruskal Wallis para comparar os resultados da SWLS em função dos níveis de saúde do idoso no último ano, tendo-se concluído que não o nível de saúde não é responsável por maiores ou menos níveis de satisfação nos idosos, conforme os resultado do quadro 61.

Quadro 61. Comparação de médias de ordem relativas à SWLS em função do nível de saúde dos idosos no último ano.

	Nível saúde ultimo ano	N	Média de Ordens	X ² kw	P
SWLS	não muito boa	4	30,00		
TOTAL	com pequenos distúrbios	20	18,20	4,596	0,204
	Boa	16	22,38		
	Sempre boa	2	30,50		

Após uma análise das diferenças de valores médios das Escalas PANAS, UCLA e SWLS de acordo com algumas variáveis demográficas e relacionadas com aspectos de satisfação, saúde e de suporte, passamos a verificar a relação existente entre as escalas em estudo.

Deste modo foi analisada a normalidade das escalas PANAS Positivo, Negativo e Total, UCLA e SWLS, tendo-se verificado que em nenhum das escalas se verifica uma distribuição normal tendo em conta o nível de significância obtido no teste de Shapiro-Wilk inferior a 0,05, conforme se pode observar no quadro 62.

Quadro 62. Análise da normalidade da distribuição dos resultados relativos ao PANAS Positivo, Negativo, à escala UCLA e à escala SWLS.

	Shapiro-Wilk		
	SW	df	P
PANAS positivo	,938	42	,024
PANAS negativo	,873	42	,000
UCLA	,871	42	,000
SWLS	,886	42	,001

Sendo assim optou-se por recorrer ao teste de correlação não paramétrico R de Spearman, tendo-se verificado, de acordo com o quadro 63, que:

- Os resultados do UCLAS estão estatisticamente correlacionados com o PANAS Positivo ($R=-0,376$, $p=0,007$) estando correlacionados em cerca de 37,6 , sendo essa correlação fraca e negativa, o que indica que a valores superiores de solidão (UCLA) corresponde, valores inferiores de sentimentos positivos (PANAS Positivo)
- Existe uma correlação entre os UCLA e o PANAS negativo ($R=0,313$, $p=0,022$) de cerca de 31,3% sendo essa correlação fraca e positiva, o que revela que quanto

maiores forem os sentimentos de solidão (UCLA) maior será também a predominância de sentimentos negativos (PANAS Negativo) nos idosos.

Quadro 63. Correlação entre os valores do UCLA e da PANAS positivo e negativo.

		PANAS Positivo		
	UCLATOTAL	Correlation Coefficient	-0,376**	,313*
		Sig. (1-tailed)	,007	,022
		N	42	42

Quanto à relação entre a escala de satisfação (SWLS) e as escalas de sentimentos positivos (PANAS Positivo) e de sentimentos negativos (PANAS Negativo), podemos verificar, conforme o quadro 64, que:

- Existe relação significativa da satisfação com o PANAS Positivo ($R=0,346$, $P=0,013$) sendo essa relação fraca e positiva, o que indica que quanto maior for a satisfação dos idosos maior o predomínio de sentimentos positivos
- Não há relação significativa entre a satisfação (SWLS) e a existência de sentimentos Negativos dos idosos (PANAS negativo) ($R= -0,238$, $p=0,065$).

Quadro 64. Correlação entre os valores do SWLS e a PANAS positivo e negativo.

		PANAS positivo		
	SWLSTOTAL	Correlation Coefficient	,346 [*]	-,238
		Sig. (1-tailed)	,013	,065
		N	42	42

Por fim analisou-se a relação entre a satisfação (SWLS) e o sentimentos de Solidão dos idosos (UCLA), tendo-se obtido uma correlação estatisticamente significativa moderada e negativa ($R=-0,405$, $p=0,004$) o que significa que quanto maiores forem os sentimentos de solidão dos idosos menor é a sua satisfação com a vida, conforme podemos observar no quadro 65.

Quadro 65. Correlação entre satisfação (SWLS) e Sentimentos de Solidão (UCLA).

		SWLSTOTAL		
Spearman's rho	SWLSTOTAL	Correlation Coefficient	1,000	-,405**
		Sig. (1-tailed)	.	,004
		N	42	42
	UCLATOTAL	Correlation Coefficient	-,405**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,004	.
		N	42	42
**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).				

4.3. ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo apresenta os pressupostos e os principais resultados da pesquisa empírica: são apresentadas as características da amostra para posterior exame dos resultados, subdivididos em categorias temáticas. Os principais dados da relação passiva e activa do indivíduo idoso no próprio contexto familiar e na sequência, os dados sobre a participação social e os resultados da avaliação do bem-estar do idoso. 1) **Idade:** Entrevistamos 42 indivíduos idosos (28 mulheres e 14 homens), com uma média de 68,95 anos. 34 dos entrevistados (80,95%) têm entre 65 e 74 anos e 6 (14,28%) estão na faixa etária entre 75-84 anos. Todos os entrevistados nasceram na Itália, nas seguintes cidades: Ravenna, Roma, Ferrara, Milano, Trento, Forli, Cesena, Bologna, Benevento, Lugo di Romagna,

Ancona e Erice (Trapani). Actualmente, todos vivem na Província de Ravenna: 22 (52,38%) centro histórico, 18 (42,85%) centro da cidade e periferia e 2 (4,76%) moram em bairros. 2) **Nível de Instrução:** Todos os idosos responderam às perguntas sobre o estado civil e sobre a auto percepção de saúde. Em relação à educação, todos os idosos responderam o grau de instrução que possuem: Completaram a escola elementar 6 (42,85%) dos homens e 2 (7,14%) das mulheres e frequentaram a escola média 8 (28,57%) das mulheres. Enquanto os que frequentaram a escola superior ou a universidade são respectivamente 8 (57,14%) dos homens e 18 (64,28%) das mulheres entrevistadas. 3) **Estado Civil:** Os idosos de Ravenna na maior parte dos casos são casados. Dos entrevistados são 28 (66,66%). A percentagem de mulheres solteiras (14,28%) é superior ao status relativo de partes separadas ou divorciadas (7,14%). Viuvez vale muito mais para as mulheres (9,52%) do que para os homens (4,76%). A percentagem de inquiridos na condição viuvez está entre 65-74 anos. A percentagem de homens casados é 71,42%, em comparação com uma percentagem menor de mulheres (64,28%). Com quem vivem os idosos: Quase todos os idosos da amostra (90,47%) vivem com outras pessoas, principalmente dentro de um contexto familiar. 42,85% vivem com seus cônjuges, 23,80% com seu cônjuge e filhos. Contudo, não é de negligenciar a percentagem de idosos que vivem sós, 9,52% de 42 pessoas. 4) **Habitação:** Solidão e habitação, como resultado de uma combinação de circunstâncias adversas certamente é um importante factor de desconforto. No entanto autonomia residencial pode ser um factor positivo se o resultado for para um indivíduo acompanhado por uma boa saúde, de boas condições económicas e uma frequência de relações externas com parentes e amigos. Estes dados mostram que os idosos não estão entre os principais beneficiários da política habitativa pública. Os idosos de Ravenna na grande maioria dos casos vivem em casa de sua propriedade: 26 mulheres (92,85%) e 14 homens (100% dos entrevistados). São poucos os que pagam aluguer 2 mulheres (7,14%). Em relação à hipótese de trocar de casa, 24 mulheres (85,71%) responderam que não trocariam de casa, enquanto 14,28% gostariam de mudar de residência. No caso dos homens 100% responderam estar satisfeitos com suas casas e não mudariam de residência. 5) **Pensão e Trabalho:** O fato da pessoa ter entrado na idade considerada idosa, não significa que ela tenha se retirado do mundo do trabalho: apesar da principal fonte de renda dos idosos derivar da pensão (100% dos homens e 92,85% das mulheres). As mulheres mais frequentemente são dependentes da família: duas idosas são dona de casa (4,76%) não são pensionadas. Em relação às pesquisas sobre as rendas, 71,42% declararam que a renda é suficiente; declararam insuficiente (19,04%) e 9,52% não respondem a essa pergunta. A retirada do trabalho, uma vez que atingem a idade da reforma,

pode constituir para as pessoas idosas um evento traumático, capaz de desestabilizar o equilíbrio físico e mental. Aposentadoria pode ser entendida como a retirada de uma vida activa e produtiva. Também é verdade que esse tempo pode ser vivido em harmonia, como um evento positivo com que o sujeito recupera a sua altura. O fato é que a aposentadoria certamente implica uma mudança na organização dos ritmos diários sociais e em relação a familiares.

6) **Pensão suficiente/insuficiente para viver:** Em relação à avaliação feita sobre a pensão que os idosos aposentados recebem, se é suficiente para se manter, 30 (71,42%) entrevistados responderam que sim, 8 (19,04%) entrevistados responderam não ser suficiente e 4 entrevistados (9,52%) não responderam a essa questão. 28 (66,66%) entrevistados disseram receber apenas pensão, enquanto outros 10 entrevistados (23,80%) tem rendas pessoais como aluguéis de imóveis, 4 (9,52%) entrevistados não responderam a essa questão.

7) **Família e Rede Social:** A questão da ajuda traz à tona o papel das redes de apoio familiares que estão relacionados com a coexistência ou não. As redes familiares constituem-se numa área de sociabilidade. Isto apesar da existência de alterações estruturais importantes atribuíveis aos processos de família nuclear para as famílias de única pessoa, a redefinição dos papéis, na condição de idosos sem redes familiares próximos: sem filhos, com a instabilidade conjugal. A proximidade de vários núcleos familiares permite a criação de redes informais de apoio, através da solidariedade entre gerações na prestação de ajuda e apoio para os componentes familiares em necessidade: idosos frágeis, mães que trabalham fora, sobrinhos, etc. A leitura de dados relativos às pessoas com quem gostariam de viver, aponta para a satisfação dos entrevistados por continuarem a viver da forma como estão: 18 mulheres (64,28%) casadas vivem com o cônjuge; 4 mulheres (14,28%) são solteiras e vivem com a família; 4 viúvas (14,28%) vivem com os filhos e 2 mulheres (14,28%) separadas/divorciadas vivem sozinhas. Em relação aos homens: 10 (71,42%) casados vivem com o cônjuge; 2 (11,76%) são separados/ divorciados vivem sozinhos e 2 (11,76%) viúvos vivem com os filhos. Esses dados apresentados pelos idosos confirmam que o ambiente familiar e parental continue a ser o lugar privilegiado para as relações sociais.

8) **Ocupação do tempo livre, interações familiares e extra-familiares:** As mulheres preferem ocupar o tempo livre, principalmente com rádio/TV, seguidos por ler jornais e revistas, leitura de livros, conversar com os amigos e conversar com os vizinhos. Os homens preferem ocupar o tempo livre com rádio/TV, seguidos por jogos de cartas, ler jornais e revistas, leitura de livros, conversar com os amigos e conversar com os vizinhos.

9) **Religião:** Entre os homens, 08 (57,14%) declararam ter religião católica, 06 (42,85) declararam não ter nenhuma religião, porém crêem em Deus. Entre as mulheres, 12 (42,85) declararam ter religião

católica, 16 (57,14%) declararam não ter nenhuma religião, porém crêem em Deus. 10) **Saúde:** Apesar das doenças das quais declararam sofrer, a avaliação do próprio status de saúde da parte dos idosos é substancialmente boa. Dos entrevistados 24 (57,14%) se consideram de modo positivo (bem e muito bem), 14 (33,33%) disseram que têm pequenos distúrbios e 4 (9,52%) responderam que não estão muito bem de saúde. 11) **Transportes/Serviços Públicos:** Em geral, os serviços públicos são suficientes para as necessidades de: 8 entrevistados (20,74%) avaliaram como muito suficientes, 14 (33,33%) bastante suficientes e 20 (47,61%) suficientes. Porém, 32 dos entrevistados (76,19%), sendo a maior parte, respondeu não usar os transportes públicos. 12) **Satisfação com a vida:** 6 (14,28%) disseram estar muito satisfeitos com vida; 24 (57,14%) bastante satisfeitos e 12 (28,57%) suficientemente satisfeitos. A percentagem entre muito satisfeitos e bastante satisfeitos atingiu 71,42%, 30 dos entrevistados.

4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para estimar a associação entre solidão e bem-estar subjectivo e as variáveis demográficas, socioeconómicas e de saúde foi realizada uma análise de regressão logística binária múltipla. As variáveis independentes foram classificadas em três grupos: o **demográfico** (sexo, idade, estado conjugal, ter família), o da **saúde** (auto-percepção da saúde) e o **socioeconómico** (habitação, pensão, trabalho e outras rendas pessoais). Como destacado anteriormente, foram considerados idosos os indivíduos de idade de 65 a 74 anos (jovens idosos) e 75 a 84 anos (idosos médios). Quanto ao estado civil, os idosos foram classificados em quatro categorias: solteiros; casados ou em união consensual; viúvos; separados ou divorciados. Em relação à educação, os idosos declararam possuir o nível elementar, escola média, escola superior e universidade. Para construir o nível sócio-económico do idoso foram utilizadas informações de rendimento por aposentadoria ou pensão, ajuda de familiares, aluguel ou aplicações bancárias, ajuda do bem-estar-social e rendimentos de outras fontes. Estudos sobre a terceira idade enfatizam que os processos de exclusão que afectam essa população são de diversas naturezas. Se o nível de saúde é essencial para a qualidade de vida da pessoa idosa e para a sua autonomia, a análise mais

recente leva em conta outros factores que podem melhorar a integração desses indivíduos na sociedade e sua capacidade de ser um sujeito activo. O estudo dos factores que influenciam o processo de envelhecimento mostra não ser exclusivamente associado às questões de saúde, mas devem ser considerados principalmente os factores relacionados ao nível sócio-econômico, cultural e educacional, e especialmente, os aspectos afectivo-relacionais que ocorrem na esfera das redes familiares e nos problemas sociais em que os idosos estão inseridos. A importância do factor educacional/cultural foi estabelecida em relação à eficiência intelectual do idoso como possibilidade de um exercício contínuo. A presença do estímulo intelectual e cultural, mesmo após a reforma é essencial para os idosos poderem manter uma posição activa na sociedade. Na verdade, sabemos que a condição económica dos indivíduos no processo de envelhecimento torna a vida mais difícil e dolorosa para aqueles que têm poucos recursos económicos, quando muitas vezes são forçados a depender da ajuda económica dos outros ou então, nos piores casos, a abandonar a própria casa e sobreviver em condições de isolamento e solidão. Neste contexto, é fundamental o papel desempenhado pela família e pelas redes sociais. A ajuda emocional que as redes afectivas podem oferecer ao idoso para lidar com suas dificuldades e seus problemas de saúde, económicos e psicológica é crucial. Não é por acaso que nos contextos regionais e locais em que as redes familiares estão muito presentes como suporte aos componentes idosos, o risco de marginalização social do tipo económico seja menos relevante. O foco desta pesquisa é avaliar a influência do sentimento de solidão no bem-estar subjectivo do idoso e, neste caso, o papel da família e das redes de apoio ao idoso é fundamental.

Com base em 42 entrevistas em profundidade realizadas, este estudo abordou aspectos associados ao sentimento de solidão que poderiam estar presentes entre idosos. Os resultados indicaram que os entrevistados não admitiram o sentimento de solidão como algo que permeasse suas vidas, mas como algo momentâneo, sentimento com o qual eles lidariam com relativa facilidade. Para Victor *et al.* (2000), devido ao estigma da solidão algumas pessoas podem ter dificuldades para admiti-la. A dificuldade de identificar-se como solitário e a omissão da sensação de solidão faz, por curtos períodos, que as prevalências de solidão possam estar subestimadas. É ponderável que o conceito de solidão seja bastante variável e subjectivo e, independentemente do tamanho da rede de relacionamento dos idosos e do contacto que mantêm com outras pessoas, eles podem ou não se julgar solitários. No caso dos idosos de Ravenna, ao mesmo tempo em que negavam sentir solidão, alguns admitiam que existissem momentos em que se sentiam mais solitários. A relação com a

família, amigos e vizinhos permite que os idosos não se sintam isolados e solitários e possam interagir com outras pessoas.

Indicaram os filhos como as relações mais significativas e os amigos como os mais efectivos para o bem-estar psicológico. Os mecanismos para evitar a solidão adoptados pelos entrevistados no presente estudo estão relacionados à espiritualidade e à actividade social, bem como à interacção com familiares e amigos. De fato, o exercício constante em preencher o tempo com actividades ou mesmo o contacto com amigos e familiares podem permitir que estas pessoas realmente não se sintam solitárias. Wen *et al.* (2006) afirmaram, com base em seus estudos, que a percepção positiva dos idosos acerca do apoio de vizinhos, de amigos e da família está directamente ligada à boa saúde dos idosos. Segundo esses autores, percepções são importantes, uma vez que influenciam processos que afectam a saúde. Assim, ampliar o senso de viver em comunidade entre as pessoas pode ser uma via pela qual os idosos possam continuar se sentindo inseridos nas várias actividades da sociedade, por meio de grupos de apoio e convivência. No presente estudo, o maior medo dos idosos pareceu ser a necessidade de ficar sozinho na presença de alguma doença. Este sentimento, entretanto, poderia ser minimizado por meio da companhia de outra pessoa, com a qual os idosos poderiam contar: cônjuge, filhos e parentes e mesmo amigos e conhecidos. Ser cuidado por um familiar pode ser encarado como uma retribuição ao carinho e cuidado que estes idosos ofereceram ao longo de suas vidas, um caminho natural de uma sociedade acostumada a cuidar de seus pais na velhice.

LIMITAÇÕES E PROBLEMAS

“O segredo de uma velhice agradável
consiste apenas na assinatura de um
honroso pacto com a solidão”

(Gabriel Garcia Marquez)

Esta tipologia de pesquisa tem suas limitações inerentes: ela não visa e nem permite generalizações, ou seja, uma possibilidade mais directa e concreta de utilização dos dados, até por sua característica de trabalhar com um número reduzido de sujeitos; busca outrossim, o desvendamento de aspectos e significados que não têm como ser catalogados em testes ou escalas e que, portanto, não são apreendidos nas pesquisas quantitativas (Turato, 2003). Outros motivos que apresentaram limitações na operacionalização na amostra da relação do sentimento de solidão e do constructo do BES podem ser considerados os seguintes: a) trata-se de uma construção intelectual impossível de observar, concretamente, todos os fenómenos que circundam esse processo; b) o constructo possui múltiplas dimensões; c) resulta da actuação de muitos eventos concorrentes, ou seja, é multideterminado; e d) os modelos teóricos, a literatura empírica e os instrumentos disponíveis nos quais foram inspirados é novidade do tema para a pesquisadora.

CONCLUSÃO

“Não importa se a estação do ano muda, se o século vira, se o milênio é outro. Se a idade aumenta, conserva a vontade de viver: não se chega à parte alguma sem ela”.

(Fernando Pessoa)

A qualidade de vida das pessoas é hoje preocupação proeminente (embora, talvez não preeminente) de educadores, psicólogos, políticos e activistas dos direitos do homem. Conceito vago e abrangente, a qualidade de vida inclui, essencialmente, dois elementos: as condições de vida e a experiência de vida (George e Bearon, citados por Hughes, 1993, p. 230). A primeira componente refere-se ao conjunto de factores externos (rendimentos, nível socioeconómico, etc.) que influenciam como os indivíduos experienciam e avaliam a sua vida. A experiência de vida corresponde ao que designamos aqui por bem-estar subjectivo (BES), é a avaliação que as pessoas fazem da sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma (aspecto cognitivo), quer em termos das suas reacções emocionais positivas e negativas (aspecto afectivo). Urge a formação de uma nova consciência sobre envelhecimento, que busque quebrar mitos e tabus, destruir estereótipos, e que crie novas formas de viver, redefinindo modelos económicos, atacando pré-conceitos, mostrando que o ser que amadurece pode ser tão transformador e criativo quanto qualquer outro que esteja se desenvolvendo, modificando a cultura familiar e social onde está inserido — local de onde abstrai os valores e significados sobre a velhice, cristalizando um conceito de envelhecimento. É exatamente aqui, o momento da prevenção de psicopatologias, o momento da construção do envelhecimento saudável.

Em relação às questões suscitadas sobre: a) Qual avaliação que mulheres e homens idosos fazem em termos de sentimentos de isolamento e de solidão? b) Como se caracteriza a rede de relações sociais de mulheres e homens idosos, avaliada em termos de quantidade, qualidade e natureza dos relacionamentos e que relação tem com os sentimentos

de isolamento e de solidão e com o bem estar subjectivo? c) Qual a avaliação de homens idosos sobre o bem-estar subjectivo? A maioria dos entrevistados é unânime em afirmar que o sentimento de solidão é resultado de uma atitude de fechamento que impede a relação com o outro. Resulta deste estudo de pesquisa, que os indivíduos idosos sentem-se pouco sós e inseridos em uma rede social que os protege da marginalização. Além do mais, percebendo que a solidão às vezes provoca sofrimento, acredita-se que tal mal-estar possa ser superado com a companhia de amigos, com uma relação amorosa, com uma família numerosa ou com um trabalho social. Os resultados mostraram, também, que os sentimentos de solidão implicam dimensões que estão ligadas às relações sociais e que na velhice podem ser encontradas condições de bem-estar bastante heterogêneas, porém, o maior bem-estar subjectivo está associado a factores de carácter psicológico (perceber a própria vida como significativa), afectivo (ter pessoas queridas com quem se relacionar), espiritual (ter fé e esperança em relação à finitude); ao estado de saúde e a alguns factores sociodemográficos. Estes dados, em acordo com outras pesquisas, não favorecem a imagem estereotipada do envelhecimento, mas testemunham o crescente número de idosos activos e desejosos que, apesar das problemáticas psicossociais e de saúde, participam de actividades recreativas, facilitando as relações com os outros e promovendo o surgimento de relações que dão um suporte emocional e instrumental. Os idosos, então, podem desenvolver estratégias pessoais que permitem tolerar as frustrações derivadas da solidão e apreciar o crescimento e o desenvolvimento pessoal. Na maior parte não foram evidenciadas diferenças relativas à residência, ao sexo e à idade, seja na percepção da solidão, ou seja, na sua avaliação em relação às diversas problemáticas.

O valor prático deste estudo foi prover uma oportunidade para examinar a situação de vida real, os sinais e os sintomas do sentimento (objectivos e subjectivos) dos indivíduos idosos. O presente trabalho não fornece dados, de acordo com os diversos referenciais consultados foi possível constatar que os indivíduos idosos aqui estudados não apresentam sintomas de solidão e demonstraram estar bastante satisfeitos com a sua qualidade de vida, portanto, podemos concluir, que sobre a problemática aqui investigada, é imperioso que se continuem as pesquisas. Consideramos, também, de extrema relevância o aperfeiçoamento de modelos explicativos para o BES e como esse constructo relaciona-se com outras variáveis psicológicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O que viveu mais não é aquele que viveu até uma idade avançada, mas aquele que mais sentiu na vida”.

(Jean-Jacques Rousseau)

O estudo de bem-estar subjectivo é de substancial importância para a Psicologia em contextos variados. Quando políticos procuram entender como melhorar a qualidade de vida das populações, avaliações de bem-estar subjectivo são necessárias para complementar as medidas objectivas como os índices económicos. Indicadores sociais objectivos, como renda per capita e índices de violência, medidos e utilizados isoladamente, não permitem a verificação do bem-estar subjectivo. Qualidade de vida e a satisfação da vida representam temas particularmente actuais e relevantes das pesquisas europeias nos últimos quinze anos (Heller, Watson, e Ilies, 2006; Ryan e Deci, 2001).

A partir do século XXI, tais conceitos conquistaram particular importância, especialmente no âmbito psicológico, onde a atenção é dirigida em particular às pessoas idosas, tendo-se em conta o aumento da expectativa de vida média a cerca de 80 anos ocorrido na última década, devido ao progresso biomédico, sócio-político e psicológico. O interesse nas pesquisas sobre bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas em Psicologia não é, apenas, sobre os factores do aumento da idade da população, mas também em melhorar a qualidade de vida das pessoas. Alcançar e viver em melhor forma a idade adulta é o desafio que se pretende concretizar. Os meios para atingir esse objectivo partem de uma maior sensibilização das variáveis que permitem envelhecer "bem", um aumento significativo no sentido da auto-eficácia; maior atenção à dieta e ao exercício físico a respeito do estilo de vida utilizado; percepções de melhoramento no que diz respeito às funções de memória; níveis mais elevados de satisfação com a vida e sensação de ter um maior controle da emoção e motivação.

O presente estudo buscou verificar a relação entre o sentimento de solidão e o BES nos indivíduos idosos. Os resultados encontrados no presente estudo indicam que a personalidade apresenta uma consistente relação com os componentes de bem-estar subjectivo e sugerem que, a continuidade e aperfeiçoamento de pesquisas sobre o tema na Itália podem ser proveitosos. A ampliação da amostra, com a inclusão de pessoas de outras regiões italianas, bem como outros dados sociodemográficos, seria interessante para testar a estabilidade dos resultados encontrados em função dessas variáveis. É importante levantar dados com idosos em diferentes regiões, diferentes etnias e pertencentes a diversos extractos sociais, controlando-se variáveis de personalidade e psicossociais, para verificar se esses dados se repetem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbate C., Luzzati C. (1998). Linguaggio, in M. Cesa-Bianchi, T. Vecchia (a cura di). Elementi de Psicogerontologia. Franco Angeli, Milano.

Abreu, V. P. S. (2000). Memória e envelhecimento. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

Adkins, G., Martin, P., & Poon, L. W. (1996). Personality traits and states as predictors of subjective well-being, in centenarians, octogenarians and sexagenarians. *Psychology and Aging*, 12, 408-416.

Albrecht, G. L. & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, 977-988.

Albuquerque, S. M. R. L. (2005). Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Dissertação de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Allport, G. W. *The individual and his religion*. New York, MacMillan, 1950.

Almeida, L. B. (2006). *A Idade não perdoa? O Idoso à Luz da Neurologia Gerontologica*. Gradiva-Publicações, Lisboa – Portugal.

Amoretti, G., Ratti, M. T. (1994) – *Psicologia e Terza Età – Prospettive Psicologiche Sul Tema dell'invecchiamento*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Angerami, C. V. A. (1990). *Solidão: ausência do outro*. São Paulo: Coleção Novo Umbrais.

Antonini, F. M. (1997). *I migliori anni della nostra vita*. Milano: Mondadori.

Antonucci, T. C. (1985) - Personal characteristics, social support and social behavior - In R. H. Binstock & E. Shawas (eds.) - *Handbook of aging and the social sciences*, 2nd Ed, p. 94-128 - New York: Van Nostrand Reinhold.

Antonucci, T. C. (1994). A life-span view of women's social relations. Em: B. F. Turner, & L. E. Troll (Eds.). *Women growing older: psychological perspectives*, (p.239-269). Sage Publications.

Atcheley, R. C. (1991). The influence of aging or frailty on perceptions and expressions of the self: theoretical and methodological issues. Em J. E. Birren (Ed.). *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, (p. 207- 225). San Diego: Academic Press.

Atcheley, R. C. (1999). Continuity theory, self, and social structure. In: C. D. Ryff & V. C. Marshall (Eds.). *The self and society in aging process*, (pp. 122-149). New York: Springer.

Baltes, P.B., & Baltes, M. M.(eds.) (1990). *Successful aging. Perspectives from the behavioral science*. New York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1991). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Em: P. B. Baltes e M. M. Baltes (eds.) *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press.

Baltes, P. B. & Mayer, K.U. (1999). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy. Mechanism in Humain Agency, in “Humain Psychologist”.

Bandura, A. (1986) - *Social foundations of thought and action. A social cognitive Approach* - Englewood Cliffs, NJ: Prantice Hall.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Baroni, R. M. e Getrevis, A. (2005) – *La Valutazione Psicologica dell' Anziano*. Carocci Editore, Roma.

Barros, D. I. R. (1993). *Algumas considerações sobre a Gerontologia Social*. Rio de Janeiro: Gama Filho.

Barros, J. H. (2008) - Psicologia do Idoso: : Temas Complementares - Coleção Livpsic.

Beauvoir, S. de (1970) - A Velhice - Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
_____ (1971) – La Terza Età. Giulio Einaudi Editore s.p.a., Torino.

Bengston, V. L. & Schaie, K.W. (eds.) (1997). Handbook of theories of aging. New York: Springer.

Berger, L. e Maill-Poirier, D.(1995). Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global, Lisboa, Lusodidacta.

Birren, J., & Sloane, R. B. (1980). Handbook of Mental Health and Aging. EUA, Co-editors.

Bertini, M. (1988). Psicologia e Salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Bize, P. R. & Vallier, C. (1985). Uma Vida Nova: a terceira idade. Viseu: Edições Verbo.

Boff, L. Espiritualidade: dimensão esquecida e necessária. 2003.
www.cuidardoser.com.br/espirtualidade-dimensao-esquecida-e-necessaria.htm
_____, Tempo de transcendência. RJ, Sextante, 2000.

Bowlby, J. (1969) - Attachment and loss – V.1. Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1982). Costruzione e Rottura dei Legami Affettivi. Raffaello Cortina. Milano.

Braam, A. W. *et al.* Cosmic Gerotranscendence and Framework of Meaning of Life: Patterns among Older Adults in the Netherlands. The Journal of Gerontology, May 2006. 61 B, 3. ProQuest Medical Library, S121.

Bradburn, N. M. (1969) - The structure of Psychological well-being. Chicago: Aldine.

Bronstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C.L.M., Moore, K. A, & The Center for Child Well-Being (Eds.) (2003). Bem-estar. Desenvolvimento positivo ao longo da vida. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bruchon-Schweitzer, M. (2005). Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod.

Cachioni, M. Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a Terceira Idade: a experiência dos alunos da Universidade São Francisco. Campinas, 1998. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, UNICAMP.

Calado, D. F. (2004), "Velhice - Solidão ou Vida com Sentido?" in Quaresma, M. L. *et al.* O Sentido das Idades da Vida – Interrogar a Solidão e a Dependência, Lisboa, ISSS-CESDET, p. 51-72.

Caldas, C. P. (1997). A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ.

Camarano, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, EV; Py, L; Neri, AL; Cançado, FAX; Gorzoni, ML; Rocha, S M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 58-71. 2002.

Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. L. (1976). The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions. New York: Russell Sage Foundation.

Candesus, B. (1991). I nostri genitori invecchiano, le crisi familiari nella quarta età. Raffaello Cortina, Milano.

Cangulhem, G. (1995). O normal e o patológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Capitanini, M. E. Sentimento de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil, 2000.

Caprara G. V., Gennaro, A. (1987). Psicologia della Personalità e delle differenze individuali. Il Mulino, Bologna.

Carstensen, L. L. (1993) - Motivação para contato social ao longo do curso de vida: uma teoria de seletividade socioemocional- In Neri, A. L. (1995) - Psicologia do Envelhecimento – Campinas: Papyrus, SP - (tradução do original em inglês por Anita Neri e Lucila L.L. Goldstein, publicado.

Carvalho Filho, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Neto, M. (org). Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

Cesa-Bianchi, M. (1998). *Giovani per sempre? L'arte d' invecchiare*. Roma-Bari: Laterza.

Chattat, R. (1998). *Fonti dell'errore nell'uso Clinico dei Test*, in G. Mucciarelli (a cura di). *Argomenti di Psicometria. 4 Temi e Applicazioni in Psicometria*. Pitagora, Bologna.

Chattat, R. (2002). *La valutazione dell'Anziano*, in G. Mucciarelli, R. Chattat. G. Celani (a cura di). *Teoria e Pratica del Test*. Piccini, Padova.

Chattat, R. (2004) – *L' Invecchiamento – Processi Psicologici e Strumenti di Valutazione*. Carocci Editore, Roma.

Chatters, L. M., Levin, J. S., & Taylor, R. J. (1992). *Antecedents and dimensions of religious involvement among older black adults*. *Journal of Gerontology*.

Clarke, P., *Public policy in the US and Canada: Individualism, familial obligation and collective responsibility in the care of the elderly*, in J. Hendricks e C. J. Rosenthal (Eds.), *The remainder of their days: Domestic policy and older families in the United States and Canada*, New York, garland Publishing, 1993.

Clarke, P. (2003). *Towards a greater understanding of the experience of stroke: integrating quantitative and qualitative methods*. *Journal of Aging studies*.

Cohen, L. M., McCharque D.E., & Collins F.L. (2003). *The health psychology handbook*. London: Sage.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. *Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1980.

Costa, P. T.; McCrae, R. *Neuroticism, Somatic Complaints, and Disease: is the bark worse than the bite*. *Journal of Personality*, Volume 55, p. 299-316, 1987.

Costa P. T., Mc Crae P. R. *Personality in Adulthood. A Six Longitudinal Study of Self reports and Spouse rating on the Neo Personality Inventory*, in “*Journal of Personality and Social Psychology*”, 1998.

Costa, P. T., Jr. & Widiger, T. A. (2002). *Introduction*, in P. T. Costa & T. A. Widiger (Orgs.). *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. (2^a ed., pp. 3-16). Whashington, DC: American Psychological Association.

Creecy, R. F.; Berg, W. E. & Wright, R. (1985) - Loneliness among the elderly: a Positive approach - Journal of Gerontology, 40, 487-493.

Cumming, E., Dean, L.R., Newell, D. S. e McCaffrey, I. Disengagement: A tentative theory of aging. Sociometry, 23, 23-25. 1960

Cugno, A. (2004). Il dialogo tra le generazioni. Formazione e comunicazione oltre le frontiere. Milano: Angeli.

Cumming, E., & Henry, W. E.(1961). Growing old: the process of disengagement. New York: Basic Books.

Cutrona, C. E. (1982) - Transition to college: loneliness and the process of social adjustment - In L. A. Peplau & D. Perlman (eds.) - Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, research and therapy, pp. 291-309 - New York: Wiley.

De Freitas *et al.* Perspectivas das pesquisas em Gerontologia e Geriatria: revisão da literatura. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2002.

De Jong-Gierverd, J. & Raads Chelders, J. (1982) - Types of loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), Loneliness: a source book of current theory, research, and Therapy, p. 105-119. New York: Wiley (Interscience)

Delle Fave, A. (2004). Editorial: Psicologia Positiva e a Busca da Complexidade. Investigação em Psicologia, Edição Especial sobre Psicologia Positiva, 27, 7-12.

Deneve, K. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta analysis of 137 personality traits and subjective well-being. Psychological Bulletin, 124, 197-229.

Desfilis, E. S. & Torris, M. C. A. (1996) - Viudez y salud física e viudez y ajuste Psicológico Muerte y Viudez a lo largo del processo de envejecimiento - In Narciso Saéz Navio (org.) - Tratado de Psicogerontologia - Promolibro: Valencia.

Dibo, J. L. A. (2004). Pré-concepção do funcionamento cognitivo: uma proposta de prevenção e promoção do envelhecimento saudável. Monografia. Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Diener, E. Subjective Well-being. Psychological Bulletin, Volume 95, p. 542-575, 1984.

Diener, E., Emmons, R.; Larsen, R.; Griffin, S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, Volume 49, número 1, p.71-75, 1985.

Diener, E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157, 1994.

Diener, E., Diener, M., & Diener, C.(1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864.

Diener, E. & Suh, M. E. (1997) - Subjective well being and age: na international Analysis - In K. W. Schaie & M. Powell Lawton (eds.) - *Annual review of Gerontology and feriatrics*, v. 17, p. 304-32.

Diener, E., & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and old age: An international analysis. Em: K. W. Schaie & M. P. Lawton (org.) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, V. 17. Focus on emotion and adult development. (p. 304-324). Nova York: Springer.

Diener, E., & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and old age: An international analysis. Em: K. W. Schaie & M. P. Lawton (orgs.) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, v. 17. Focus on emotion and adult development, (p. 304-324). Nova York: Springer.

Diener, E. e Lucas, R. E., *Personality and subjective well-being*, in D. Kahneman, E. Diener e N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The fundatons of hedonic psychology*. New York, Russell Sage Foundation, 1999, p. 213-229.

Di Prospero, B. (ed.) (2004). *Il futuro prolungato. Introduzione alla psicologia della terza età*. Roma: Carocci.

Doll, J. (1997) - Fatores influenciando a satisfação de vida de pessoas idosas, no Brasil e na Alemanha - Relatório de pesquisa, não publicado, Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dykstra, P. A. (1995) - Loneliness among the never and formerly married: The Importance of supportive friendships and a desire for independence - *Journal of Gerontology - Social Sciences*, 50 B (5), S321 – S329.

Edelstein, B., Staats, N., Kalish, K. D., Northrop L. E. (1998) – Valutazione degli Anziani, in M. Hersen, V. B. Van Hasselt (a cura di). Trattamenti Psicologici nell' Anziano. Mc Grau-Hill. Milano.

Elias, A. C. A. (2003). Re-significação da dor simbólica da morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21, (3), p. 92-97.

Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.

Ellison, C. W. (1978) - Loneliness: a social developmental analysis - *Journal of Psychology and Theology*, 6, 3-17. Artes Médicas, 1998.

Erikson, E. H., *Childhood and society*. Norton, New York, 1963, 2º Ed.

Erickson, E. H., Erickson, J. M. e Kivnick, H.Q.. *Vital involvement in old age*. Norton, & Co. New York, 1986.

Erickson, E. H. *O ciclo de vida completo. Versão ampliada com novos capítulos sobre o nono estágio do desenvolvimento* por Joan M. Erikson. Artmed, Porto Alegre, 1998.
Estudos de Psicologia-Campinas - Volume 25, número 1, janeiro/março/2008, Campinas/SP.

Featherman, D. L., Smith, J., & Peterson, J. G. (1991). Successful aging in a post-retired society. Em: P. B. Baltes & M. M. Baltes (eds.) *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. (pp. 50-93). Cambridge: Cambridge University Press.

Fees, B. S., Martin, P., Poon, L. W.(1999). A model of loneliness, in older adults. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, Vol. 54B, No. 4, P231 – P239.

Fernandes, Purificação (2002), *A Depressão no Idoso*. 2ª ed, Coimbra, Quarteto.

Ferrey, G. (1994). *Psicologia Geriátrica*. Masson, Milano.

Filippi, F. (2003), “A Terceira Idade: análise demográfica. Sector Centro de Documentação Maderna, 2003.

Fontaine, R. (1999) – *Manuel de Psychologie du Vieillessement/Dunod*, Paris. Tradução de José Nunes de Almeida: *Psicologia do Envelhecimento (2000)* - Publicada a tradução por Climepsi Editores- Lisboa/Portugal.

Foucault, M. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

Fromm-Reichmann, F. Loneliness. *Psychiatry*, Volume 22, p.1-15, 1959.

Gerardi, E. & Peirone, L. (1989). Vivere sani, vivere sereni. Per una psicologia della salute. Cuneo: Edizioni L'Arciere.

Gerardi, E. & Peirone, L. (1991). UNITRE, ovvero educare alla salute. In Regione Piemonte (ed.) Convegno Nazionale di Studio "Cultura e Terza Età" (Torino, 17-18 novembre 1989).

Gierfeld, J. J. A review of loneliness; concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, v. 8, n. 1, p. 73-80

Gignac, N. A. M., Cott, C., & Badley, E. M. (2000). Adaptation to chronic illness and disability and its relationship to perceptions of independence and dependence. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B (6), 362-372.

Glass, J. C. Jr, & Jolly, G. R. , (1997) - Satisfaction in later life among women 60 or over - In *Educational Gerontology*, 23 : 297-314 , Taylor & Francis.

Goldberg, E. (2005). The wisdom paradox. How your mind can grow stronger as your brain grows older. New York: Elkhonon Goldberg (tradução italiana Il paradosso della saggezza. Come la mente diventa più forte quando il cervello invecchia. Milano: Ponte alle Grazie, 2005.

Goldstein, L. L. e Neri, A. L. (1993) Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: Neri, A. L., Qualidade de vida e idade madura, Papirus, 1993. 2ª Ed.

Goldstein, L. L. e Sommerhalder, C. - Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e na velhice. In: Freitas *et al.*, (orgs). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 950-955, 2002.

Golini, A., Lori, A., Cantalini, B. (1995). Atlas do Envelhecimento, PIA-CNR.

Grano C. & Lucidi, F. (2005). Psicologia dell'invecchiamento e promozione della salute. Roma: Carocci.

Guimarães, E. Os limites do sentido: um estudo histórico e enunciativo da linguagem. Campinas: Pontes, 1995.

Ham, R. J. (2001). As queixas mais comuns dos idosos. Em: Reichel, William (e organizadores). Aspectos Clínicos do Envelhecimento. (R. C. Galvão, Trad.). Rio de Janeiro, editora Guanabara Koogan.

Hamilton, I. S. (2002). A Psicologia do Envelhecimento. Porto Alegre: Artmed.

Hauge, S. An analysis and critique of the theory of gerotranscendence. Essay in Nursing Science. Faculty of Health. Vestfold College, Noruega (1998). Online publication: <http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/notat/1998>.

Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In Williams R., Tibbits C., & Donahue W. (eds.) Processes of aging: social and psychological perspectives. New York: Atherton, 299-320.

A História de Ravenna. Acesso em 30 de junho de 2010. Disponível em: http://www.informagiovani-italia.com/ravenna_storia.htm

Hojat, M. (1982). Loneliness as a function of selected personality variables – Journal of Clinical Psychology, 38, 137-141. Hojat, M. (1982) - Loneliness as a function of selected personality variables – Journal of Clinical Psychology, 38, 137-141.

Holmanol, H., & Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in selfmanagement of chronic disease. Em R. Schwarzer. Self- Efficacy: thought control and action, (pp. 305-323). Taylor, & Francis.

Hunsberger, B. (1985). Religion, age, life satisfaction and perceived sources of religiousness: A study of older persons. Journal of Gerontology, 40, 615-620.

Istat (1994). Indagine multiscopo sulle famiglie. Cultura, socialità e tempo libero. Roma.

_____(2002). Le condizioni di salute della popolazione. Indagine Multiscopo sulle Famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000. Roma.

_____(2006b). Indagine conoscitiva sulle condizioni sociali delle famiglie in Italia. Roma.

_____(2006c). Parentela e reti di solidarietà. Famiglia e società. Roma.

_____(2006d). Strutture familiari e opinioni su famiglia e figli. Roma.

_____(2009) Sistema Statistico Nazionale/Istituto Nazionale di Statistica, "Annuario Statistico Italiano" , disponível em Internet via www.istat.it. Acesso em 09 de abril de 2010.

Johnson, C. L., & Troll, L E (1994). Constraints and facilitators to friendships in late life. *The Gerontologist*, 34 (1), 79-87.

Jones, W. H. Research and theory on loneliness: a response to weiss' reflections - In Hojat, M. & Crandall, R. - *Loneliness theory, research and applications* - Newbury Park: SAGE Publications, pp. 173-186. 1987.

Jones, W. H., Rose, J., Russell, D. Loneliness and Social Anxiety. In: Leitenberg, H. (Ed.). *Handbook of Social and Evaluation Anxiety*, p. 247-266. New York: Plenum, 1990.

Jopp, D., & Rott, C. (2006). Adaptation in very old age: exploring the role of resources, beliefs and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*. 2006. Vol. 21, N° 2, 266-280.

Kahn, R. S. & Antonucci (1980) - Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In P. B. Baltes, & O. G. Brim (Eds.), *Life Span development and behavior* - v.3, p. 253-283 - New York: Academic Press.

Kahn, R. L., & Juster, F. T. (2002). Well-being: concepts and measures. *Journal of Social Issues*, 58(4), 618-627.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (eds.) (1999). *Bem-estar: The Foundations of Hedonic Psychology*. Nova York: Russell Sage Foundation.

Kastenbaum, Robert. *Velhice. Anos de Plenitude. Coleção Psicologia e Você. Tradução Jamir Martins*. São Paulo: Harper & Row do Brasil Ltda, 1989.

Katsching, H., How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In: Katschnigh, Freeman H, Sartorius N, editores. *Quality of life in mental disorders*. New York: Wiley; 1997.

Koenig, H. G., Kvale, J. N., & Ferrel, C. (1988). Religion and well-being in later life. *The Gerontologist*, 28, 18-28.

Koo, J., Rie, J., & Park, K. (2004). Age and gender differences in affect and subjective well-being. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, 268-270.

Krause, N., Borawisk, C. Social class differences in social support among older adults. *Gerontologist*, v.35, p.498-508, 1995 apud ROSA, T. E. C. *Redes de apoio social*. In: Litvoc,

J., Brito, F. C. Envelhecimento: prevenção e promoção. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. Cap. 14, p. 203-218.

Laicard, C. (1987) - Psicologia e Qualità della Vecchiaia. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, pp. 161-175.

Laicard, C., La Rue, A. (1992) Aging and Neuropsychological Assessement, Plenun Press, New York.

Laicardi, C. Pezzutti, L. (2000). Psicologia dell' Invecchiamento e della Longevità. Il Mulino. Bologna.

Lang, F. R., Rieckmann, N. & Baltes, M. M. (2002). Adapting to aging losses: do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 57B(6), 501-509.

Lasca, V. B. (2003). Treinamento de memória no envelhecimento normal: um estudo experimental utilizando a técnica de organização. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

Laslett, P. (1989). A fresh map of life: the emergence of the third age. London: Weidenfeld & Nicholson (trad. it. Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età. Bologna: il Mulino, 1992).

Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. The Gerontologist, 23, 349-357.

Lawton, M. P. (1991) - Behavior - relevant ecological factors - In K. W. Schaie & C. Schooler (eds.) Social structure and aging: Psychological processes, pp. 57-58 - Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Lawton, M. P. (1991). A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. Em: J. E. Birren, Neri, A. L. (2001a). O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. Em: A. L. Neri (org.) Maturidade e velhice: trajetórias individuais e sócio-culturais. (pp. 11-52). Campinas, SP: Papyrus.

Lawton, M. P., Devoe, M. R. & Parmelee, P. (1995). Relationship of events and affect in the daily life of an elderly population. Psychology and Aging, 10, 469-477.

Lawton, R. W., Carlstensen, L. L., Friesen, W. V., Ekman, P. (1991). Emotion, Physiology and Expression in Old Age, in "Psychology and Aging.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping Springer. New York.

Lazzarini, G., Morelli, U., Peirone, L., & Reginato, M.(1985). Cultura e terza età. Università della Terza Età fra integrazione ed emarginazione. Torino: Assessorato alla Cultura e Istruzione della Regione Piemonte.

Lazzarini, G. (ed.) (1994). Anziani e generazioni. Milano: Angeli.

Lazzarini, G. "La posizione sociale dell'anziano". In La terza età integrata, Barletta, G. (a cura di), Pisa, ETS editrice.

Lee, G. R. & Ishii-Kuntz, M, (1987) - Social interaction, loneliness, and emotional wellbeing among the elderly - Research on Aging, vol 9 n° 4, December, 1987-1988. Sage Publications, Inc.

Leme, L. E. G. (1996). A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. Em: M. Papaléo Netto (org.). Gerontologia. SP: Editora Atheneu.

Levi, M. R. (1998). L'asso nella manica a brandelli. Milano: Baldini & Castoldi.

Levin, J. S., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (1995). A multidimensional measure of religious involvement for African Americans. The Sociological Quarterly, 36, 157-173.

Lopata, H. Z., Heinemann, G. D. & Baum, J. (1982) - Loneliness: antecedents and coping strategies in the lives of widows - In L. A. Peplau & D. Perlman (eds.) - Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy, pp. 310-326 - New York: Wiley (Interscience).

Lucchetti, M. (1999). Invecchiare bene. Lo stile di vita positivo per la salute e nella dipendenza. Bologna: il Mulino.

Macchione, C. (1994). Vecchi o anziani? Padova: UPSEL.

Marcellini, F., Gagliardi, C., Leonardi, F., Spazzafumo, L. (1999) – Mobilità e Qualità della vita degli Anziani. Editore Franco Angeli s.r.l., Milano, Italy.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35: 807-817.

MC Crae, R. R. & John, O. P. (1992). An introduction to the Five Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175.

Medeiros, E. A. C. (1983). Mulher na 3ª Idade: Uma tentativa de levantamento de determinantes da solidão - Tese de Mestrado em Psicologia Clínica – PUCCAMP.

Mindell, C. H., & Vaughan, C.E. (1978). A multidimensional approach to religiosity and disengagement. *Journal of Gerontology*, 33, 103-108.

Mínguez, J. G., La educación en personas mayores: Ensayo de nuevos caminos, Madrid, Narcea, 2004.

Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998, p. 269.

Montes de Oca (2001). V. Bienestar, familia y apoyos sociales entre la población anciana en México: una relación en proceso de definición. In: Gomes, C. (Comp.) *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2001. Cap. 13, p. 345-376.

Moraes, J. F. D., & Souza, V. B. A. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 302-308.

Moscovici, Fela. *Desenvolvimento Interpessoal*. Livros Técnicos e Científicos Editora S. A., 3ª Edição, 1985, São Paulo.

Mota, Edith. *Envelhecimento Social. A terceira Idade*. São Paulo: Editora Papirus, 1989.

Mullins, J. C. (1996) - Loneliness - In Maddox - *Encyclopedia of Gerontology*, v. 2, p. 79-81.

Mullins, J. C. , Johnson, D. P. & Andersson, K. (1989) - Loneliness of the elderly: the impact of family and friends - In Hojat, M. & Crandall, R. - *Loneliness theory, research and applications* - Newbury Park: SAGE Publications, pp. 173-186.

Murphy, H. A (1936). Basic concepts for a Psychology of Personality in “Journal of General Psychology”, 15, pp.241-68 (tradução italiana in G. V. Caprara, R. Luccio, a cura di Teorie della Personalità. Il Mulino, Bologna, 1986.

Neri, A. L. (org.), Qualidade de vida e idade madura. Campinas-SP: Papirus, 1993.

_____ Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NERI, A. L. (org.). Psicologia do Envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva do curso de vida. Campinas/SP: Editora Papirus, 1995.

_____ (1998) - Atitudes em relação à velhice: Evidências de Pesquisas Brasileiras - Texto não publicado - NEAPE: Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia do Envelhecimento - UNICAMP - Campinas, SP.

_____ (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. Em A. L. Néri (Org.). Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas, (pp. 161- 200). Campinas, SP: Papirus.

_____ (2001b). Palavras-chave em Gerontologia. Campinas, SP: Alínea.

_____ (2001c). Velhice e qualidade de vida na mulher. Em: A. L. Neri (org.) Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. (pp. 161-200). Campinas, SP: Papirus.

_____ (2004). O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. Em: A. L. Neri & M. S. Yassuda (orgs.); M. Cachioni (col.). Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos. (pp. 13-27). Campinas, SP: Papirus.

_____ (2005) – Palavras-chave em Gerontologia. Campinas, SP, Editora Alínea, pág. 26.

Neto, F. (1992). Solidão, Embaraço e Amor. Porto: Centro de Psicologia Social.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.

Neugarten, B. L. (1968). *Middle Age and Aging*, University of Chicago Press, Chicago.

Nussbaum, M., & Sen, A. (Eds.) (1993). *A qualidade de vida*. Helsinki: United Nation University. .

Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A., Lundman, B. Resilience, Sense of Coherence, Purpose in Life and Self-Transcendence in Relation to Perceived Physical and Mental Health Among Oldest Old. *Aging and Mental Health*. July 2005; 9 (4): 354-362.

Nygren, B., Norberg, A., Lundman, B., Inner Strength as Disclosed in Narratives of the Oldest Old. *Qualitative Health Research*, 2007.

Oblitas L. A. (ed.) (2006). Atlas de psicología de la salud. E-book. Bogotá: PSICOM Editores Oliveira, J. H. B. (2008). Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. Porto: Legis Editora.

Organização Mundial de Saúde (2002). 2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ONU. Recuperado em 15 de março de 2005. http://www.onuportugal.pt/body_intro.html

Pais, José Machado, (2009). Nos rastros da solidão – Deambulações sociológicas, Porto, Ambar.

Palloutzian, R. F., Ellison, C. Loneliness, Spiritual Well-being and the Quality of Life. In: Peplau, L., Perlman, D. A Sourcebook of Current Theory Research and Therapy. New York: John Wiley & Sons, 1982.

Palloutzian, R. F. & Janigian, A. S. (1987) - Models and methods in loneliness research - In M. Hojat e R. Crandall , 1989 - Loneliness, Theory, research and applications - Newbury, Park: Sage.

Palmore, E. (1981). Social Patterns, in Normal Aging, Finding from the Longitudinal Studies. Duke University Press.

_____ (1990) - Ageism Positive and Negative. New York: Springer.

Papaléo Netto, M. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. Em: E. V. Freitas; L. Py; A. L. Neri; F. A. X. Cançado; M. L. Gorzoni; S. M. Rocha. Tratado de Geriatria e Gerontologia. (pp.1-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Park, C. L. Religious and spiritual issues, in health and aging. In: C. M. Aldwin, C. L. Park and A. Spiro III (Eds). Handbook of Health, Psychology and Aging. New York, Guildford, Cap. 16, 2007.

Paschoal, S. M. P. (2002). Autonomia e independência. In M. P Netto & J. R. Ponte (Orgs.), Gerontologia: a velhice e o Paulo: Atheneu.

Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. Em: E. V. Freitas; L. Py; A. L. Neri; F. A. X. Cançado; M. L. Gorzoni; S. M. Rocha. Tratado de Geriatria e Gerontologia. (pp.147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Paúl, M. C. (1996). Psicologia dos Idosos: o envelhecimento em meios Urbanos. Braga: S.O.H. – Sistemas Humanos e Organizacionais, Ltda.

Paúl, M. C. (1997). Lá para o Fim da Vida – Idosos, Família e Meio Ambiente, Coimbra, Almedina.

Peplau, L. A. & Perlman, D. (1982) (Eds.) - Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy - New York: Wiley Interscience.

Peirone, L. & Gerardi, E. (2009). Il sole della sera: terza età e psicologia della salute. Babel. Verso uno scambio comunicativo, I (X), 3 (42): 36-40. Disponível em: www.babelenews.net

Peirone, L., & Gerardi, E. (2009). Il sole della sera. La ricerca del benessere nella terza età (e non solo). Torino: Antigone Edizioni.

Peplau, L. A., Russell, D. & Heim, M. (1979) - The experience of loneliness – In: I. H. Frieze, D. Bar.Tal, & J. S. Carroll (eds.) - New approaches to social problems: Applications of attribution theory, pp. 53-78 - San Francisco: Jossey Bass.

Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980, 1988) - The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence - Journal of Personality and Social Psychology, 39, 472-480.

Pesce, R.P., Assis, S.G., Santos, N., e Oliveira, R.V.C. Risco e Proteção. Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Volume 20, número 2, p.135-143. Maio-Agosto, 2004.

Pessini, L. Espiritualidade e finitude humana. Texto da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, 2008. Disponível: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=360>.

Petersen, R. C., Doody, R., Kurza, Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, F. V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal L., Winblad B. (2001). Current Concepts in Mild Cognitive Impairment, in: Archives of Neurology..

Petter, G. (2003). La verde vecchiaia. Psicologia Contemporanea, 179: 58-63.

Pinheiro, A. A. A. & Tamayo, A. (1984a). Conceituação e definição de solidão. Revista de Psicologia, 2 (1), 29-37.

_____ (1984b) - Sexo e solidão: Uma revisão. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 37 (4), p. 56-64.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (1996). Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil - IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, DF.

Quaresma, Maria de Lourdes, et al. (2004), O Sentido das Idades da Vida. Interrogar a Solidão e a Dependência, Lisboa, ISSS-CESDET.

Ratti, M. T., Amoretti, G. (1991). *Le Funzione Cognitive nella Terza Etá*. Carocci, Roma.

Re I. M. (2004). UNITRE: Radici e prospettive di un "Progetto di vita". In Cugno A. (ed.) *Il dialogo tra le generazioni. Formazione e comunicazione oltre le frontiere*. Milano: Angeli.

Rizzi, P. (2003). Introduzione, in L. Ploton, *La Persona Anziana*. Raffaello Cortina, Milano.

Robledo, L. M. G. (1994). Concepción holística del envejecimiento. In: ANZOLA PÉREZ, E. *et al.* (Eds.) *La atención de los ancianos: un desafio para los años noventa*. Washington, D.C, Organización Pan Americana da la Salud.

Rothermund, K. & Bradtstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18(4), 896-905.

Rowe, J. W., Khan, R. L. (1987). *Humanaing Aging, Usual and Successful*, in "Science".
_____ (1998) - *Success ful aging* - New York: Pantheon Books.

Rubenstein, C.; Shaver, P., & Peplau, L. A. (1979) - *Loneliness* - New York University.

Russell, D., Cutrona, C. E.; Rose, J. & Yurko, K. (1984) - Social and emotional loneliness: An examination of weiss tipology of loneliness - *Jovinal of Personality and Social Psychology* - 46, 1313-1321, (1984).

Russel, D., Peplau, L., Cutrona, C. The Revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.39, p.472-480, 1980.

Ryan, R. M., & Deci, E.L. (2001). Sobre a felicidade e potenciais humanos: uma revisão da investigação sobre Eudaimonic hedonista e bem-estar. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. In *Current directions in Psychological science*, vol 4 – 99-104

Salgado, M. A. (1982). *Velhice, uma nova questão social*. 2 ed. São Paulo: Sesc-Cetti.

Salgado, M.A (1996). *O significado da Velhice no Brasil: uma imagem na realidade latino-americana*. São Paulo: Centro de Gerontologia Social Sedes Sapienses.

Santos, F. e Encarnação, F. (1998). *Modernidade e Gestão da Velhice*, Faro, Centro Regional de Segurança Social do Algarve.

Santos, M. F. S. (1990). *Identidade e aposentadoria* – São Paulo, Editora EPU.

Santos, S. M. A., Maragno, S. B., Breda, C., Silva, A.L.M. e Braga, A.C.M., *O significado do envelhecimento e da velhice para o idoso octogenário*. Anais da 58ª Reunião da SBPC - Florianópolis, SC - Julho, 2006.

Sarason, I. G., Sarason, B.R. & Shearin, E. N (1986) - Social support as an individual difference variable: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 - 845-855

Schacter, D. L. (1999). The Seven Sins of Memory. *Insights from Psychology and Cognitive Neuroscience*, in: “*American Psychologist*”.

Schacter, D. L. (2002). *I Sette Peccati della Memoria*. Mondadori. Milano.

Schmidt, I. W., Dykstra H. T., Berg I.J., Deelman, B. G. (1999). Memory Training for Remembering Names in Older Adults, in: *Clinical Gerontologist*, 20, 2, p. 57-73.

Scortegagna, R. (1999). *Invecchiare – Col tempo si diventa più essenziali e si acquista più gusto*. Società Editrice il Mulino, Bologna.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M..(2000). *Psicologia Positiva: An Introduction*. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Sermat, V. (1980) - Some situational and personality correlates of loneliness - In J. Hartog, J. R. Andy & V. A. Cohen (eds.) - *The anatomy of loneliness*, pp. 305-318 - New York: International Universities Press.

Shanas, E. (1979) - Social myth as hypothesis - The case of the family relations of old people - *The Gerontologist*, 19, 3-10.

Shin, D., Johnson, D. Avowed Y Happiness as an Overall Assessment of the Quality of Life. *Social Indicators Research*, v.5, p.474-492, 1978.

Silva, F. P. (1999). Crenças em relação à velhice, bem-estar subjetivo e motivos para freqüentar a Universidade da Terceira Idade. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Faculdade de Educação UNICAMP. Campinas/SP.

Simões, A. O IALS: Uma investigação importante para a educação de adultos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXXI, números 1 e 2, 1997, 3-17.

_____. A Educação dos Idosos: Uma tarefa prioritária, *Revista Portuguesa de Educação*, 1999, 12(2), 7-27.

_____. (2006) – A Nova Velhice. Coleção Idade do Saber. Editora Ambar, pp. 11-13.

_____. Promover o bem-estar dos idosos: um estudo experimental. *Revista Psychologica*, Nº 42 (2006).

Smith, J., Baltes, P. B. (1993). Differential Psychological Aging, Profile of the Old and very Old, in: *Aging and Society*.

Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715-732.

Spar, J. E., La Rue, A. (1997). *Geriatric Psychiatry*, American Psychiatri Press, Washington DC.

Skinner, B. F. e Vaughan, M. E. (1984) – *Vivere Bene la Terza Età* – Sperling, & Kupfer Editori, Milano.

Smith, D.W. E., Centenarians: human longevity outliers. *The Gerontologist*, Vol.37, nº 2, p. 200-207, 1997.

Smith, G. A., Brewer, N. (1995). Slowness and Age, Speed accuracy Mechanisms, in “*Psychology and Aging*”.

Smith, J., Baltes, P. B. (1993). Differential Psychological Aging, Profile of the Old and Very Old, in: *Aging and Society*.

Sousa, Liliana, *et al.* (2004), *Envelhecer em Família - Os Cuidados Familiares na Velhice*, Porto, Ambar.

Staudiger, U. M., Marsiske, M. e Baltes, P. B., *Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria do curso de vida*, In: Neri, A. L. (org.), *Psicologia do envelhecimento*. Papyrus Editora, Campinas, SP, 1995.

Strehler, B. I., *Time, cells and aging*, New York, Academic Press, 1977.

Taylor, J. L., Miller, T. P., Tinklenber, J. R. (1992) *Correlates of Memory Decline: A 4-year Longitudinal Study of Older Adults with Memory Complaints*, in: *Psychology and Aging*.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. & Gruenewald, T. L. (2000). *Psychological resources, positive illusions, and health*. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.

Universidade para a Terceira Idade: A experiência dos alunos da Universidade São Francisco. Campinas/SP, 1998. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Faculdade de Educação, UNICAMP.

Università Primo Levi (ed.) (2001). *Il sapere nella terza età*. Bologna: Università Primo Levi.

Vargas, H. S. (1983). *Psicologia do envelhecimento*. Curitiba: Editora BIK- Fundo Editorial.

Vecchi, T., & Cesa Bianchi M. (2002). *Elementi di Psicogerontologia*. Milano: Angeli

Vergani, C. (1999). *La nuova longevità*. Milano: Mondadori.

Veras, R. P. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ.

Veras, R. P. (1995) *Terceira Idade: Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Relume Dumará: UNATI/UERJ.

Victor, C., Scamber, S., Bond, J., Bowling, A. *Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone*. *Reviews in Clinical Gerontology*, v.10, n. 4, p. 407-417, 2000.

Vieira, S. P., Envelhecimento, impasses clínicos e mudanças: o papel da idealização na dupla terapêutica. Pulsional Revista de Psicanálise. Editora Pulsional, São Paulo, 2005.

Wagner, M., Schutze, V. & Lang, F. R. (1999) - Social relationships in old age-In P. B. Baltes; K. U. Mayer & Borchelt, M. (eds.) - The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100. Cambridge, University Press.

Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Weakland, J. H., Herr, J. J. (1986). *L'anziano e la sua famiglia*. Carocci, Roma.

Weiss, R. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

Weiss, R. S. (1994). *Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies*. New York: Free Press.

Wen, M., Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T. Objective and perceived neighborhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health: an analysis of older adults in Cook County, Illinois. *Social Science & Medicine*, Volume 63, número 10, p. 2575-2590, 2006.

Wechsler, D. (1944). *Measurement of Adults Intelligence*, Williams and Witkin, Baltimore. (Tradução italiana Scala d' intelligenza Weschsler per Adulti, OS. Firenze, 1974).

Winnicott, D. W (1958) A capacidade para estar só - In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a Teoria do desenvolvimento emocional* (1990) – Porto Alegre: Artes Médicas, 3º ed.

Wink, P., Dillon, M. Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development*. Volume 9, número 1, Janeiro 2002.

Wink, P., & Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*, 18, 916-924.

Wolf, D. A., (1995). Changes on the living arrangements of older women: an international study - The Gerontological Society of America - The Gerontologist, Volume 35, nº 6, 724-731.

Young, G., & Dowling, W. (1987). Dimensions of religiosity in old age: Accounting for variation in types of participation. Journal of Gerontology, 41, 376-380

Zal, H. M. (1993) A Geração Sanduíche – entre filhos adolescentes e pais idosos, Lisboa, Difusão Cultural.

Zani, B. & Cicognani, E. (2000). Psicologia della Salute. Bologna: Il Mulino

Anexo A - Questionário de Entrevista

Consulta relativa à: Habitação, Tempo Livre, Interações Familiares e Extrafamiliares, Pensões, Saúde, Transporte e Serviços Públicos.

1) Sexo dos entrevistados:

Feminino Masculino

2) Ano de nascimento: 19_____

3) Idade: _____ anos

4) Local de nascimento:

5) Agora vive em _____

centro histórico capital do Estado e sua periferia

bairro outras localidades

6) Nível de Instrução:

analfabeto semi-analfabeto V elementar

escola média escola superior universidade

7) Estado Civil:

casado solteiro separado (a)

divorciado (a) companheiro (a) viúvo (a)

8) Com quem vive? (Pode ser mais de uma resposta).

cônjuge filhos parentes Outros

9) Núcleo familiar não convivente: n° de filhos _____ n° de filhas _____

Número de netos _____ outros _____

10) O Sr. (a) vive agora com _____, se fosse possível viver com alguém, com quem gostaria de viver?

sozinho com o cônjuge com filhos com parentes outros

Habitação

11) A casa onde você mora:

própria em aluguer

propriedade de filho ou parentes outro

12) Se você pudesse, mudaria de casa?

Sim Não

Por quê? _____.

Pensões e Trabalho

13) O Sr. (a) é aposentado (a)?

Sim Não

14) Se há pensão de que tipo é?

apoio à deficiência pensão por acidente de trabalho

dona de casa outro

15) A pensão que recebe é suficiente para viver?

Sim Não

16) Se não é suficiente como se mantém?

ainda trabalha renda pessoal contribuição dos filhos

contribuição de outros parentes Assistência Pública outro

17) Qual o trabalho que fazia antes de aposentar-se?

- dona de casa agricultor (a) Trabalhador braçal
 operário(a) artesão (a) comerciante
 empregado (a) profissional liberal gestor (público ou privado)

18) Estava satisfeito com este trabalho?

- muito satisfeito bastante satisfeito
 suficientemente satisfeito nada satisfeito

Ocupação do tempo livre, interações familiares e extra-familiares

19) Se não trabalha, qual o divertimento/passatempo a que se dedica de preferência quando está em casa? É possível dar várias respostas.

- rádio TV jogo de cartas tricô ou crochê
 leitura de livros Ler jornais e revistas conversar com os vizinhos
 Conversar com os amigos

20) Quando está fora de casa qual o divertimento/passatempo você prefere?

É possível dar várias respostas.

- jogo de cartas boxe cinema teatro
 caminhadas beber com os amigos Outros

21) Que horas do dia passa com pessoas que vivem com você?

É possível dar várias respostas.

- café da manhã manhã almoço
 tarde jantar noite

22) Quais outras pessoas que o Sr.(a) vê com mais frequência em casa e fora de casa?

- vizinhos amigos conhecidos outros

23) O Sr.(a) tem uma religião?

Sim Não

Qual?_____

24) O Sr.(a) é:

pouco religioso (a) mais ou menos muito religioso (a)

Saúde

25) No último ano, como tem sido sua saúde?

Sempre boa boa Com pequenos distúrbios

não muito bem ruim

26) O seu médico como julga o seu estado de saúde?

ótima bastante boa suficientemente boa

não tão boa péssima

27) Se o Sr.(a) se comparar com pessoas de sua idade, como julga a sua saúde?

ótima bastante boa suficientemente boa péssima

28) Em geral, quão satisfeito o Sr. (a) está com sua vida?

muito satisfeito bastante satisfeito suficientemente satisfeito

pouco satisfeito nada satisfeito

Transportes e Serviços Públicos

29) Quando está doente quem o (a) assiste?

conjuge filhos e parentes vizinhos

amigos e conhecidos outros

30) O Sr. (a) perdeu algum familiar há pouco tempo?

sim não

Quem? _____

31) Em geral, os serviços sanitários que o Sr.(a) precisa, são suficientes para suas necessidades?

Muito bastante suficiente pouco nada

32) Se não forem satisfatórios, quais em particular deixam a desejar ?

serviços médicos ambulatoriais emergência serviços médicos hospitalares
 serviços de laboratório outro

33) Se você se serve de transportes públicos, quais dificuldades encontra?

horários inconvenientes poucos horários
 veículos desconfortáveis outras

Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS)

A Escala de Afectos positivos e Negativos (PANAS) consiste de palavras que descrevem diferentes emoções e sentimentos. Você deve ler cada palavra e assinar a resposta apropriada no espaço ao lado delas, usando a convenção de 1 a 5 abaixo para indicar o quanto você se sente.

- (1) Nada, ou muito pouco
- (2) Um pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Muito
- (5) Demais

Em geral, em média, como você se sente:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Interessado | <input type="checkbox"/> Irritável |
| <input type="checkbox"/> Aflito | <input type="checkbox"/> Alerta |
| <input type="checkbox"/> Empolgado | <input type="checkbox"/> Envergonhado |
| <input type="checkbox"/> Chateado | <input type="checkbox"/> Inspirado |
| <input type="checkbox"/> Forte | <input type="checkbox"/> Nervoso |
| <input type="checkbox"/> Culpado | <input type="checkbox"/> Determinado |
| <input type="checkbox"/> Com medo | <input type="checkbox"/> Atento |
| <input type="checkbox"/> Hostil | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Entusiasmado | <input type="checkbox"/> Activo |
| <input type="checkbox"/> Orgulhoso | <input type="checkbox"/> Apavorado |

UCLA Loneliness Scale

Indicar quantas vezes cada uma das afirmações abaixo diz respeito a você. Você deve ler cada palavra e assinar a resposta apropriada no espaço ao lado delas, usando a convenção abaixo de 1 a 4 para indicar o quanto você se sente:

- (1) Muitas vezes eu me sinto assim
- (2) Às vezes eu me sinto assim
- (3) Raramente eu me sinto assim
- (4) Nunca eu me sinto assim

1. Quantas vezes você se sente infeliz em fazer tantas coisas sozinho?
2. Quantas vezes você sente que não tem ninguém para conversar?
3. Quantas vezes você sente que não pode tolerar estar tão sozinho?
4. Quantas vezes você sente que ninguém realmente te entende?
5. Quantas vezes você se encontra a esperar receber um telefonema ou uma carta ?
6. Quantas vezes você se sente completamente sozinho?
7. Quantas vezes você se sente que é incapaz de se comunicar com as pessoas seu redor?
8. Quantas vezes você se sente desesperado por uma companhia ?
9. Quantas vezes você sente que é difícil para você fazer amigos?
10. Quantas vezes você se sente bloqueado e excluído pelos outros?

Questionário sobre a Satisfação com a Vida (SWLS)

1. Município de Residência : _____.

2. Sexo: () Feminino () Masculino

3. Ano de Nascimento: 19____.

4. Título de Estudo : _____.

() Nenhuma qualificação

() Ensino elementar

() Escola média inferior

() Qualificação Profissional

() Escola média superior

() Laurea

() Post laurea

() outro _____

5. Profissão : _____.

6. Abaixo estão relacionadas cinco afirmações com as quais o Sr. (a) poderá concordar ou discordar.

Utilizando a seguinte escala 1-7, indicar o quanto o Sr. (a) concorda com cada afirmação.

Escala:

1 - Completamente em desacordo

2 – Em desacordo

3 - Levemente em desacordo

4 – Nem em desacordo nem em acordo

5 - Levemente de acordo

6 – De acordo

7 – Completamente de acordo

() Na maior parte a minha vida se aproxima do meu ideal.

() As condições de minha vida são excelentes.

() Eu estou satisfeito com a minha vida.

() Até agora eu tenho as coisas importantes que eu quero na vida.

() Se eu pudesse viver minha vida novamente eu não mudaria quase nada.

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Participantes

Ilustríssimo Senhor _____.

Estamos realizando um trabalho de pesquisa para o Curso de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária, com o objetivo de avaliar o “Bem-estar Subjetivo” de pessoas que estão na “terceira idade”. Esta pesquisa consiste na aplicação de uma escala, com a duração aproximada de 45 minutos, e não haverá nenhuma despesa para a aplicação da mesma.

Por se tratar de uma pesquisa, não serão fornecidos resultados individuais, mas será oferecida uma explicação sobre a importância do bem-estar subjetivo, após a aplicação do teste. A participação na pesquisa é voluntária, e os resultados serão guardados de forma confidencial, assegurando assim o sigilo, e protegendo o anonimato dos participantes.

Não existe risco para os participantes, trata-se de uma atividade agradável, em que as pessoas assinalam opções com as quais melhor se identificam e respondem a questões abertas.

Todos os participantes receberão um **“Termo de Consentimento Informativo”**, antes da aplicação da escala, para confirmar sua concordância em participar voluntariamente, sem remuneração deste trabalho, e poderão se recusar a participar da pesquisa a qualquer momento.

Se houver concordância de sua parte, como responsável pela Instituição, por favor, assine seu nome no espaço abaixo, e desde já agradecemos a colaboração, fundamental para a realização do trabalho descrito acima.

Atentamente,
Ravenna, / / 2010.

Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima
Universidade de Coimbra - Portugal
Orientadora

Antonia Francisca Zamuner Morales
Mestranda em Educação e Formação de Adultos e Intervenção da
Comunitária
Universidade de Coimbra - Portugal

Responsável pela Instituição

Anexo B

Consenso Informativo

Estamos desenvolvendo um trabalho de pesquisa para o Curso de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária, cujo objectivo é o de avaliar o bem-estar na “Terceira Idade”. Para isto, precisamos da sua importante colaboração, submetendo-se à aplicação de uma escala com a duração aproximada de 45 minutos.

Por se tratar de uma pesquisa, não serão fornecidos resultados individuais, mas uma explicação sobre o tema será oferecida após a coleta dos dados. Os resultados serão guardados de forma confidencial, protegendo assim o seu anonimato.

Caso concorde em participar deste estudo, por favor, assine seu nome abaixo e devolva este Consentimento antes de responder ao questionário. É importante destacar que a sua participação não será remunerada, é voluntária, o Sr. ou a Sra. poderá se recusar a participar, sem nenhum problema, e também poderá se retirar do estudo a qualquer momento.

Atentamente,

Ravenna, / / 2010.

Antonia Francisca Zamuner Morales
Mestranda em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária
Universidade de Coimbra – Portugal

TABELA I

Popolazione residente al 1 Gennaio 2009 per età, sesso e stato civile
Italia

Eta'	Celibi	Maschi		Femmine	
		Totale Maschi	Nubili	Totale Femmine +	Femmine
0	292421	292421	277462	277462	569883
1	290751	290751	275617	275617	566368
2	292152	292152	275227	275227	567379
3	290793	290793	273023	273023	563816
4	292609	292609	277046	277046	569655
5	289462	289462	274156	274156	563618
6	286354	286354	272062	272062	558416
7	287942	287942	272025	272025	559967
8	291692	291692	275309	275309	567001
9	286132	286132	271410	271410	557542
10	286655	286655	269568	269568	556223
11	285512	285512	269213	269213	554725
12	286358	286358	270092	270092	556450
13	286081	286081	269066	269066	555147
14	289289	289289	273229	273229	562518
15	295583	295583	280104	280104	575687
16	307187	307197	290488	290548	597745
17	307299	307309	289206	289506	596815
18	312113	312217	291883	293717	605934
19	310451	310898	287281	292959	603857
20	315578	316889	288222	299132	616021
21	306628	309478	276724	294497	603975
22	306657	312238	272141	298692	610930

23	312504	321604	274987	312853	634457
24	314820	329907	268780	321040	650947
25	315627	338901	261233	330092	668993
26	316022	350990	254023	345627	696617
27	306608	355769	236827	351069	706838
28	298536	367002	219585	360459	727461
29	289702	380852	205932	374669	755521
30	285677	403889	196538	395877	799766
31	273349	418316	183784	410573	828889
32	262516	438260	173486	429859	868119
33	254051	460677	165743	452214	912891
34	242915	479970	157882	472430	952400
35	219970	477315	142567	470150	947465
36	202768	483040	130466	474890	957930
37	186653	487562	120685	482377	969939
38	168931	484288	109916	477590	961878
39	158573	497336	104329	490819	988155
40	144504	492758	96138	486362	979120
41	132807	493338	91175	490998	984336
42	125170	500663	86105	496774	997437
43	114657	499713	81248	497974	997687
44	106738	505340	76908	504353	1009693
45	92621	472293	68334	475955	948248
46	82824	456167	62938	461612	917779
47	76282	446012	58793	453327	899339
48	68750	431632	54422	440070	871702
49	63514	421755	51244	429861	851616
50	57661	401806	46677	412615	814421
51	53762	397389	44140	409413	806802

52	49528	390321	41284	403523	793844
53	46122	382807	39208	397346	780153
54	42732	376022	36596	392879	768901
55	38897	360250	33764	374895	735145
56	36786	354831	32510	372140	726971
57	34736	353731	30633	372944	726675
58	34372	367359	30714	386605	753964
59	32761	369001	29868	389440	758441
60	32987	384680	30381	407939	792619
61	30559	376617	28836	399367	775984
62	29729	376016	27925	401718	777734
63	22275	290255	22513	312369	602624
64	23014	297859	22842	322878	620737
65	22651	298740	23450	329275	628015
66	22962	296018	23444	328165	624183
67	23014	296358	23952	332956	629314
68	24200	323858	26115	366027	689885
69	23102	316273	25660	360731	677004
70	21410	304059	25240	352387	656446
71	19783	277738	24076	327665	605403
72	18021	257365	23602	311389	568754
73	17780	258830	23930	318527	577357
74	16962	245760	24172	310024	555784
75	15945	233503	24293	300849	534352
76	14843	218185	24300	291763	509948
77	14057	211352	24500	290301	501653
78	13681	208542	26135	296733	505275
79	12051	181913	24181	267157	449070
80	10907	167839	23996	258573	426412

81	9672	154681	23304	248171	402852
82	8641	137416	22390	233259	370675
83	7766	123132	21603	219063	342195
84	6521	109037	20573	203988	313025
85	5610	97005	19042	189986	286991
86	4518	81861	17138	172587	254448
87	3744	70208	14997	154289	224497
88	3077	58214	13224	136073	194287
89	1735	32289	8109	78603	110892
90	1221	20213	5523	51719	71932
91	1045	17336	4992	45942	63278
92	969	16835	5149	47618	64453
93	1004	16683	5109	48769	65452
94	706	12794	4348	40579	53373
95	592	9604	3402	31214	40818
96	444	6761	2596	23166	29927
97	337	4316	1900	15841	20157
98	230	2986	1328	11087	14073
99	169	1887	956	7358	9245
100 e più	278	2527	1753	11206	13733
TOTALE	13128357	29152423	11390995	30892645	60045068

Fonte: <http://demo.istat.it/>

TABELA II

Popolazione residente al 1 Gennaio 2009 per età, sesso e stato civile
Provincia: Ravenna

Eta'	Celibi	Coniugati	Divorziati	Vedovi	Totale Maschi	Nubili	Coniugate	Divorziate	Vedove	Totale Femmine	Maschi + Femmine
0	1852	0	0	0	1852	1758	0	0	0	1758	3610
1	1843	0	0	0	1843	1703	0	0	0	1703	3546
2	1853	0	0	0	1853	1739	0	0	0	1739	3592
3	1713	0	0	0	1713	1618	0	0	0	1618	3331
4	1708	0	0	0	1708	1584	0	0	0	1584	3292
5	1742	0	0	0	1742	1569	0	0	0	1569	3311
6	1655	0	0	0	1655	1612	0	0	0	1612	3267
7	1646	0	0	0	1646	1601	0	0	0	1601	3247
8	1685	0	0	0	1685	1515	0	0	0	1515	3200
9	1608	0	0	0	1608	1467	0	0	0	1467	3075
10	1524	0	0	0	1524	1439	0	0	0	1439	2963
11	1529	0	0	0	1529	1454	0	0	0	1454	2983
12	1516	0	0	0	1516	1435	0	0	0	1435	2951
13	1482	0	0	0	1482	1388	0	0	0	1388	2870
14	1490	0	0	0	1490	1406	0	0	0	1406	2896
15	1399	0	0	0	1399	1385	0	0	0	1385	2784
16	1474	0	0	0	1474	1428	0	0	0	1428	2902
17	1521	0	0	0	1521	1451	4	0	0	1455	2976
18	1538	0	0	0	1538	1381	11	0	0	1392	2930
19	1501	2	0	0	1503	1377	35	0	0	1412	2915
20	1542	6	0	0	1548	1351	74	0	0	1425	2973
21	1476	15	0	0	1491	1334	138	0	0	1472	2963
22	1556	31	0	0	1587	1382	160	1	0	1543	3130

23	1558	36	0	0	1594	1334	251	1	0	1586	3180
24	1604	78	1	0	1683	1321	296	3	1	1621	3304
25	1653	117	0	0	1770	1421	341	4	0	1766	3536
26	1726	193	1	0	1920	1444	506	6	1	1957	3877
27	1662	257	2	0	1921	1349	620	10	1	1980	3901
28	1720	391	5	0	2116	1398	625	8	2	2033	4149
29	1794	469	5	0	2268	1405	837	10	0	2252	4520
30	1827	632	11	0	2470	1400	1006	12	6	2424	4894
31	1864	758	8	0	2630	1469	1205	23	3	2700	5330
32	1890	930	18	1	2839	1387	1284	35	4	2710	5549
33	1970	1096	14	1	3081	1408	1452	52	7	2919	6000
34	1949	1203	17	2	3171	1384	1576	74	10	3044	6215
35	1760	1319	43	3	3125	1294	1706	81	10	3091	6216
36	1756	1508	43	0	3307	1277	1792	110	13	3192	6499
37	1580	1609	60	1	3250	1120	1842	103	16	3081	6331
38	1523	1656	66	6	3251	1159	1911	121	29	3220	6471
39	1433	1758	99	3	3293	980	2036	158	22	3196	6489
40	1380	1943	91	7	3421	931	2000	150	23	3104	6525
41	1234	2010	112	6	3362	893	2023	181	33	3130	6492
42	1145	2071	117	10	3343	861	2125	192	34	3212	6555
43	1065	2050	160	5	3280	725	2189	202	58	3174	6454
44	1079	2270	157	13	3519	717	2278	223	53	3271	6790
45	914	2109	167	12	3202	621	2086	220	54	2981	6183
46	747	2103	171	13	3034	579	2103	207	58	2947	5981
47	756	2053	170	16	2995	529	2122	235	62	2948	5943
48	633	2115	186	14	2948	513	2043	214	71	2841	5789
49	598	2015	168	16	2797	449	2035	215	74	2773	5570
50	513	2000	159	19	2691	414	1943	215	74	2646	5337
51	479	1903	176	25	2583	364	2010	227	80	2681	5264

52	465	2010	193	32	2700	348	1991	201	106	2646	5346
53	341	1931	161	27	2460	292	1914	203	102	2511	4971
54	336	1825	139	34	2334	284	1892	182	105	2463	4797
55	287	1796	170	27	2280	278	1762	182	115	2337	4617
56	305	1819	126	33	2283	251	1867	178	137	2433	4716
57	265	1828	141	38	2272	240	1781	163	164	2348	4620
58	268	1923	138	45	2374	215	1943	189	188	2535	4909
59	236	1962	141	51	2390	222	2043	156	203	2624	5014
60	242	2074	139	54	2509	215	2153	155	255	2778	5287
61	233	2108	127	68	2536	166	2000	138	291	2595	5131
62	208	2117	112	79	2516	171	2194	127	312	2804	5320
63	133	1494	86	61	1774	133	1495	102	272	2002	3776
64	176	1686	83	85	2030	118	1681	101	325	2225	4255
65	154	1633	76	69	1932	131	1600	89	366	2186	4118
66	178	1652	75	83	1988	135	1550	86	360	2131	4119
67	176	1664	65	98	2003	133	1576	89	372	2170	4173
68	198	1805	73	121	2197	155	1800	82	532	2569	4766
69	198	1864	59	131	2252	167	1777	74	615	2633	4885
70	198	1864	73	128	2263	149	1702	72	649	2572	4835
71	188	1718	56	156	2118	138	1523	60	661	2382	4500
72	132	1545	38	141	1856	136	1384	56	703	2279	4135
73	169	1658	36	159	2022	108	1368	58	842	2376	4398
74	174	1570	33	175	1952	140	1332	48	914	2434	4386
75	156	1497	25	179	1857	146	1177	52	860	2235	4092
76	136	1323	15	181	1655	140	1026	37	906	2109	3764
77	122	1284	16	191	1613	147	931	28	979	2085	3698
78	129	1273	20	202	1624	182	878	32	1086	2178	3802
79	124	1179	24	187	1514	139	748	25	1031	1943	3457
80	116	1059	23	229	1427	146	697	29	1105	1977	3404

81	115	1006	11	205	1337	131	581	22	1134	1868	3205
82	95	828	6	208	1137	140	529	26	1105	1800	2937
83	100	828	5	211	1144	144	435	17	1139	1735	2879
84	60	679	8	182	929	115	383	16	1153	1667	2596
85	62	599	4	213	878	126	301	13	1170	1610	2488
86	56	522	7	210	795	102	233	13	1058	1406	2201
87	35	458	3	180	676	102	181	11	1072	1366	2042
88	28	342	3	181	554	82	111	12	900	1105	1659
89	24	210	3	106	343	47	67	3	602	719	1062
90	17	101	2	66	186	42	37	2	402	483	669
91	13	96	0	55	164	33	23	2	337	395	559
92	13	77	0	87	177	44	20	0	367	431	608
93	9	79	0	83	171	30	14	1	401	446	617
94	3	69	1	75	148	27	8	2	345	382	530
95	8	39	1	66	114	21	7	2	274	304	418
96	6	32	0	46	84	19	3	1	215	238	322
97	3	10	0	35	48	22	1	1	152	176	224
98	0	13	0	18	31	12	0	0	100	112	143
99	0	7	1	18	26	8	0	0	88	96	122
100 e più	1	0	0	9	10	6	1	0	89	96	106
Totale	83356	93862	4745	5491	187454	71001	93385	6431	27458	198275	385729

Fonte: <http://demo.istat.it/>