

**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**  
Giordano Bruno

*António Duarte*

**SAÚDE, SUPORTE SOCIAL  
E BIOÉTICA**

**percepção dos idosos sobre a qualidade de vida**



***Cadernos do GREI n.º 13***

***ABRIL 2014***

**SAÚDE, SUPORTE SOCIAL  
E BIOÉTICA**

**percepção dos idosos sobre a qualidade de vida**

**ÍNDICE**

Introdução.....	3
1. Envelhecimento e políticas de saúde.....	4
2. Natureza e importância do suporte social.....	7
3. Bioética e humanização dos serviços.....	9
4. Conceito de percepção social.....	12
5. Percepção da qualidade de vida.....	15
Reflexões finais.....	17
Bibliografia.....	18



**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**  
Giordano Bruno

## **FICHA TÉCNICA**

**Título:** Cadernos do GREI

**Edição de:** GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares  
Giordano Bruno

*Urb. Vale da Amoreira, lote 5 – 4.ª Dt.ª*  
*8005-334 FARO*

[grei.grupo@gmail.com](mailto:grei.grupo@gmail.com)   [www.grei.pt](http://www.grei.pt)

**Capa:** adaptada por João Félix de “A doença” de *Ferdinand Hodler*

**Conselho Editorial:** Carlos Marques Simões (coordenador), Francisco Gil,  
Helena Ralha-Simões, Helena Sousa, Nora Almeida Cavaco e Rosanna Barros

**Data:** abril de 2014

**Publicação de difusão restrita**

*A ortografia adotada no texto dos cadernos é da responsabilidade de cada autor(a).*

*A ortografia utilizada na capa, títulos, índice e resumo não segue o novo acordo ortográfico, segundo opção do coordenador editorial.*

O filósofo pode permanecer na sua torre e o teólogo na sua cela.  
Porém, as mulheres e os homens que se consagram à bioética  
estão inseridos no mundo. (...) As fronteiras que separam  
o domínio da biologia dos domínios vizinhos são, de facto,  
diversas, complexas e, por vezes, movediças.

**Jean Bernard** *in A Bioética* (1993)

(...) é nosso dever para resistir à velhice (...) compensar os seus defeitos  
(...) sem sobrecarregar o corpo. Mas, se [lhe] devemos dar atenção,  
muito maior cuidado temos que ter com a mente e o espírito  
que tal como as lanternas tendem a dar menos luz com o tempo,  
a menos que as mantenhamos bem oleadas.

**Cícero** *in Senectude* (44 a.C.)

## **RESUMO:**

A intervenção nas políticas de saúde deve sublinhar a importância do suporte social enquanto fator que preserva a qualidade de vida. Esta perspectiva tem de ser reformulada segundo novos referenciais - como é o caso da bioética -, uma vez que, no âmbito da problemática do envelhecimento, é essencial considerar o modo como os idosos percebem o seu contexto envolvente.

**Palavras-chave:** percepção social; bioética; qualidade de vida; suporte social; políticas de saúde; envelhecimento.

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento progressivo das populações das sociedades ocidentais coloca novos e complexos desafios que, necessariamente, envolverão cada vez mais profundas alterações ao nível das políticas de saúde. Também no nosso país - e relativamente ao total da população -, a proporção de jovens tem vindo a reduzir-se, verificando-se simultaneamente um aumento do número de idosos. Para tal terá contribuído, sem dúvida, o facto de a esperança média de vida ter progressivamente aumentado nas últimas décadas, não só graças aos avanços da medicina como devido a alterações a nível ambiental. Esta tendência, constante nos países em desenvolvimento, é mais acentuada no grupo de pessoas com mais de sessenta anos do que em qualquer outra faixa etária (OMS, 2005).

Em Portugal, os aspetos mencionados - conjugados com os fenómenos de urbanização, litoralização e isolamento - vieram a revelar fragilidades nos sistemas social e de saúde, muito em particular no que concerne à adequação dos cuidados prestados nas situações de dependência, tornando-se por esse motivo premente a introdução de estratégias diferenciadas que permitam enfrentar estas novas solicitações, a fim de corresponder consistentemente às necessidades de suporte social dos utentes e das suas famílias.

Neste contexto, é fundamental a criação de respostas integradas em que a humanização dos serviços e a resolução de emergentes questões de natureza bioética possibilitem encontrar outras vias e redefinir as

já existentes, nomeadamente em matéria de cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, onde muitas vezes são englobados os que serão providenciados aos utentes com mais idade. Ora, isto terá de ser levado a cabo assegurando que estejam garantidas a articulação e a intervenção integrada dos setores da saúde e da ação social, de modo a prestar apoio psicológico e cuidados de diversa ordem, designadamente a nível domiciliário e comunitário, àqueles que deles precisem, muito em especial a quem é mais vulnerável.

No entanto, para que se consiga fazer face aos novos desafios, é indispensável dar voz aos principais interessados - ou seja, aos idosos e às suas redes de apoio - no sentido de entender quais são efetivamente as suas necessidades e as suas legítimas expectativas, o que implicará equacionar em novos moldes a problemática da percepção social, de forma a sublinhar o modo como os seus protagonistas perspetivam a sua qualidade de vida, enquanto parâmetro que pode validar ou pôr em causa as próprias justificação e viabilidade das alternativas adotadas.

## **1. ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS DE SAÚDE**

O mundo envelhece e também em Portugal - à semelhança do que se passa na maioria dos países da Europa - se têm registado profundas alterações na estrutura etária da população. De facto, assiste-se a uma dupla ocorrência caracterizada simultaneamente pela passagem das taxas de natalidade e de mortalidade de níveis elevados para níveis baixos, o que conduz a um acréscimo da proporção dos idosos no total da população; isto acentua, ano após ano, o envelhecimento demográfico, criando uma situação em que as gerações deixaram de se substituir, fenómeno considerado irreversível (INE, 2007).

Ora, uma das principais implicações desta transformação - com fortes repercussões estruturantes - dá-se a nível do setor da saúde, pois que a acelerada emergência do envelhecimento tem levado à procura de novas estratégias de resolução dos problemas que daí advêm, em

particular porque as doenças associadas a esta circunstância vão adquirindo cada vez maior expressão no conjunto da sociedade, quer devido ao conseqüente aumento do recurso aos serviços quer ao nível da prestação de cuidados, o que, além disso, dada a grande heterogeneidade de situações neste grupo etário, implica a necessidade de respostas assistenciais diversificadas (Fonseca, 2004; Paúl & Fonseca, 2005; Torres & Marques, 2008).

No entanto, o problema do envelhecimento é muito mais que uma questão de números; trata-se principalmente de uma dimensão de natureza social, resultante do percurso evolutivo deste fenómeno que se refletiu na criação de novos serviços e instituições, hoje denominados, entre outros, centros de dia e noite, núcleos de apoio a idosos e apoio domiciliário. Esta situação não deve contudo ser entendida exclusivamente em termos financeiros, sendo indispensável encará-la de um modo que permita perceber se as políticas geradas contemplam uma perspetiva que assuma a especificidade inerente à condição das pessoas idosas (Duarte, 2013).

Por outro lado, se se quiser obter um adequado grau de satisfação dos utentes perante aquelas unidades de apoio exteriores aos lares, é importante que as mesmas disponibilizem “lume, casa, família, pátria, pão e planura”, para que os idosos não sintam o afastamento da sua casa, dos seus amigos, da sua família, das suas rotinas - e até de si próprios - como um golpe insuperável (Almeida & Rodrigues, 2008). Por isso, Favaro e Ferris (1991) afirmam que abordar esta questão implica um julgamento sobre as características dos serviços de saúde, o que exige conhecer a opinião das pessoas sobre a sua qualidade, informação essa que é essencial para completar e equilibrar este setor.

No âmbito do enquadramento considerado, pode constatar-se que o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes constituiu o fundamento de uma mudança de paradigma na saúde, a qual já não deve ser medida apenas pela presença ou não de doença, mas sim pela possibilidade de prevenir o grau de manutenção da capacidade funcional. Dentro desta lógica, o conceito de envelhecimento saudável passa-

rá a ser o resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, suporte familiar, independência económica e integração social, acentuando a necessidade de preservar a autonomia do indivíduo. Por esse motivo, estes fatores têm que estar na base das novas propostas para a saúde pública que apostem, sobretudo, na prevenção, enquanto processo vocacionado para aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades no sentido de manterem e melhorarem a sua saúde (Ramos, 2003; Torres & Marques, 2008).

Ora, as circunstâncias referidas levaram a que a definição conceptual de prevenção da saúde tenha evoluído no sentido de uma redefinição mais abrangente e positiva que a coloca como uma preocupação central para o desenvolvimento e que salienta a importância da capacitação pessoal para agir em prol de si próprio. Daí que os novos desafios da saúde pública passem pela aposta em mecanismos capazes de atuar ao nível não só da capacidade física dos indivíduos mas também do bem-estar mental, de modo a que os fatores psicológicos e psicossociais - associados a outros de ordem social - assumam um papel fundamental (Fonseca, 2004; Torres & Marques, 2008).

Além disso, uma vez que, nos próximos anos, é expectável uma tendência crescente da incidência de doenças crónicas e incapacitantes, é também de esperar um incremento da procura de cuidados, quer na área social quer na área da saúde, seja por parte dos idosos com diferentes níveis de dependência funcional, seja por doentes com patologia crónica múltipla ou ainda por pessoas em estado avançado de doença incurável e em fase final de vida (Martins & Melo, 2006).

É neste contexto que, perante a emergência destas novas necessidades, para as quais a sociedade ainda oferece soluções manifestamente insuficientes - sobretudo no que concerne aos cuidados paliativos e de longa duração -, se torna essencial criar respostas para as diferentes situações de dependência, quer a nível social quer em relação aos cuidados associados aos diferentes estádios da doença.

Efetivamente, no Reino Unido, a *Audit Commission* (2004) demonstrou que, sem cuidados adequados no domicílio ao nível da pre-

venção e reabilitação, os idosos são internados desnecessariamente no hospital, permanecendo aí mais tempo do que seria previsto e adequado. Ora, esta situação condiciona piores resultados, devido ao incremento de infeções contraídas no hospital, de síndromes de desorientação em pessoas com distúrbios cognitivos e também do afastamento e rutura das redes de suporte social que as apoiavam nos contextos onde estavam inseridos (Martins & Melo, 2006).

## 2. NATUREZA E IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL

O suporte social é uma dimensão que surge frequentemente associada ao modo como os indivíduos percebem o seu contexto envolvente, sendo considerado em diferentes culturas como um fator que pode contribuir para o bem-estar pessoal. Nesta perspetiva, pode ser entendido como um termo abrangente que diz respeito à coesão e à frequência das relações sociais do indivíduo, à força e quantidade dos laços estabelecidos e ao modo como é percebido esse sistema de apoio.

Segundo Ribeiro (2001), o suporte social constitui um dos mais importantes conceitos na psicologia da saúde pois alivia o *stress* em situação de crise, podendo inibir o desenvolvimento de doenças ou desempenhar um papel positivo na recuperação dos processos patológicos. Para este autor, este aspeto é indiscutivelmente relevante, tanto para a saúde como para a doença, embora se continue a discutir o que pode ser considerado essencial no vasto domínio das variáveis que o tipificam, tais como a frequência e a intensidade de contactos interpessoais, a existência de amigos íntimos ou de redes de relações mais distanciadas.

O suporte social refere-se aos recursos e às unidades sociais com que os indivíduos podem contar, tais como a família ou as instâncias que respondem aos seus pedidos de ajuda e assistência; para além destes aspetos, podem ainda ser considerados outros, mais subjetivos, como a percepção que cada pessoa tem da adequação do suporte de

que dispõe e a sua respetiva satisfação com esta dimensão social da sua vida (Ribeiro, 2001).

Abrunheiro (2005), refere-se ao mencionado suporte como sendo qualquer “*input*” recebido de um indivíduo ou grupo, que faz com que o recetor desse “*input*” siga em direção à satisfação dos seus desejos. Assim, pode ser definido como o apoio acessível através dos elos sociais que o sujeito estabelece com outros indivíduos, grupos ou com o conjunto da comunidade, tratando-se, em qualquer dos casos, de uma transação interpessoal que inclui um ou vários dos seguintes elementos: a) solicitude de ordem emocional - tal como amizade, amor e empatia -; b) ajuda concreta de bens e serviços; c) informação sobre o ambiente; e d) avaliação da informação pertinente através da autoavaliação.

Esta forma de apoio residiria no conjunto das relações interpessoais do indivíduo, o qual procura um vínculo afetivo com o outro, buscando a sua simpatia, amizade e amor ou uma ajuda prática, seja ela instrumental ou financeira, ou ainda teria fundamento em informações e avaliações relativas à uma eventual situação que o ameaça. A oferta deste suporte proviria daqueles que integram a rede social de um dado indivíduo, definida como o conjunto de pessoas com as quais este se relaciona, se identifica socialmente ou que eleger como referências para sua vida. Estas seriam entendidas como fontes de apoio diante de dificuldades e adversidades, o que ajudaria o indivíduo a construir e manter uma determinada identidade social, a cultivar contactos sociais e a escolher quem seria significativo para sua vida (Abrunheiro, 2005).

Esta rede social abrange também as organizações sociais formais que se articulam em torno de assuntos e necessidades específicas (escolas, organizações governamentais e não governamentais, serviços sociais e de saúde). Além disso, o seu respetivo suporte traduz-se em trocas materiais, informativas e psicossociais - muitas vezes proporcionadas por profissionais organizados no sentido de fornecer ajuda técnica aos indivíduos ou à sua família - e inclui também células de sociabilidade primárias, nomeadamente a família nuclear ou alargada, os amigos e a vizinhança, contexto em que o apoio seria caracterizado por

critérios de carácter pessoal, como o dever para com o outro, o sentimento de companheirismo e de responsabilidade, a gratidão e a solidariedade (Mesquita, Collares, Landim & Peixoto, 2009).

Este tipo de apoio tem sido referido como tendo efeitos positivos em diversos domínios, incluindo a saúde física, o bem-estar mental e no desempenho de diversas funções sociais, sendo por isso objeto de interesse na pesquisa psicossocial. A este propósito, Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2008) referem, por exemplo, que as redes de suporte social são um elemento determinante para um envelhecimento bem-sucedido. Por seu turno, Resende, Bones, Sousa e Guimarães (2006) afirmam que as relações sociais e o apoio social são tópicos que contribuem para o bem-estar de adultos e idosos, influenciando positivamente a sua satisfação com a vida. Na verdade, este recurso tem sido evidenciado como elemento importante na promoção do bem-estar e da saúde física e mental do idoso (Paúl & Fonseca, 2005) e como uma variável capaz de proteger e promover a saúde ou facilitar a recuperação após uma situação de doença grave (Abrunheiro, 2005; Rodrigues & Madeira, 2009).

### 3. BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

O neologismo “bioética” surgiu pela primeira vez em livro em 1971 na obra do oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter (1911-2001) *“Bioethics, a bridge to the future”*, publicado pela editora Prentice-Hall. Este autor concebeu assim uma nova disciplina que combina o conhecimento da biologia – para isso usa o prefixo *bio* – com o conhecimento de sistemas de valores humanos, representado pelo termo *ética*. Pretendeu, deste modo, construir uma ponte entre duas culturas, a das ciências naturais e a das humanidades (Martinez, 2005).

O interesse que a bioética assume nos nossos dias e a forma como se difundiu tão rapidamente através dos meios de comunicação nas so-

iedades mais desenvolvidas, como a americana e a europeia, constituem um salto em frente na evolução do pensamento humano, sendo uma disciplina inspirada numa reflexão rigorosa e profunda que se ocupa do estudo das questões surgidas quando diferentes valores entram em conflito. Para Hottois (1991, p. 170) hoje a bioética *“(...) cobre um campo que vai da deontologia e da ética, centradas em problemas com frequência próximos da filosofia e dos direitos do homem, à ‘ecoética’ ou ‘ética ambiental’ e próxima da filosofia da natureza atenta às dimensões evolucionistas”*.

Inicialmente o domínio mais estudado era o da bioética clínica, que confronta o exercício da medicina com os conflitos de valores; por esse motivo, tópicos relacionados com o início da vida (genética e aborto) e com o fim da mesma (eutanásia e cuidados paliativos) foram os primeiros a serem estudados. Posteriormente, também a vertente “assistencial” se desenvolveu, deixando o seu estudo de se restringir à medicina e passando também a abordar outras disciplinas envolvidas no cuidado da vida e da saúde, tais como a enfermagem, a assistência social e a fisioterapia, assim como no que concerne às profissões de ajuda relacionadas com o cuidar de pessoas (Ferrer & Alvarez, 2003).

O ponto de partida da bioética é o respeito pela dignidade humana, ideia que deriva da filosofia de Kant, o qual, já em 1785, afirmava: *“Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio”*; em congruência com este pressuposto, pode-se afirmar que todas as pessoas merecem a mesma e absoluta consideração e respeito, sem qualquer exceção, sendo porém mais fácil concordar na afirmação da dignidade da pessoa humana do que defini-la e fundamentá-la. Como refere Cabral (2003, p.280), *“é de modo intuitivo que, por assim dizer, ‘sentimos’, diante qualquer ser humano, estar perante algo sagrado como dizia Cícero (...)”*.

O valor da pessoa humana que serve de referência para a bioética, implica que nós, seres humanos, nos reconheçamos uns aos outros como dotados de dignidade, facto esse que está consignado na Declara-

ção Universal dos Direitos do Homem, proclamada pelas Nações Unidas em 1948, sendo tal sentimento algo intrínseco e que deve ser preservado sem distinção de sexo, idade, raça ou ideais (Prat Puigdengolas, 2008).

O grande desafio da medicina, desde que nasceu nas mãos de Hipócrates, sempre foi humanizar a relação entre os profissionais de saúde e os seres humanos, aspeto que constitui o principal objetivo da bioética. No entanto, em geral, os profissionais não têm a formação suficiente para comunicar adequadamente, não chegando a boa vontade para um bom cuidado; por isso, é necessário desenvolver atitudes que permitam saber escutar o silêncio dos doentes, observar a sua linguagem não-verbal, agir no momento adequado, manter o olhar no outro quando nos fala da morte, evitando assim causar danos psicológicos. E isto não é uma questão de segunda ordem que se subordine ao critério de análises exaustivas que se reportem simplesmente a fundamentos e normas. Acima de tudo, deve-se considerar a perspectiva da ética do dever e da ética dos princípios (Prat Puigdengolas, 2008).

Como esclarece o Professor Lobo Antunes (1996, p.108): *“Para lá do que contém de inefável, as vantagens de se comunicar bem são evidentes – colhe-se mais e melhor informação, o doente percebe melhor o que se pretende transmitir e cumpre mais rigorosamente as indicações que lhe fornecemos porque a simples mensagem verbal tem enorme valor terapêutico, e, mesmo quando o seu conteúdo é essencialmente de negação, traz o sossego abençoado de não se estar doente (...)”*.

De facto, o primeiro dos problemas bioéticos que surge em instituições e hospitais é o da humanização dos serviços. A maior parte de nós vamos a consultas médicas, passamos por vários profissionais de saúde, submetem-nos a exames, somos hospitalizados, relacionamo-nos com diversas pessoas da área e o que percebemos, no fim de tudo isso, é que o sistema está “desumanizado” e que nos tratam “pouco humanamente”. Falamos por isso muitas vezes da prepotência dos responsáveis pelas abordagens terapêuticas, dos lugares frios, dos quartos

pouco confortáveis, da falta de informação, das intermináveis listas de espera ou da indiferença com que nos dizem as coisas.

Humanizar é uma questão universal, mas raramente se define ou amplia o seu significado, apesar de em todo o mundo se falar de desumanização da saúde e da sociedade em geral. Na perspectiva em que nos colocamos, ao tratar o caso concreto dos idosos, há que equacionar a reflexão num plano mais profundo, sem nos limitarmos ao mero reconhecimento dos seus direitos. A ética dos idosos não pode ser unicamente uma ética de direitos, mas uma ética de responsabilidades, cuidados e afetos. Responsabilidades, porque se responde perante o idoso, perante a sociedade e perante a nossa consciência; cuidados, porque nos ocupamos do seu bem-estar; e afetos, porque nos preocupamos com esse mesmo bem-estar (Ferrer & Alvarez, 2003).

#### **4. CONCEITO DE PERCEÇÃO SOCIAL**

O conceito de *perceção social*, usado por vezes como alternativa - e de certa maneira incorretamente - relativamente a outros, como os de *conhecimento social*, *conhecimento de outrem*, *perceção de pessoa* ou *perceção de outrem*, não deve ser utilizado de tal forma extensiva, pois que, apesar das temáticas focadas por cada uma destas abordagens serem de notável interesse notório teórico e empírico, não é possível que cada uma delas abarque todos os domínios da *representação de outrem* (Simões, 2001).

De facto, é possível aplicar ao estudo da *perceção social* os mesmos constrangimentos que, de modo similar, Pagès (1970, p. 113) utiliza ao referir que *“(...) o julgamento objetivo tem prolongamentos epistemológicos, [sendo] necessário (...) juntar ao [seu] estudo (...) uma epistemologia do conhecimento de outrém, isto é, no limite da própria psicologia científica”*.

Nesse sentido, perspetivando os referenciais aduzidos num enquadramento de natureza epistemológica, pode-se salientar uma matriz conceptual que enfatiza a natureza restrita de todas as buscas de conhecimento; tais pressupostos - que não aceitam uma visão realista e objetivista da ciência - consideram que o conhecimento não existe independentemente das operações mentais que mediatizam as representações do mundo exterior (Simões, 2013).

Por conseguinte, segundo Oléron (1981), apesar da definição de “*representação*” geralmente apresentar alguma falta de rigor, devido ao seu carácter geral e maleável, a sua utilização torna-se necessária para designar uma variedade de elementos relativamente heterogéneos que, muitas vezes, são designados como *imagem*, *mito*, *dogma* e *opinião*. Ora, na sequência da perspetiva deste mesmo autor, dado que a vida social é, em parte, determinada pelas representações, podem-se invocar, neste contexto, as investigações sobre a “*cognição social*”. Efetivamente, esta expressão “(...) indique l’originalité des connaissances et des démarches mises en œuvre lorsqu’il s’agit pour le sujet de considérer les réalités sociales” (Oléron, 1981, p. 12).

O movimento conhecido por *cognição social* tem as suas raízes remotas numa pluralidade de conceitos e autores que desde cedo se opuseram às teorias comportamentalistas e freudianas e ao reducionismo fisiológico, contribuindo para o que Jones (1985) designa como a emergência do subjetivismo em psicologia social. Com efeito, desde meados dos anos sessenta, inicia-se o que se chamou a revolução cognitiva a partir da perspetiva do “*new look*”, introduzida por Jerome Bruner e Cecil Goodman (1947); estes autores, com base nas suas pesquisas, consideraram que o sujeito é um observador ativo que explora o mundo e lhe atribui um sentido em função das suas expectativas e dos seus quadros de referência.

Conceptualmente, a problemática da cognição social foi abordada segundo duas perspetivas fundamentalmente diversas, em particular pela psicologia social e por uma tendência desenvolvimentista baseada em Piaget e Werner. Segundo esta, ao contrário da conceção anterior, a

aquisição progressiva dos elementos cognitivos, relativamente aos aspetos sociais, faz-se através de uma estruturação hierarquicamente organizada dos conhecimentos sobre os outros e sobre si próprio que não depende exclusivamente do contacto com uma multiplicidade de aprendizagens sociais (Simões, 1983).

Entre os modelos teóricos da cognição social é possível referir a “*perceção de pessoa*” e as “*teorias da atribuição causal*” a primeira a partir das contribuições de Asch (1946) e a segunda a partir de Heider (1944, 1946). Estas teorias acentuam o papel do organismo na elaboração do conhecimento e abandonam o estudo dos fatores dinâmicos internos (motivações, afetos, etc.), centrando a sua análise nas cognições enquanto tais, na forma como se encontram estruturadas e nos processos que relacionam as estruturas cognitivas com a informação externa (Chandler, 1977).

Mas os autores referidos são mais do que geradores das temáticas da cognição social, constituem as suas raízes conceptuais e metodológicas próximas. Neste sentido, as suas teorias, respetivamente, sobre a *formação de impressões* (Asch, 1987) e *as relações interpessoais* (Heider, 1970) devem ser consideradas como prototípicas deste novo paradigma em psicologia social e do largo movimento que há décadas marca a pesquisa neste domínio (Leyens & Codol, 1986).

A partir dos anos setenta, este movimento passa a usar uma nova metáfora - o homem como computador, sendo a atividade cognitiva concebida a partir de um *hardware* e de um *software*, isto é, de estruturas e de processos cognitivos. O conceito de estrutura cognitiva - ou de estrutura de conhecimento - é uma designação genérica para referir o facto de dispormos de *representações* que se encontram organizadas sob alguma forma, as quais são, assim, “organizações de informação armazenada” resultantes de processamentos prévios (Markus & Zajonc, 1985).

Ora, no contexto destas preocupações, a psicologia social cognitiva pôs em evidência que as atividades inferenciais do homem comum são



geralmente desajustadas face aos dados de que dispõe. Nesse sentido, pretende-se demonstrar que o homem, como computador, é, afinal, um *computador com vírus*, um *computador defeituoso* (“*faulty computer*”), que comete erros decorrentes do uso de uma lógica *natural* e de uma *racionalidade limitada* ou de uma *avareza ou preguiça cognitiva* (Tversky & Kahneman, 1974). Em resumo, no quadro desta orientação paradigmática e da metáfora do homem como computador defeituoso, a atividade cognitiva é uma atividade individual, sujeita a imprecisões e erros, que assenta na conjugação de *esquemas* internos e *dados* externos, sendo a realidade vista como exterior ao indivíduo, neutra e não social (Leyens & Codol, 1986).

## 5. PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A expressão qualidade de vida (QV) tem vindo a ser utilizada cada vez com mais frequência, ao longo das últimas décadas, facto que fez surgir muitos instrumentos de avaliação, embora alguns sem enquadramento conceptual e carentes de equivalência transcultural, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definir o conceito com precisão e a criar um instrumento que pretende apreender a percepção subjetiva dos indivíduos sobre a sua QV no contexto em que vivem, para uniformizar aspetos aparentemente ambíguos e conferir um estatuto científico ao conceito (Canavarro *et al.* 2009).

Sendo uma das variáveis que mais tem visto aumentar a sua importância na área da saúde, a OMS define a QV como a percepção do indivíduo sobre a sua posição no contexto do sistema de valores e da cultura em que está inserido, tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, trata-se de um conceito amplo que abrange e inter-relaciona o meio ambiente com aspetos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (Fleck, 2000).

Esta definição reflete, deste modo, a natureza subjetiva da QV e salienta que o importante é a percepção do próprio indivíduo e não a apreciação objetiva que o seu meio ambiente faz acerca do seu estado funcional ou psicológico, mesmo que seja um profissional de saúde ou um familiar a avaliar essas dimensões.

No caso dos idosos, por vezes a QV tem sido definida como a capacidade para o desempenho das atividades da vida diária de modo independente; contudo Santos, Santos, Fernandes e Henriques (2002) defendem que ela depende tanto deste aspeto como da saúde, considerando que esta é um produto das condições objetivas da existência e que resulta das condições de vida biológica, social e cultural.

A QV é reconhecida como fator importante na manutenção da integridade física e mental das pessoas em todas as fases da vida. No entanto, no contexto da velhice, tem uma associação direta não só com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos adaptativos, mas também com a forma como é percebida, nomeadamente em termos do seu senso de autoeficácia, sendo a avaliação subjetiva que cada indivíduo faz da sua funcionalidade o conceito primário da QV percebida (Puts, Shekary, Widdershoven, Heldens, Lips & Deeg, 2007).

Puts e outros (2007) defendem que os idosos diferem quanto aos fatores que mais contribuem para a sua QV, consoante são saudáveis ou não; efetivamente, as pessoas doentes referem que o contacto social é para elas o fator mais importante enquanto que as saudáveis atribuem à saúde a maior importância. Na verdade, para a maioria dos idosos, ter QV significa gozar de boa saúde, seguindo-se os sentimentos positivos (viver e sentir-se bem, ter alegria de viver e viver em paz), as relações pessoais (familiares e sociais) e a alimentação (adequada e de qualidade), o que reforça a ideia de que este é um conceito multidimensional que pode ser analisado tanto com base em parâmetros objetivos como subjetivos (Aires, Paskulin & Morais, 2010).

Num estudo realizado na Nigéria sobre os fatores determinantes da QV nos idosos foi evidenciada a influência de fatores demográficos e sociais e de saúde. O estatuto económico e a saúde (incluindo a auto-perceção de saúde e das limitações funcionais) relacionam-se de forma positiva com todos os domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), sendo a saúde um forte preditor em todos os domínios. O estudo concluiu ainda que, a QV diminui com o avançar da idade, sendo os fatores sociais determinantes em todos os domínios, incluindo no físico, em que assume quase a mesma importância que a atribuída à saúde (Gureje, Kola, Alolabi & Olley, 2008).

Fleck (2003, *cit. in* Ferreira, 2009), num projeto de avaliação de QV em idosos no Brasil, identificou alguns outros aspetos associados à QV que eram mencionados por todos, tais como saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade. Consoante os sujeitos são ou não saudáveis, as opiniões sobre os fatores que são mais importantes para a QV diferem; de facto, para os doentes, o importante é o contacto social, enquanto que os saudáveis privilegiam a saúde (Puts *et al.*, 2007).

Zimmerman (2000), considera que o contacto social se torna relevante por fazer com que se reforce o sentimento de valor pessoal e a autoeficácia no relacionamento interpessoal, pois que, desde o nascimento, estamos em contacto com muitas pessoas, desempenhando vários papéis na sociedade, e isso faz-nos sentir importantes. Este autor diz-nos ainda que a família tem de ajudar o idoso a viver melhor, fazendo com que este não se sinta um peso mas parte integrante do sistema familiar.

No que concerne aos idosos portugueses, sabe-se que estes, independentemente do contexto habitacional em que se encontram, percebem a sua QV de forma idêntica, ou seja, que não existem diferenças significativas entre os idosos do meio rural, suburbano ou urbano, nem mesmo entre os que estão institucionalizados, são frequentadores de

Centros de Dia ou residem na comunidade sem estarem associados a qualquer instituição (Ferreira, 2009).

Esta conclusão é congruente com os resultados obtidos por Almeida e Rodrigues (2008) num estudo conduzido numa amostra de 93 indivíduos idosos institucionalizados em lares, em que 51.6% referem ter uma QV satisfatória. Note-se todavia que, analisado o índice de QV em função do sexo, encontramos diferenças, constatando-se que 65,2% dos indivíduos do sexo masculino dizem incluir-se no grupo de idosos com QV, em comparação com apenas 47,1% do sexo feminino.

## REFLEXÕES FINAIS

Desde o início do século XX, o sistema de saúde português teve de responder às alterações dos estilos de vida ocasionadas pelas mudanças da sociedade; apesar da grande evolução realizada, isto não se fez sem sobressaltos, tendo sido preciso abranger novas áreas de intervenção que, para além dos hospitais, pudessem constituir uma aproximação às necessidades dos cidadãos. Todavia, tal tarefa não foi fácil, tendo sido imprescindível conhecer o modo como os utentes percebem a sua realidade.

Neste contexto, os idosos merecem particular atenção pois que, se não forem devidamente acompanhados por profissionais de saúde, tal situação pode incrementar o declínio geral da sua condição (física e psicológica), levando ao aumento do número de internamentos e de cuidados mais dispendiosos que, por sua vez, requerem obrigatoriamente um aumento dos recursos económicos. Ora, dado que o envelhecimento populacional é cada vez mais acentuado, torna-se indispensável investir criteriosamente nos apoios proporcionados a este setor da comunidade.

Por conseguinte, estando a *qualidade de vida* estreitamente associada com o *suporte social* dos idosos, tais aspetos parecem estar

relacionados com contextos recentes e com modelos de organização - implicando elementos complexos e ainda não identificados – conducentes a valorizar os índices de funcionalidade do sistema; de facto, se se considerar as circunstâncias em que o próprio apoio externo parece não ser suficiente, pode-se concluir que com uma adequada prestação de cuidados que permitisse aos idosos permanecer no seu domicílio, poder-se-ia evitar encargos com as suas hospitalizações.

Por outro lado, dado que a maioria dos idosos prefere manter-se no seio familiar/domicílio, não é fácil avaliar a sua satisfação face às unidades de saúde existentes, pois que esta opção só é escolhida quando não existe outra alternativa; contudo, não se pode omitir a sua importância, uma vez que estas unidades visam indubitavelmente promover a qualidade de vida e contribuir para uma sociedade mais humana, no sentido de prevenir, reduzir e adiar as incapacidades.

Considerando que a perspectiva adotada valoriza a relevância das redes de suporte social e a qualidade de vida dos idosos, deve-se salientar que a avaliação destas dimensões não é, em geral, feita em termos absolutos, mas segundo os critérios dos intervenientes nestes processos; para o efeito são utilizados determinados referenciais pertinentes como a perceção social e a bioética, enquanto contributos para reinterpretar a realidade.

Finalmente importa destacar que a perspetivação da problemática analisada ocorre num cenário que gera uma pluralidade de olhares sobre o comportamento individual e coletivo, a qual, no entanto, não esgota a sua pluridimensionalidade. Torna-se assim imperiosa uma articulação psicossociológica; mas esta articulação só será possível se se identificar o significado do que se pretende articular, não reduzindo o novo ao velho e o desconhecido ao conhecido.

## BIBLIOGRAFIA

- Abrunheiro, L. (2005). A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente com transplante hepático. *O Portal dos Psicólogos*. Consultado em 7 de outubro de 2011 em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)
- Almeida, A. & Rodrigues, V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (6), pp. 1025-1031.
- Aires, M., Paskulin, L.M.G. & Morais, E.P. de (2010). Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (1). Consultado em 3 de março de 2014 em [www.erp.usp.br/rlae](http://www.erp.usp.br/rlae)
- Asch, S. (1946). Forming impressions on personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41, pp. 258-290.
- Asch, S. (1987). *Social Psychology*. Oxford: Oxford University Press (edição original: 1952).
- Audit Commission (2004). *Avoiding and diverting admissions to hospital – a good practice guide*. Health & Social Care Change Agent Team. Department of Health of the United Kingdom.
- Bruner, J.S. & Goodman, C.C. (1947). Value and need as organizing factors in perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 42, pp. 33-44.
- Cabral, R. (2003). *Temas de ética*. Braga: Faculdade de Filosofia/Universidade Católica Portuguesa.
- Canavarro, M.C., Serra, A.V., Simões, M.R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., Quintais, L., Carona, C. & Paredes, T. (2009). Development and psychometric properties of the World Health Organization - quality of life assessment instrument (QHOQOL-100) in Portugal. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, pp. 116-124.
- Chandler, M. (1977). Social cognition – a selective review of current research. In W.F. Overton, J. McCarthy & J. Gallagher (Eds.). *Knowledge and development*, vol. 1 (pp. 93-147). New York: Plenum Press.
- Dortier, J.-F. (2006). *Dicionário das ciências humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Duarte, A. (2013). *Envelhecimento e qualidade de vida: o papel da Rede Nacional de Cuidados Continuados*. Cadernos do GREI, n.º 5, outubro (e-book).
- Favaro, P. & Ferris L.E. (1991). Program evaluation with limited fiscal and human resources. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (3), pp. 425-438.
- Ferrer, J.J. & Alvarez, J.C. (2003). *Para fundamentar la bioética*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ferreira, A.L. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspetiva do próprio e do seu cuidador* (Dissertação de mestrado em Psicologia). Lisboa: Universidade de Lisboa.

Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-100: características e perspetivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), pp.33-38.

Fleck, M. (2003). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da avaliação da Qualidade de Vida: 'WHOQOL-bref'. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), pp. 178-183

Fonseca, A.M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Gureje, O., Kola, L., Alolabi, E. & Olley, B.O. (2008). Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan study of ageing. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 37 (3), pp. 239-247.

Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, pp. 358-374.

Heider, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *Journal of Psychology*, 21, pp. 107-112.

Heider, F. (1970). *Psicologia das relações interpessoais*. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais (edição original:1952).

Hottois, G. (1991). *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*. Barcelona: Anthropolos.

INE (2007). *Crianças e idosos em Portugal – seminário geracional*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Jones, E.E. (1985). Major developments in social psychology during the past five decades. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.). *The Handbook of Social Psychology* (pp. 47-107). New York: Random House.

Kant, I. (1995). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70 (edição original: 1785).

Leyens, J.-Ph. & Codol, J.P. (1988). Social cognition. In M. Hewstone, W. Stroebe, Codol, J.P. & Stephenson, G. (Eds.). *Introduction to Social Psychology: an European textbook* (pp. 98-148). London: Basil Blackwell.

Lobo Antunes, J. (1996). *Um modo de ser – ensaios*. Lisboa: Gradiva.

Markus, H. & Zajonc, R. (1985). The cognitive perspective in social psychology. In G. Lindzey & A. Aronson (Eds.). *The Handbook of Social Psychology* (pp. 137-230). New York: Random House (3<sup>rd</sup> ed.).

Martinez, J.L. (2005). De la ética a la bioética. In J.H.S. de Brito, (Coord). *Do início ao fim da vida – Actas das Primeiras Jornadas de Bioética (Funchal: 18-19 Março)* (pp. 183-217). Braga: Faculdade de Filosofia/Universidade Católica Portuguesa.

Martins, M.C. & Melo, J. (2006). Cuidados Continuados uma aposta para o futuro. *Milenium Spectrum*, pp.103-106.

Mesquita, R.B., Collares, P.M., Landim, F.L.P. & Peixoto, A.C.R. (2009). Apoio social na inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8 (1), pp. 34-41.

Oléron, P. (1981.) Les savoirs et savoir-faire psychologiques: nature, formes, genèse. In P. Oléron (Org.). *Savoirs et savoir-faire psychologiques chez l'enfant* (pp. 7-48). Bruxelles: Pierre Mardaga.

OMS (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Consultado 10 de janeiro de 2014 em <http://bvsmms.saude.gov.br>.

Pagès, R. (1970). A percepção de outrem. In P. Fraisse & J.Piaget (Dir.) *Tratado de psicologia experimental, vol. IX: psicologia social* (pp. 107-176). Rio de Janeiro/ São Paulo: Companhia Editora Forense.

Paúl C. & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Paúl, C., Fonseca, A.M., Martin, I. & Amado, J. (2008). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi.

Prat Puigdemogolas, F. (2008). *Bioética en residencias – problemas éticos en la asistencia a la persona mayor*. Santander Sal Terrae.

Puts, M.T., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P., & Deeg, D.J. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research*, 16 (2), pp. 263-277.

Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), pp. 793-797.

Resende, M.C., Bones, V.M., Sousa, I.S. & Guimarães, N.K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia na América Latina*, 5 (5), pp. 1-20.

Ribeiro, C. (2001). *A felicidade do possível*. Rio de Janeiro: Edições Academia.

Rodrigues, V.B. & Madeira M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, pp. 390-399.

Santos, S.R., Santos, I.B. da C., Fernandes, M. das G.M. & Henriques, M.E.R.M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10 (6), pp. 757-64.

Simões, C.M. (1983). *Jugement moral et cognition sociale: vers une approche développementale du concept de soi à partir du paradigme intentionnalité-conséquences de Jean Piaget*. Louvain-la- Neuve: Université Catholique de Louvain.

Simões, C.M. (2001). *Percepção social – modelos teóricos e investigação empírica*. Faro: Universidade do Algarve/ Escola Superior de Educação (texto policopiado).

Simões, C.M. (2013). *Epistemologia e construção do conhecimento: uma abordagem dos contextos educacionais*. Cadernos do GREI, n.º 1, junho (e-book).

Torres, M. & Marques, E. (2008). *Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo* - Actas do VI Congresso Português de Sociologia. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Consultado em 10 de março de 2014 em [www.aps.pt](http://www.aps.pt).

Tversky, A. & Kahneman (1974). Judgment under uncertainty: heuristic biases. *Science*, 185, pp.1124-1131.

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: ArtMed.

### O AUTOR

**António Duarte** – É terapeuta ocupacional coordenador no Centro Hospitalar do Algarve. Foi professor especialista convidado do curso de terapia ocupacional do Instituto Politécnico de Beja. Desde 2012 que leciona na Universidade Rey Juan Carlos de Madrid como professor convidado. Coordena atualmente o curso de terapia ocupacional da Escola Superior de Saúde Jean Piaget, em Silves. É bacharel em *Terapia Ocupacional* pela atual Escola Superior de Saúde de Alcoitão e obteve equiparação ao diploma de estudos superiores especializados em *Ensino e Administração* na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. É mestre em *Educação e Formação de Adultos* pela Universidade do Algarve, onde é presentemente doutorando na área de *Psicologia*. Em 2013, foi editor em Espanha da obra “*Ligaduras funcionais na reeducação do membro superior*”.

## Cadernos publicados

n.º 5

**António Duarte**

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: o papel da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados



n.º 6

**Carlos Marques Simões**

SUPERVISÃO OU ACONSELHAMENTO? Contributo para uma perspetiva contextualizada do desenvolvimento do professor



n.º 7

**Rosanna Barros**

MEDIAR ENTRE REGULAÇÃO E EMANCIPAÇÃO: perspetiva crítica sobre princípios e valores da cidadania social



n.º 8

**Helena Ralha-Simões**

A CONSTRUÇÃO DA PESSOA RESILIENTE: dos contextos de desenvolvimento à psicologia positiva



n.º 9

**Helena Sousa**

FILOSOFIA PARA CRIANÇAS: contributo para a ativação do desenvolvimento psicológico



n.º 10

**Maria Helena Martins**

RESILIÊNCIA FAMILIAR: revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios



n.º 11

**Ana Tomé**

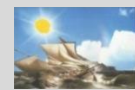
CONHECER E PREVENIR DOENÇAS CARDIOVASCULARES: fatores de risco e planeamento dos cuidados de saúde



n.º 12

**Ida Lemos**

CRISE OU BONANÇA? Perspetivas clínicas sobre o desenvolvimento na adolescência



## Cadernos do GREI

n.º 13

**António Duarte**

SAÚDE, SUPORTE SOCIAL E BIOÉTICA: percepção dos idosos sobre a qualidade de vida



### A publicar:

**Carlos Marques Simões**

A ECONOMIA DO MEDO: uma reflexão sociopsicológica sobre as origens da crise portuguesa



**Nuno Murcho**

SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: uma perspetiva de integração nos cuidados de saúde primários



**Nora Almeida Cavaco**

INTEGRAÇÃO OU INCLUSÃO? Contributo para uma prática educativa inclusiva



**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**

*Giordano Bruno*

**Cadernos do GREI n.º 13 – Abril 2014**



**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**

*Giordano Bruno*