Mudanças – Psicologia da Saúde,
23 (1), Jan.-Jun. 2015, 11-19p

Copyright 2015 pelo Instituto Metodista de
Ensino Superior CGC 44.351.146/0001-57

Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados

Cibele Ventura Vieira Satuf[1]
Natália Sofia Capela Oliveira Bernardo[2]

Resumo

O processo de envelhecimento é tão natural quanto individual. Cada sujeito possui uma experiência singular do processo. O objetivo deste artigo é demonstrar como a institucionalização pode interferir na percepção de satisfação com o suporte social. Em uma amostra constituída por 101 idosos com idades entre 60 e 102 anos, residentes no município de Covilhã, em Portugal, institucionalizados ou não, aplicamos a escala de satisfação com o suporte social, desenvolvida e validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro (1999). O resultado apontou que os idosos não institucionalizados estão mais satisfeitos do que os institucionalizados. A felicidade exerce influência na satisfação com o suporte, e os idosos com menos doenças estão mais satisfeitos. Aqueles que possuem laços familiares mais estreitos apresentam maior nível de satisfação com o suporte social. Com relação ao gênero, encontramos diferenças estatisticamente significativas somente na dimensão social da escala, indicando que os homens apresentam maiores níveis de satisfação.

Palavras-chave: satisfação; suporte social; idosos.

Perceived Social Support to Institutionalized and non-Institutionalized Elderly

Abstract

Aging is a natural and individual process, each person has a unique experience. The purpose of this article is to demonstrate how institutionalization may affect the perception of satisfaction with the social support received. In a sample of 101 elderly people with ages ranging between 60 and 102 years old, living in the municipality of Covilhã, Portugal, institutionalized or not, we applied Pais Ribeiro´s (1999) scale of satisfaction with social support. We concluded that the non-institutionalized elderly are more satisfied with the social support they receive than institutionalized ones and that happiness influences their satisfaction with social support. Elderly with less diseases are more satisfied with social support and those with closer family ties have a higher level of satisfaction. As to gender, we found statistically significant differences only in the social dimension, indicating that men are more satisfied with the support they receive.

Keywords: satisfaction; social support; elderly people.

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal. Mestre em Psicologia do Trabalho e das Organizações pela Universidade da Beira Interior - Portugal. Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas pelo CEFET-MG, psicóloga pela Universidade FUMEC. E-mail: cibelesatuf@gmail.com.

[2] Universidade da Beira Interior, Portugal. Graduada em Psicologia pela Universidade da Beira Interior, Portugal. Mestranda em Psicologia do Trabalho e das Organizações na Universidade da Beira Interior.

Introdução

Neste trabalho, centramo-nos nas sociedades ocidentais, nas quais, apesar de o envelhecimento ter adquirido crescente relevância, somente a partir dos anos 1970 o apoio social constituiu um quadro teórico integrado e consistente (Martins, 2005). Nas sociedades mais antigas, o ancião era visto com uma aura de privilégio e ocupava um lugar primordial, já que o envelhecimento era associado a sabedoria e experiência (Cassola, Tólio, & Backes, 2011).

A posição de classes, cultura, política e as condições socioeconômicas e sanitárias das coletividades marcam a especificidade do envelhecimento (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola, & Faccenda, 2011). O progresso nas condições sanitárias marcou o aumento da esperança de vida ante a consequente diminuição da mortalidade infantil e juvenil. Em torno destas variáveis, deparamo-nos com o problema de saber como lidar com um número cada vez maior de idosos e como antever os rumos da sociedade futura (Almeida, 2013).

Nos últimos anos, a questão do envelhecimento foi alvo de diversos estudos, e percebe-se claramente a ampliação da perspectiva de vida e aumento relativo do número de idosos na população. Este cenário de envelhecimento e aumento da média de vida da população nos faz pensar sobre a promoção da qualidade de vida para a população idosa. Diversos autores abordam o desenvolvimento e envelhecimento bem-sucedido como aquele em que o idoso é ativo, capaz de regular sua qualidade de vida por meio de objetivos alcançáveis e para os quais possui recursos de adaptação, de modo a preservar qualidade de vida e bem-estar ao longo dos anos, seja no contexto de satisfação com a vida, bem-estar social, independência, controle e manutenção de competências sociais e cognitivas (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

Embora a idade cronológica não seja adequada para avaliar uma medida de bem-estar, pois contempla apenas os anos de vida, e não a qualidade e as experiências de vida ao longo dos anos (Paúl, 2005a), vamos nos ater a ela simplesmente para estabelecermos um ponto de corte, considerando idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, considerada por Shaie (apud Paúl, 2005a, p. 26) como aquela a partir da qual pode ocorrer o declínio cognitivo típico dos processos de envelhecimento.

Para que possamos falar em envelhecimento ativo, teremos, em primeiro lugar, que caracterizar o envelhecimento. Segundo Fonseca (2013), o envelhecimento é

> um período do ciclo de vida em que a generalidade das características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) muda de uma forma relacionada entre si, orientando-se progressivamente para a construção de uma imagem de si mesmo como 'idoso' (diferenciada da imagem que habitualmente se tem de um 'adulto'. (p. 96).

Estudos relacionados ao bem-estar dos idosos geralmente estão focados em dois tipos de variáveis: os fatores socioeconômicos e os fatores psicológicos e psicossociais (Rioux, 2005). No que se refere aos fatores psicossociais, notamos que as relações sociais possuem um papel importante na promoção da saúde física e mental dos idosos, bem como em seu bem-estar emocional. Tais relações são construídas pela percepção da existência ou disponibilidade de pessoas em quem se possa confiar, que demonstrem carinho, afeto e preocupação com aquele com quem se relaciona. Estas relações podem ser denominadas suporte social (Serason apud Pais Ribeiro, 1999).

Segundo Hupcey (1998), nos anos 1970 e 1980, o conceito de suporte social referia-se objetivamente à interação, à pessoa e à relação. Entretanto, com a crescente investigação, tornou-se mais subjetivo e diversificado. Esta expressão é postulada hoje sob diferentes tipos e facetas e nota-se que o suporte social é percebido de acordo com as circunstâncias e seus intervenientes.

O suporte social pode ser cognitivo, ao sugerir ou servir de modelo de aquisição de estratégias de *coping*, bem como pode tomar várias formas, como o suporte financeiro, emocional ou de afiliação (Taylor, Brown, Taylor, & Chatters, 2013).

Alguns autores fazem distinção entre suporte social recebido e percebido. O primeiro compreende o suporte social efetivamente recebido, enquanto o segundo refere-se ao suporte que o indivíduo percebe estar disponível, caso precise dele (Pais Ribeiro, 1999). Há também a distinção entre suporte social formal, que compreende as organizações formais de apoio, como instituições e profissionais de saúde, e informal, que contempla a rede de indivíduos com os quais a pessoa relaciona-se e que fornecem apoio nas atividades cotidianas (Alvarenga et al., 2011).

No atendimento à satisfação das necessidades de suporte social vivenciadas pelos idosos, os sistemas formais e informais são essenciais. Ao longo da vida, estas redes informais mudam e tendem a diminuir e pode ser necessário reorganizá-las, de modo a suportar a relação do idoso com a comunidade. Para um envelhecimento ativo e saudável, é primordial que o idoso tenha uma rede

social adequada, de modo que lhe seja proporcionada autonomia, segurança, autoavaliação positiva, culminando em melhores índices de saúde mental e satisfação com a vida (Paúl, 2005b).

Objetivos

Dada a relevância das questões relacionadas ao envelhecimento com qualidade de vida e ao suporte social percebido pelos idosos, este estudo pretendeu comparar a satisfação social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Os objetivos desta investigação foram: (1) analisar se existem diferenças entre a satisfação com o suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados; (2) averiguar diferenças na percepção de suporte social entre idosos que se denominam felizes e os que se denominam infelizes; (3) examinar as diferenças entre satisfação com suporte social nos idosos que apresentam quadros de declínio de saúde, indicando existência de doenças, e naqueles que se denominam saudáveis; (4) avaliar o impacto das relações familiares na satisfação com o suporte social; (5) analisar se existem diferenças na avaliação do suporte social entre idosos do sexo masculino e feminino.

Hipóteses

Alguns estudos examinaram a relação entre bem-estar e envelhecimento em casa. Apesar de poucos estudos, nota-se que o fato de o envolvimento com atividades externas estar em declínio entre os idosos, isto faz com que eles permaneçam por mais tempo em suas casas, mesmo que estas apresentem alguma inadequação às suas necessidades. Estar em casa significa possuir autonomia (Rioux, 2005) e controle, sendo que a institucionalização implica uma redução no bem-estar (Afonso, 2013).

Nossa primeira hipótese (H1) é que *os idosos não institucionalizados estão mais satisfeitos com o suporte social em comparação com os idosos institucionalizados*.

Muitos idosos enxergam na velhice um momento de autonomia, liberdade e integração e associam-na à felicidade, satisfação e força (Guerra, & Caldas, 2010). A avaliação positiva do estado de vida permeia todas as relações vivenciadas pelo idoso, tornando-o mais resiliente para lidar com as dificuldades apresentadas pelo meio. Formulamos, assim, nossa segunda hipótese (H2): *os idosos que se avaliam como felizes apresentam maiores índices de satisfação com o suporte social em comparação aos idosos que se avaliam como infelizes*.

Estudos recentes têm mostrado que o suporte social recebido têm efeitos positivos na saúde, não só dos idosos, mas de todas as faixas etárias, relacionando-se à diminuição de níveis de estresse e manutenção do bem-estar durante toda a vida (Nurullah, 2012). Acreditamos que a existência e qualidade do suporte social podem atuar como protetores de quadros de degradação da saúde (Rosa, Cupertino, & Neri, 2009), pois, como referem Kessler, Price e Wortman (1985), o suporte social engloba os mecanismos pelos quais as relações interpessoais presumivelmente protegem as pessoas dos efeitos deteriorantes do estresse. Sua ausência afeta o sistema imunológico dos indivíduos, tornando-os mais suscetíveis a doenças, sendo que os laços de apoio favorecem condutas adaptativas em situações de estresse (Amaral, Guerra, Nascimento, & Maciel, 2013). Formulamos, assim, a nossa terceira hipótese (H3): *os idosos que possuem quadros de doença estão menos satisfeitos com o suporte social em comparação com os que se declaram saudáveis*.

Em uma meta-análise sobre relações sociais, Cornelia, Hanel, Wagner e Franz (2013) concluem que apenas a rede social familiar mantém-se ao longo da vida. Os tipos de suporte social advindos da família têm um papel positivo na promoção da saúde física e mental do idoso. A família é um suporte para o envelhecimento (Guerra & Caldas, 2010) e proporciona relações diversificadas (Dias, Carvalho & Araújo, 2013). Tal contexto fornece afetos e proteção aos idosos, sendo a sensação de pertença um fator fundamental para um envelhecimento com qualidade de vida (Araújo, Cardoso, Moreira, Wegner, & Areosa, 2012).

Assim, a quarta hipótese (H4) especula que os *idosos com laços familiares mais estreitos apresentam maior nível de satisfação com o suporte social recebido se comparados com os idosos com baixo índice de interação familiar*.

Belle (1982, apud Kessler et al. 1985) afirma existir uma desvantagem das mulheres em relação aos homens no acesso ao suporte social. Alguns estudos apontam que as mulheres tendem a enxergar a velhice como um processo de solidão, desamparo e desvalorização por parte dos amigos, sociedade e família (Guerra & Caldas, 2010). Deste modo, formulamos nossa quinta hipótese (H5): *os homens apresentam maior satisfação com o suporte social se comparados* às *mulheres*.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 102 idosos, distribuídos em institucionalizados e não institucionalizados.

Os idosos institucionalizados são oriundos de três lares localizados no município de Covilhã, região da Beira Interior, em Portugal, sendo feita amostragem por conveniência. Para constituição da amostra de não institucionalizados, foram considerados os sujeitos que, ao serem consultados, optaram por participar, constituindo-se, assim, uma amostra não probabilística.

Os critérios de inclusão foram: idade superior a 60 anos, funções cognitivas preservadas e existência, ou não, de institucionalização total.

Material

Para recolha das informações, utilizamos um questionário constituído por questões relativas a idade, gênero, formação acadêmica, estado civil, situação profissional, descrição da família e alguns contatos sociais, saúde e percepção de felicidade.

Para avaliação da satisfação com o suporte social, utilizamos a escala de satisfação com suporte social desenvolvida por Pais Ribeiro (1999) e validada para a população portuguesa. Esta escala é composta por 15 itens, que se dividem em quatro subescalas ou dimensões: satisfação com a amizade (SA), que contém cinco itens; intimidade (IN), com quatro itens; satisfação com a família (SF), com três itens; e atividades sociais (AS), também com 3 itens. Apresenta como formato de resposta uma escala do tipo Likert, dividida em cinco níveis que variam entre 1 (concordo totalmente) e 5 (discordo totalmente). O resultado é obtido por meio da soma de todos os itens, sendo que pontuações mais elevadas significam maior satisfação com o suporte social. A escala é aferida para a população portuguesa e possui boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,85).

Procedimentos

Após a aplicação de pré-teste, foi feito contato com três instituições de idosos na cidade da Covilhã e vila do Tortosendo[3], com o objetivo de obtermos autorização para o desenvolvimento do estudo. Os questionários, assim como os objetivos do estudo, foram apresentados às direções das instituições para que tivessem conhecimento do processo a ser realizado. Após autorização de cada uma das instituições, os responsáveis clínicos fizeram a seleção de idosos que apresentassem as funções cognitivas preservadas.

Todos os participantes, institucionalizados ou não, foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e foi obtido o consentimento informado junto a cada um deles. Aos respondentes, foram assegurados os princípios indicados no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, que garantem a participação voluntária e informada, capacidade de consentimento, anonimato e confidencialidade dos dados obtidos, de modo a garantir o respeito à dignidade e aos direitos da pessoa.

Finalmente, procedemos à aplicação dos questionários e escala.

Análise estatística

Os dados recolhidos foram inseridos no programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS, v. 22.

Para a caracterização da amostra, recorreu-se à estatística descritiva e calculou-se a consistência interna da amostra e de seus fatores por meio do alfa de Cronbach. Utilizou-se o teste t de Student, para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias de amostras independentes em relação à variável dependente, e a análise da variância simples (One Way ANOVA) para comparar três ou mais grupos populacionais independentes. Para a análise estatística das informações recolhidas, foi estabelecido como nível de significância $p = 0,05$.

Resultados

Participaram deste estudo 101 indivíduos com idades entre 60 e 102 anos. A idade média é de 78 anos (DP = 9,86), sendo a moda 72 anos de idade. A amostra foi composta por 57 mulheres (56,4%) e 44 homens (43,6%). Do total, 16 eram solteiros (15,8%), 42 eram casados (41,6%), 38 eram viúvos (37,6%) e cinco, divorciados (5%). Entre os sujeitos, cinquenta são institucionalizados (49,5%) e 51 não são institucionalizados (50,5%) (Tabela 1).

Dentre os respondentes, 24 (23,8%) não sabiam ler ou escrever. Dentre os que iniciaram a alfabetização, 57 (56,4%) possuíam o ensino básico completo ou incompleto; sete (6,9%) possuíam o ensino secundário completo ou incompleto; cinco (5%) haviam completado o ensino superior e quatro (4%) responderam "outro", sendo que um deles possuía mestrado, um foi educado em casa e os outros dois fizeram o equivalente ao supletivo de ensino médio para adultos.

[3] A vila do Tortosendo pertence à municipalidade de Covilhã (Portugal).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (N=101)

	N	(%)
Gênero		
Homem	44	43,6%
Mulher	57	56,4%
Estado Civil		
Solteiro	16	15,8%
Casado	42	41,6%
Viúvo	38	37,6%
Divorciado	5	5,0%
Institucionalização		
Sim	50	49,5%
Não	51	50,5%

Fonte: Elaborado pelas autoras

Dentre os indivíduos não institucionalizados, 32 idosos (62,7%) viviam com cônjuge, 14 (27,5%) viviam sós, quatro (7,8%) viviam com os filhos e um (2%) indicou viver com outros. No caso dos idosos institucionalizados, o agregado familiar não foi analisado, já que os sujeitos residiam na instituição.

A composição familiar de todos os sujeitos foi verificada por meio de resposta espontânea, o que pode ter implicado que nem todos os componentes da esfera familiar tenham sido indicados. No total da amostra, 56 pessoas (55,4%) informaram possuir netos, 16 (15,8%) disseram ter bisnetos, 35 (34,7%) afirmaram ter irmãos, sete (6,9%) informaram ter cunhados, dois (2%) disseram ter pais, nove (8,9%) relataram possuir sobrinhos, cinco (5%) disseram ter filhos e um (1%) disse ter tios.

Sobre a questão que arguia a percepção de felicidade, 74 (73,3%) dos respondentes afirmaram sentir-se felizes, 17 (16,8) disseram que não são felizes e dez (9,9%) responderam "outro".

Dentre os participantes, 32 idosos, o que corresponde a 31,7%, informaram possuir uma ou mais doenças. Os problemas de saúde citados com maior frequência foram: doenças vasculares, 40 (39,6%), doenças dos ossos, 17 (16,8%), diabetes, 13 (12,9%), doenças de foro mental, 10 (9,9%). Quatro sujeitos também indicaram problemas na tireoide (4%), três mencionaram problemas respiratórios (3%); problemas de visão, Parkinson, rins e câncer foram citados, cada um, por 2% dos participantes, além de doenças dermatológicas, colesterol, de próstata e desequilíbrios, com uma indicação cada (1%).

Apesar de 69 (68,3%) participantes responderem que não possuíam doenças, noventa (89,1%) dos respondentes disseram tomar alguma medicação, o que pode denotar familiaridade com algum quadro de saúde considerado não grave (crônico) e, portanto, não identificado como doença.

A medida estatística utilizada para avaliar a consistência interna da amostra foi calculada por meio do alfa de Cronbach, para o qual obtivemos o valor de 0,617, considerado aceitável e indicativo de boa fiabilidade na amostra.

Em primeira análise, fez-se importante verificar as médias de satisfação com o suporte social, considerando as dimensões Global, SA, IN, SF e AS, presentes na escala de satisfação com suporte social, detalhadas no item "Material" deste artigo. Os valores médios foram calculados considerando as possibilidades de resposta em cada dimensão e correspondem a 15 para dimensão AS, 12 para a dimensão IN e nove para as dimensões SF e AS e 45 para a dimensão Global.

Nesta amostra, os valores médios encontrados em cada uma das dimensões foram: 56,04; 19,64; 14,31; 11,9 e 10,13, considerando as dimensões Global, SA, IN, SF e AS, respectivamente, ou seja, acima da média, indicando satisfação com suporte social (Tabela 2).

Tabela 2 - Médias indicadas em cada uma das dimensões

Estatísticas	N	Média	DP
Global	99	56,0404	9,23604
SA	101	19,6436	4,03382
IN	101	14,3168	3,73345
SF	100	11,9	3,50325
AS	100	10,13	3,12906

Ao dividirmos a amostra em dois blocos menores agrupados pela idade, tomando como referência a mediana (Md=78), obtivemos um grupo composto por idosos com idades entre 62 e 78 anos e outro por idosos entre 79 e 102 anos. Na comparação entre estes grupos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas – $t(97)= 2,011$; $p = 0,047$ –, indicando que os mais novos apresentavam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social global, conforme observado na Tabela 3.

Ao compararmos a satisfação com o suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Global – $t(97) = -4,106$; $p < 0,001$ –, Intimidade – $t(99) = -3,225$; $p = 0,002$ – e Satisfação com a família – $t(98) = -4,806$; $p < 0,001$ –, indicando que idosos não institucionalizados apresentavam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social nestas

dimensões (Tabela 3). Portanto, a primeira hipótese foi confirmada.

Na comparação entre idosos que se denominam felizes e infelizes, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Global – $Z(2;96) = 5,456$; $p = 0,006$ – e Intimidade – $Z(2;98) = 11,298$; p 0,001 –, o que mostra que os idosos que se sentem felizes estão mais satisfeitos com o suporte social global, bem como com o suporte social relacionado à intimidade (Tabela 4). A segunda hipótese foi confirmada.

Na comparação com base na declaração de ausência e presença de doenças, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão Global – $t(97) = 2,349$; $p = 0,021$ –, o que demonstra que os idosos que disseram não possuir alguma doença apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social, quando comparados com idosos que declararam ter alguma doença (Tabela 3). A terceira hipótese foi confirmada.

Ao compararmos as diferenças entre a satisfação com o suporte social considerando a existência de família, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, ao voltarmos a análise para a quantidade de visitas recebidas por familiares, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão Global – $Z(4;93) = 2,700$; $p = 0,035$ – e na dimensão SF – $Z(4;94) = 9,183$; $p < 0,001$ –, o que demonstra que os idosos que recebem visita de familiares com maior frequência apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social (Tabela 4). A quarta hipótese foi confirmada.

Na comparação entre homens e mulheres, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas somente na dimensão Atividades Sociais – $t(98) = 2,061$; $p = 0,042$ –, indicando que os homens estão mais satisfeitos com o suporte social relacionado às atividades sociais, conforme se pode observar na Tabela 3. A quinta hipótese foi parcialmente confirmada.

Tabela 3 - Comparação entre variáveis utilizando t-Student

	M	**DP**	**T**	*p*
Idade				
Dimensão Global			2,011	0,047
Mais novos	57,8235	9,32246		
Mais velhos	54,1458	8,84858		
Institucionalização				
Dimensão Global			-4,106	0,000
Institucionalizados	52,3958	8,08397		
Não institucionalizados	59,4706	9,00078		
Dimensão IN			-3,225	0,002
Institucionalizados	13,16	3,54194		
Não institucionalizados	15,451	3,59619		
Dimensão SF			-4,806	0,000
Institucionalizados	10,3469	3,82182		
Não institucionalizados	13,3922	2,37553		
Doença				
Dimensão Global			4,106	0,000
Sem doença	59,1250	9,00806		
Com doença	54,5672	9,04069		
Gênero				
Dimensão AS			2,061	0,042
Homem	10,8605	2,94053		
Mulher	9,5789	3,17888		

Tabela 4 - Comparação entre variáveis utilizando One-Way ANOVA

	M	DP	Z	*p*
Felicidade				
Dimensão Global			5,456	0,006
Feliz	57,8333	8,97257		
Infeliz	50,9412	8,54745		
Outros	51,8000	8,31064		
Dimensão IN			11,298	0,000
Feliz	15,2297	3,36602		
Infeliz	11,0000	3,3541		
Outros	13,2000	3,73571		
Frequência visitas família				
Dimensão Global			2,700	0,035
Diariamente	60,2963	8,33812		
Semanalmente	54,9200	9,04581		
Quinzenalmente	56,0000	5,65685		
Sem data certa	54,5143	9,30645		
Não recebe visitas	50,7778	8,40800		
Dimensão SF			9,183	0,000
Diariamente	14,3704	1,33440		
Semanalmente	12,0769	2,49677		
Quinzenalmente	11,0000	0,00000		
Sem data certa	10,8000	3,85624		
Não recebe visitas	8,1111	4,45658		

Discussão

Os dados desta investigação mostram que os participantes apresentaram índices favoráveis de satisfação com o suporte. Nota-se, no entanto, que os idosos não institucionalizados apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social quando comparados a idosos institucionalizados. A permanência em casa é importante para a manutenção do envelhecimento com saúde física e mental, pois traz consigo a independência, já que o idoso vive em um espaço que é seu e sobre o qual possui controle, traduzindo-o como componente da identidade (Kontos, 1998).

A existência de redes sociais satisfatórias está relacionada ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida, atuando como efeito protetor do estresse relacionado ao envelhecimento, possuindo importante papel na manutenção da vida dos idosos (Paúl, 2005b). Um aspecto relevante ao bem-estar psicológico é a felicidade, já que tal sentimento interfere na maneira como o indivíduo vivencia e molda seus relacionamentos afetivos, humores e percepção de experiências de vida. Há pesquisas que relacionam a felicidade à autonomia (Demir, Ozdemir, & Marum, 2011) e, como sabemos, esta é de grande importância para o desenvolvimento de um processo de envelhecimento saudável.

Os resultados de nosso trabalho evidenciam também a relação entre saúde e satisfação com o suporte social. Sabemos que o isolamento social e a falta de apoio podem levar ao comprometimento de fatores biológicos e comportamentais, causando prejuízos à saúde física e mental (White, Philogene, Fine, & Sinha, 2009). Há indicativos de que quadros de comprometimento físico previamente relacionados a doenças somáticas, como ansiedade e depressão, possam ter-se originado pela redução do suporte social (Bøen, Dalgard, & Bjertness, 2012).

As conclusões deste estudo alertam também para a importância da família na manutenção de um suporte social eficaz, principalmente nas situações em que o suporte oferecido pelas instituições não é suficiente (Hwang, Lin,

Tung & Wu, 2006). Um aspecto importante encontrado em nossas pesquisas foi que, na dimensão Intimidade, a satisfação com o suporte diferiu na comparação entre idosos institucionalizados ou não. Muitas vezes este papel de confidência é feito pelos familiares mais próximos e percebe-se também que estas relações fornecem apoio para que consigam lidar de maneira mais salutar com as dificuldades encontradas no envelhecimento (Guerra & Caldas, 2010).

Identificamos também a existência de maiores níveis de satisfação com o suporte social entre os homens, considerando a dimensão AS, que mede a satisfação com atividades sociais e interação com amigos. Tal resultado pode ser explicado pelo fato de as mulheres tendencialmente apresentarem mais sintomas depressivos (Oliveira et al., 2012), ou porque culturalmente é ela quem cuida da família e medeia as relações entre os filhos e entre estes e os pais (Rosa et al., 2009), o que pode comprometer a disponibilidade ou o desejo de buscar interações sociais. Sabemos também que a maneira de experienciar o luto é diferente para as mulheres, que tendem a não buscar uma segunda união, por parecerem impor a si mesmas a necessidade de vivenciá-lo intensamente, em razão da expectativa social. Outro aspecto que pode influenciar esta diferença pode ser o fato de as mulheres apresentarem maior longevidade (Martins, 2002) e, em razão da idade mais avançada, denotarem maiores comprometimentos da qualidade de vida e saúde mental, levando ao declínio das interações sociais (Esgalhado, Reis, Pereira & Afonso, 2010).

Os resultados deste estudo reforçam os efeitos positivos do suporte social na preservação da qualidade de vida dos idosos (Pais Ribeiro, 1999), bem como a importância física e emocional propiciada pelo envelhecer em casa. Como os idosos institucionalizados são os que apresentam menor satisfação neste aspecto, é importante que as instituições, em conjunto com a família e demais atores da rede social, organizem-se, de modo a facilitar a promoção de apoio, buscando, assim, suprir as necessidades vivenciadas por eles.

Conclusões

Ainda que existam diversos estudos sobre o envelhecimento ativo, este trabalho mostrou que muitos idosos com grandes perdas ainda assim afirmam estar felizes, o que denota alguma resiliência.

Deparamo-nos com muitos idosos ainda funcionais, quer em termos físicos, mentais ou sociais. Não podemos, no entanto, esquecer os critérios de inclusão (exclusões de demência), o que torna a representatividade deste estudo algo limitada, pois há inúmeros idosos dependentes e com quadros demenciais.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística em Portugal (INE), os censos de 2011 indicaram que 19% da população portuguesa tem mais de 65 anos. Não é difícil saber os números. Difícil é saber especificar e operacionalizar o que os números querem dizer. As políticas que se destinam aos idosos têm de levar em conta a heterogeneidade característica dessa classe demográfica. Apurar a importância da família, dos amigos e das instituições para nossos idosos é fundamental para melhorar as intervenções.

Percebemos que cerca de 90% de nossa amostra toma medicação. Ainda que exista uma diferença substancial entre a porcentagem dos que disseram tomar medicação e os que declararam possuir doenças, essas diferenças talvez sw devam à grande percentagem de iliteracia, pois muitas vezes tomam a medicação sem saber por que ou para quê. Muitos dos inquiridos referiram que a medicação que tomam é para os nervos, por exemplo, mas não souberam especificar o diagnóstico ou os efeitos esperados com o uso do medicamento. Isso ressalta que a psicologia pode desempenhar um papel fundamental no esclarecimento sobre o diagnóstico e consequente encaminhamento para a terapia mais adequada, nos casos relacionados a transtornos psicológicos.

Por fim, julgamos que com este trabalho podemos contribuir para a confirmação da importância do suporte social no envelhecimento ativo e, acima de tudo, salientar a relevância da psicologia como ciência fundamental nas equipes de trabalho, cabendo-lhe o papel decisivo de demonstrar a visão psicogerontológica do idoso. Estratégias de intervenção psicológica precisam ser implementadas no sentido de aumentar a fonte de suporte social para os idosos, com especial incidência para os institucionalizados, tendo em vista sua menor satisfação.

Referências

Afonso, M. (2013). Stress, coping, e resiliência em pessoas idosas. In C. Paúl, O. Ribeiro (Coords.). *Manual de gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 163-176). Lisboa: Lidel.

Almeida, H. (2013). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In C. Paúl, O. Ribeiro (Eds.). *Manual de gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.* Lisboa: Lidel.

Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., Domingues, M. A. R., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde e da Família. *Ciência & Saúde Colectiva*, *16*, 2603-2611.

Amaral, F. L. J. S., Guerra, R. O., Nascimento, A. F. F., & Maciel, A. C. C.

(2013). Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, *18*(6), 1835-1846.

Araújo, C. K., Cardoso,C. M. C., Moreira, E. P., Wegner, E., & Areosa, S. V. C. (2012). Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. *Revista Jovens Pesquisadores*, *1*, 97-107.

Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*, *12*(27), 1-12.

Cassola, T., Tólio, C., & Backes, D. (2011). O olhar de profissionais da saúde para um novo envelhecer. *Revista Contexto & Saúde*, *10*, 1127-1132.

Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011, 20 de abril). *Diário da República*. Recuperado em 1º de outubro de 2013, de https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico.

Cornelia, B. W., Hanel, M., Wagner, J. & Franz, J. (2013). Social network changes and life events across the life span: a meta – analysis. *Psychological Bulletin*, *139,* 53-80.

Demir, M., Ozdemir, M., & Marum, K. P. (2011). Perceived autonomy support, friendship maintenance, and happiness. *The Journal of Psychology*, *145*(6), 537-571.

Dias, D. S. G., Carvalho, C. S., & Araújo, C. V. (2013). Comparação da perceção subjectiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *16,* 127-138.

Esgalhado, M. G., Reis, M., Pereira, H. & Afonso, M. (2010). Influence of social support on the psychological well-being and mental health of older adults living in assisted-living residences. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(3), 267-278.

Fonseca, A. M. (2013). Desenvolvimento psicológico e processos de transição--adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl, O. Ribeiro. (Coord.). *Manual de gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 95-106). Lisboa: Lidel.

Guerra A. C. L. C., & Caldas C. P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*(6), 2931-2940.

Hupcey, J. E. (1998).Clarifying the social support theory. Research linkage. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 1231-1241.

Hwang, H-L., Lin, H-S., Tung, Y-L. & Wu, H-C. (2006). Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *43*, 429–437.

INE – Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011*. Recuperado em 7 de outubro de 2014, de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao.

Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, *36,* 531-572.

Kontos, P. C. (1998). Resisting institutionalization: Constructing old age and negotiating home. *Journal of Aging Studies*, *12*(2), 167-184.

Martins, R. M. L., (2002). Envelhecimento demográfico. *Millenium*, *26*.

Martins, R. M. L., (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, *31,* 128-134.

Nurullah, A.S. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, *27*(3), 173–188.

Oliveira, M. F., Bezerra, V. P., Silva, A. O. Alves, M. S. C. F., Moreira, M. A. S. P., & Caldas, C. P. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(8), 2191-2198.

Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, *3*(17), 547-558.

Paúl, C. (2005a). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Paúl, C. (2005b). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, 15*(1), 275-287.

Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology*, *25*, 231–243.

Rosa, F. H. M., Cupertino, A. P. F. B., & Neri, A. L. (2009). Significados de velhice saudável e avaliações subjetivas de saúde e suporte social entre idosos recrutados na comunidade. *Geriatria e Gerontologia*, *3*, 62-69.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, *37*(3), 364-371.

Taylor, R. J., Brown, I. F., Taylor, H. D., & Chatters, L. M. (2013). Patterns of emotional support and negative interactions among African American and black Caribbean extended families. *Journal of African American Studies*, *18*(2), 147-163.

White, A., Philogene, G., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health*, *99*(10), 1872-1878.

Submetido em: 1-9-2014
Aceito em: 1-6-2015