



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social em Idosos Portugueses

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

– Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde –

por

Ana Margarida Pinto da Rocha

sob orientação de

Professor Doutor António Manuel Godinho da Fonseca

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, Julho de 2013

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Fonseca pelo apoio, confiança, disponibilidade, sabedoria e conhecimentos transmitidos. Foi uma honra poder tê-lo como orientador ao longo desta caminhada.

À Professora Carla Martins pela disponibilidade e ajuda no tratamento dos dados estatísticos.

À Professora Vânia Sousa Lima pelos contributos indispensáveis na elaboração desta dissertação.

A todos os professores que fizeram parte do meu percurso académico, por todos os conhecimentos transmitidos e pelo enriquecimento da minha formação académica e pessoal.

Às Universidades Sénior pela autorização, disponibilidade e condições criadas na para a recolha de dados.

A todos os idosos que aceitaram participar neste estudo, sem eles o mesmo não seria possível.

À Inês, Andrea e Joana por todos os momentos vividos e por terem sido as minhas companheiras ao longo desta caminhada.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e tornaram possível a minha formação académica.

Ao Bruno, companheiro de uma vida, por todo o apoio e compreensão ao longo desta jornada.

Resumo

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais vincados das sociedades modernas do século XXI.

Um dos traços mais salientes, atualmente, da sociedade portuguesa é a tendência para o crescimento da população idosa (Paúl & Fonseca, 2005). Portugal, atualmente, enfrenta uma realidade, que se caracteriza pelas baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento significativo do número de idosos no conjunto da população total do país (Paúl & Fonseca, 2005).

Para além disso, com o aumento da esperança de vida e com melhores condições de saúde, a participação social e as redes de suporte social são tópicos sob os quais se têm dirigido as atenções.

O objetivo central deste estudo é descrever e analisar a importância das redes de suporte social, em função da idade, da escolaridade e do género, em idosos portugueses que apresentam um “envelhecimento ativo” de acordo com o modelo de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde (2005), e em idosos que não apresentam esta condição.

A amostra deste estudo empírico é constituída por 83 sujeitos (N=83), dos quais 41 têm algum tipo de participação social, desde atividade profissional a voluntariado, e os restantes 42 não têm qualquer tipo de participação social. O instrumento utilizado para a recolha de dados foi a Escala de Rede de Apoio Social (ERAS) (Lubben, 1988), que permite medir o nível de apoio percebido pelo sujeito fornecido pelos familiares, amigos e relações de confiança.

A análise de resultados recolhidos permitiu verificar que não existem diferenças significativas quanto à rede de suporte social, no que diz respeito ao seu contributo para um envelhecimento ativo.

O presente estudo permitiu reforçar a ideia de que é necessário colocar em prática algumas recomendações, que podem contribuir para uma reflexão da sociedade e dos responsáveis políticos, para que desta forma, se possa promover e dinamizar a participação social dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, Envelhecimento Ativo, Redes de Suporte Social.

Abstract

The aging population is one of the hardest demographic phenomena of modern societies century.

One of the salient features currently in Portuguese society is the tendency for the growth of the elderly population (Paul, and Fonseca, 2005). Portugal, currently facing a reality that is characterized by low birth rates and mortality, with a significant increase in the number of elderly in the total population (Paul, and Fonseca, 2005).

Moreover, with increasing life expectancy and improving health, social participation and social support networks are topics that have drawn attention.

The purpose of this study is to describe and analyze the importance of social support networks, depending on age, education and sex in the elderly Portuguese has "active aging," according to the model of active aging World Health (2005) and elderly people without this condition.

An empirical study sample consists of 83 subjects (N = 83), of which 41 have some form of social participation voluntary professional activity, and the remaining 42 did not have any kind of social participation. The instrument used for data collection was the Scale of Social Support Network (ERAS) (Lubben, 1988), which measures the level of support received by the subject provided by family, friends and Trusts.

The analysis of the data collected have shown that there are significant differences in the social support network, with respect to their contribution to active aging.

This study has reinforced the idea that it is necessary to implement some recommendations that can contribute to a reflection of society and policy makers, so that in this way, you can promote and encourage social participation of older people.

KEYWORDS: Aging, Active Aging, Social Support Networks.

Índice

| | |
|-------------------------|---|
| Índice de tabelas | 6 |
| Introdução..... | 7 |

PRIMEIRA PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

| | |
|---|----|
| 1. Envelhecimento: Características gerais | 9 |
| 2. Envelhecimento Ativo | 12 |
| 3. Redes de Suporte Social | 16 |
| 4. Caracterização das Redes de Suporte Social | 20 |

SEGUNDA PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

| | |
|---|----|
| 5. Metodologia | 23 |
| 5.1 Objetivo e Opções Metodológicas | 23 |
| 5.2 Hipóteses | 23 |
| 5.3 Amostra | 24 |
| 5.4 Instrumentos | 27 |
| 5.5 Procedimentos | 28 |
| 5.5.1 Recolha de dados | 28 |
| 5.5.2 Tratamento de dados | 28 |
| 6. Resultados | 29 |
| 7. Discussão dos Resultados | 38 |
| 8. Conclusão | 40 |
| Referências Bibliográficas | 43 |
| Anexos | 47 |

Índice de Tabelas

| | | |
|------------|---|----|
| Tabela 1 | Caracterização da amostra do estudo quanto ao género | 24 |
| Tabela 2 | Caracterização da amostra do estudo quanto à idade | 25 |
| Tabela 3 | Caracterização da amostra do estudo quanto à escolaridade | 26 |
| Tabela 4 | Teste t student para a rede familiar em função do tipo de envelhecimento, idade e escolaridade | 30 |
| Tabela 4.1 | Teste Mann-Whitney para a rede familiar em função do género | 31 |
| Tabela 5 | Teste t student para a rede de amigos em função do tipo de envelhecimento, idade e escolaridade | 32 |
| Tabela 5.1 | Teste Mann-Whitney para a rede de amigos em função do género | 33 |
| Tabela 6 | Teste t student para a rede de confiança em função do tipo de envelhecimento, idade e escolaridade | 34 |
| Tabela 6.1 | Teste Mann-Whitney para a rede de confiança em função do género | 35 |
| Tabela 7 | Teste t student para a rede de suporte social em função do tipo de envelhecimento, idade e escolaridade | 36 |
| Tabela 7.1 | Teste Mann-Whitney para a rede de suporte social em função do género | 37 |

Introdução

Esta dissertação tem como principal objetivo descrever e analisar a importância das redes de suporte social, em função da idade, da escolaridade e do género, em idosos portugueses que apresentam um “envelhecimento ativo”, de acordo com o modelo de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde (2005), e em idosos que não apresentam esta condição. Realizou-se, para tal, um estudo quantitativo.

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais vincados das sociedades modernas do século XXI. Um dos traços mais salientes, atualmente, da sociedade portuguesa é a tendência para o crescimento da população idosa (Paúl & Fonseca, 2005). Segundo os últimos dados do INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011), na última década houve um agravamento do fenómeno “duplo envelhecimento”, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem.

Os resultados dos Censos 2011 anunciam que 19% da população residente em Portugal pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. Neste momento, o índice de envelhecimento da população é de 129 (por cada 100 jovens existem 129 idosos). Verificou-se, de igual forma, que a população idosa (mais de 65 anos) passou de 16,4% em 2001 (1,7 milhões em valores absolutos) para 19,4% em 2011 (2 milhões em valores absolutos).

A presidente da Comissão Nacional do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, Joaquina Madeira, refere que Portugal está à beira de um “tsunami” demográfico (Madeira, 2012), frisando que esta longevidade tem que ser vista como uma vitória para a humanidade, mas que é necessário mudar o paradigma de que as pessoas depois de reformadas deixam de ser produtivas.

Atualmente, viver mais tempo converteu-se numa oportunidade para a saúde, participação e segurança, na qual as pessoas idosas têm um papel fundamental na promoção da sua própria saúde, deixando desta forma de ser meros recetores passivos de cuidados ou de apoios sociais, para determinarem o próprio progresso no desenvolvimento de respostas cada vez mais adequadas às suas vontades e necessidades (Quintela, cit. in Ribeiro & Paúl, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), o envelhecimento ativo pode ser definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

Porém, o que importa é perceber a relação entre as redes de suporte social e o envelhecimento ativo. Silva e Gunther (2000) constataram que o suporte social foi

reconhecido como um fator importante para oferecer recursos para a otimização e compensação necessárias para um envelhecimento ativo.

Paúl (2005) define redes de apoio ou suporte informal afirmando que estes incluem estruturas de vida social do indivíduo (por exemplo, pertencer a um grupo) e funções explícitas, instrumentais ou socio-afetivas (apoio informal, informativo, tangível e de pertença. Tendo em conta Paúl (2005) o primordial objetivo das redes sociais no processo de envelhecimento é evitar o stress ou proporcionar um efeito de “almofada” que modera o stress associado ao envelhecimento.

Desta forma, a realização deste estudo é pertinente, uma vez que irá contribuir para o conhecimento sobre como envelhecer ativamente, para que assim se possa demonstrar a importância do contributo dos idosos para a sociedade e para que se possa dar informações revelantes à sociedade e aos responsáveis políticos, para que desta forma, se possam tomar medidas para a criação das condições necessárias para um “envelhecimento ativo”.

“É ao fazer escolhas e ao agir em consonância com elas que o indivíduo controla a sua vida na medida do possível, mantém-se comprometido com o mundo que o rodeia e, ao mesmo tempo, assegura um nível de funcionamento psicológico que garante a manutenção da sua identidade e o mantém na rota de um envelhecimento bem-sucedido (Fonseca, 2006)”

PRIMEIRA PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento: Características gerais

O envelhecimento, tendo em conta todas as suas características e implicações sobre a vida dos indivíduos, sempre foi um impulsionador de reflexão da humanidade. Ao longo das gerações, o conceito de envelhecimento e as atitudes face aos idosos têm vindo a mudar e, conseqüentemente, refletem o nível de conhecimentos quer sobre a fisiologia e anatomia humanas, quer sobre a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl & Fonseca, 2005).

O conceito de envelhecimento é de difícil consenso e conceptualização, uma vez que abarca vários aspetos biológicos, sociais, psicológicos e profissionais. Daí, atualmente optar-se por considerar a existência de processos de envelhecimento individuais e diferenciados de pessoa para pessoa (Paúl & Fonseca, 2005).

Uma das definições mais consensuais é a descrita por Baltes e Baltes (1990), em que o envelhecimento é definido como um processo multidimensional e parte integrante do desenvolvimento dos indivíduos, sendo encarado como um resultado da interação dinâmica entre o indivíduo e o contexto. Opta-se, portanto, por privilegiar uma visão onde se enfatizam dois sistemas, o bio-psicológico que é intrínseco ao indivíduo, e o sistema socio-económico-político (Paúl & Fonseca, 2005).

A nível estrutural, entende-se o envelhecimento como um mecanismo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença, que acontece inevitavelmente com o passar do tempo (Ermida, 1999). Por outro lado, Fernández-Ballesteros (2000) caracteriza o envelhecimento como um processo que decorre no organismo em três etapas: o crescimento e desenvolvimento, a maturidade e involução, e o declínio. Estas etapas acontecem sequencialmente, caso não existam erros biológicos.

Fontaine (2000) dividiu o envelhecimento em diversas idades: biológica, social e psicológica. A idade biológica caracteriza-se por modificações em cada órgão que diminuem o seu funcionamento e a capacidade de autorregulação; a idade social diz respeito ao papel,

estatuto social e hábitos de vida, determinados pela cultura e história, e, por último, a idade psicológica equivale ao conjunto de competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do meio ambiente.

Em 1995, Birren (cit. in Paúl & Fonseca, 2005) refere que o envelhecimento é um processo ecológico, uma interação entre organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos e sociais. Para este autor, o aumento da longevidade teve o contributo das mudanças económicas, tecnológicas e sociais, mais do que propriamente com mudanças no património genético da população, o que significa que os fatores biológicos e genéticos não asseguram a expressão ótima do envelhecimento humano.

Segundo Schroots e Birren (1980), o envelhecimento contempla três componentes: (i) envelhecimento biológico – senescência, (ii) envelhecimento social, e (iii) envelhecimento psicológico. Estes autores referem que o processo de envelhecimento biológico resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência. O envelhecimento social é relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário, enquanto o envelhecimento psicológico é definido pela regulação do indivíduo e pela tomada de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Para Fonseca (2012b), a complementaridade e a interação mútua entre estas três dimensões do envelhecimento são indiscutíveis. Para este autor, as repercussões do envelhecimento biológico (por exemplo, eventual perceção de uma imagem corporal menos atraente) têm geralmente efeitos psicológicos negativos sobre a autoestima e a autoeficácia individuais e levam a efeitos negativos no contexto social, uma vez que as pessoas tendem a ajustar a representação que possuem do indivíduo perante sinais visíveis de envelhecimento.

Néri e Cachioni (1999) apresentaram possíveis padrões de envelhecimento admitindo, porém, que nenhuma das classificações propostas é isenta de limitações e confusões. Assim, classificam o envelhecimento em três padrões, (i) envelhecimento normal, (ii) envelhecimento ótimo, (iii) envelhecimento patológico. A velhice normal é definida como uma fase da vida caracterizada por perdas e modificações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, mas sem patologias. Por outro lado, o envelhecimento ótimo é determinado pela possibilidade de sustentar um protótipo similar ao dos indivíduos mais jovens. A velhice patológica corresponde à presença de patologias inerentes à velhice ou ao agravamento de doenças existentes em fases anteriores à velhice.

Lima, Silva e Galhardoni (2008), num estudo acerca das trajetórias no envelhecimento, consideram o envelhecimento como um processo que, no plano individual,

implica múltiplas trajetórias de vida, e, por outro lado, no plano coletivo, constrói-se sob distintas influências de domínio sociocultural, como por exemplo o acesso a oportunidades educacionais, adoção de cuidados em saúde e a realização de ações que acompanham o curso da vida e se alongam às fases tardias da vida. Lima et al. (2008) afirmam que envelhecer não é sinónimo de doença, inatividade ou de contração geral no desenvolvimento, mas um fenómeno progressivo e multifactorial.

O processo de envelhecimento é um acontecimento inevitável e normativo, mas que, ainda nos nossos dias, é frequentemente mal compreendido, originando a associação a falsas ideias e a crenças que muito rapidamente podem transformar-se em preconceitos ou estereótipos (Fonseca, 2012b).

A perceção negativa, o estigma e o preconceito geralmente associados ao envelhecimento têm como uma das suas bases o declínio biológico, por vezes acompanhado de enfermidades e dificuldades funcionais. Segundo Scrutton (1992), um dos estigmas existentes relacionado com esta fase da vida, e reforçado pela própria medicina, está associado a um mal-estar crescente, doença e dependência, sendo aceite como uma das características normativas e inevitáveis desta fase.

Assim, as perceções de envelhecimento referem-se ao modo como os idosos concebem o seu processo de envelhecimento, algo que irá influenciar a sua experiência pessoal de transição para a velhice (Fonseca, 2012a). As perceções que os indivíduos têm acerca do envelhecimento implicam uma apreciação individual, refletem as suas formas de pensar e os julgamentos face às suas experiências, e acabam por influenciar o modo como estabelecem metas e objetivos futuros (Fonseca, 2012a).

Requejo e Pinto (2007) referem que o envelhecimento é um processo normal, universal, irreversível e inevitável, e não um sinónimo de doença, sendo que as condições crónicas e incapacitantes que frequentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou atrasadas, não só a nível médico, mas também a nível social, ambiental e económico.

Assim, e tendo em conta Amaro (2006), as mudanças que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento precipitam uma redefinição constante da identidade pessoal e social de cada pessoa, com o objetivo de alcançar satisfação e autoestima elevadas, sendo estes fatores importantes para a ocorrência de um envelhecimento ativo.

Genericamente, o envelhecimento tem sido caracterizado como uma fase da vida marcada por transformações de ordem variada, desde a componente biológica à componente social (Fonseca, 2012a). Segundo o ponto de vista psicológico, “o desenvolvimento psicológico no decurso do envelhecimento abrange um conjunto de

ajustamentos individuais face à ocorrência de mudanças no *self*, decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência” (Fonseca, 2012a, p. 96). Assim, e tendo em conta a variabilidade interindividual, é de esperar que nem todos os indivíduos encarem estas mudanças da mesma forma, criando “resultados desenvolvimentais” diferentes de pessoa para pessoa (Fonseca, 2012a).

Desta forma, dever-se-á encarar o desenvolvimento como susceptível de ocorrer desde o nascimento à morte, sem períodos privilegiados de maturidade, marcado em todas as suas fases por progressos e declínios, ocorrendo de forma dinâmica e não estandardizada (Fonseca, 2012b).

2. Envelhecimento Ativo

Ao longo de várias gerações vários foram os triunfos alcançados pela humanidade. O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos alcançados pela humanidade, mas é também um dos seus maiores desafios futuros (OMS¹, 2005).

Ao longo do século XXI, o envelhecimento global causará inúmeras implicações sociais e económicas em todo o mundo. Contudo, os idosos são, geralmente, ignorados como recurso quando, na verdade, constituem um recurso importante para a estrutura das nossas sociedades (OMS, 2005). Desta forma, para que o envelhecimento seja um processo positivo, todo o ciclo vital deverá ser acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança (OMS, 2005). O fator saúde é assente em diagnósticos médicos ou percebida pelo próprio, a segurança abarca questões como espaços privados e o clima social, enquanto a participação social é caracterizada pelas relações estabelecidas com diversos subsistemas institucionais (Ribeiro & Paúl, 2011)

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90 e procura reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache & Kickbusch, 1997). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), o envelhecimento ativo pode ser definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (p.13).

¹ OMS – Organização Mundial de Saúde

De uma forma mais abrangente, a abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos e deveres de todos os seres humanos, deixando portanto de existir um enfoque baseado nas necessidades, onde se considera os mais velhos como passivos. Passa, portanto, a existir um enfoque nos direitos e deveres, reconhecendo-se o direito dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspetos da vida à medida que se envelhece, mas também a responsabilidade no exercício e participação nos processos políticos e outros aspetos da vida em comunidade (OMS, 2005).

Um dos objetivos do envelhecimento ativo é permitir que as pessoas compreendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do ciclo de vida, e que participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (OMS, 2005).

Todavia, o principal objetivo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusivamente as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. Apesar de existirem perdas, envelhecer com qualidade é cada vez mais uma possibilidade ao alcance da maioria dos indivíduos, quer pelo atraso da ação dos efeitos negativos do envelhecimento, quer pelo recurso a estratégias que permitam uma adaptação face a essas mesmas perdas (Fonseca, 2012b). Assim, e segundo o mesmo autor, entende-se por adaptação um ajustamento caracterizado pela otimização dos ganhos que se vão obtendo e pela compensação dos constrangimentos que acompanham as perdas.

O envelhecimento ativo envolve autonomia – controlo, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável (OMS, 2005), sendo a manutenção de autonomia e da independência uma meta fundamental no decurso de envelhecimento ativo. Os conceitos, anteriormente mencionados são avaliados essencialmente através de Atividades de Vida Diária – AVD e de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD. As AVD referem-se a atividades tais como: tomar banho, comer e vestir-se. Por outro lado, as AIVD reportam-se para atividades como fazer compras, preparar refeições e realização de trabalhos domésticos (OMS, 2005).

Neste modelo de envelhecimento, a palavra “ativo” não se refere somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho, mas sim à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis (OMS, 2005). Desta forma, as pessoas mais velhas podem continuar a colaborar ativamente com os seus familiares, companheiros e comunidades.

Tendo em conta os dados da Organização Mundial de Saúde (2005), o desenvolvimento de políticas e programas numa lógica de envelhecimento ativo, tem o

potencial de agrupar muitos desafios inerentes ao envelhecimento individual e populacional. Assim, algumas das vantagens sobre o apoio a um envelhecimento ativo por parte de políticas de saúde, emprego e educação, serão as seguintes: (i) um menor número de deficiências associadas às doenças crónicas na Terceira Idade; (ii) um maior número de pessoas com uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem; (iii) mais indivíduos ativamente envolvidos quer em aspetos sociais, culturais, económicos e políticos da sociedade, quer na vida doméstica, familiar e comunitárias e (iv) menos gastos com tratamentos médicos (OMS, 2005).

Tendo como referência o modelo de envelhecimento ativo concebido pela Organização Mundial de Saúde e reproduzido no documento “Envelhecimento Ativo – Uma Política de Saúde” (2005), este depende de uma vasta gama de fatores determinantes que englobam indivíduos, famílias e comunidades.

Assim, os principais determinantes são os seguintes: (i) pessoais (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), (ii) comportamentais (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde), (iii) sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso), (iv) económicos (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), (v) ambiente físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros), (vi) serviços sociais e de saúde (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade).

Para além destes existem ainda o género e a cultura, que se caracterizam como fatores transversais para a compreensão do envelhecimento ativo. Segundo Ribeiro e Paúl (2011), a construção de identidades de género, moldadas ao longo do tempo histórico e cultural, enfatiza experiências de vida e resultados de envelhecimento distintos entre homens e mulheres.

Desta forma, é possível verificar que existem diversas formas de envelhecer. Todos os indivíduos seguem percursos diferentes ao longo das suas vidas, tendo, conseqüentemente, distintos padrões comportamentais, de saúde, de afetos e de contextos de vida. Todos estes elementos conjugam-se traduzindo um processo de envelhecimento verdadeiramente heterogéneo (Ribeiro & Paúl, 2011).

Paúl, Fonseca e Ribeiro (2008), tendo como base o modelo de envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial de Saúde (2005), desenvolveram um projeto de investigação – *Projecto DIA - Da Incapacidade à Actividade: o desafio do envelhecimento* –, onde se pretendia operacionalizar o conceito de envelhecimento ativo nas várias dimensões que agrega e testá-lo empiricamente junto duma amostra de idosos portugueses. Os

objetivos deste projeto foram, pois, testar empiricamente o modelo de envelhecimento ativo da OMS, criar e validar um instrumento de avaliação de envelhecimento ativo (P3A) e criar um manual de recomendações sobre envelhecimento ativo (Paúl, Fonseca & Ribeiro, 2008). Neste estudo, Paúl e colaboradores (2008) utilizam instrumentos para avaliar cada um dos determinantes considerados no modelo de envelhecimento ativo (OMS, 2005).

Através da aplicação do instrumento P3A, os idosos portugueses salientam: (i) quanto ao determinante social: os estilos de vida (consumo de álcool) e as redes de suporte social, (ii) relativamente aos determinantes económicos: o “status económico e social” (educação e rendimentos), (iii) quanto ao determinante saúde e serviços sociais: a satisfação com a saúde e os recursos (satisfação com a ocupação do tempo, com os serviços públicos e da comunidade, e com a residência e família) e a saúde subjetiva (saúde subjetiva em comparação com os outros, condição física e sensação de segurança), (iv) no determinante comportamental: a competência bio-comportamental (força da mão, fumar e capacidade respiratória), (v) no determinante pessoal: estado psicológico, funcionalidade e cognição e características da personalidade (Paúl, Fonseca & Ribeiro, 2008).

Assim, e através deste estudo, conclui-se que o determinante ambiente físico, para as pessoas que envelhecem em Portugal, é um fator pouco relevante para determinar o “envelhecimento ativo”, isto é, não existe diferença entre residir num meio rural ou urbano, sendo bem mais relevante atender às oportunidades e possibilidades que o ambiente físico proporciona (Paúl, Fonseca & Ribeiro, 2008).

Paúl e Fonseca (2005) defendem que o conceito de envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos como a grupos populacionais e permite que as pessoas compreendam o seu potencial para o bem-estar físico, psicológico e social ao longo da sua vida. Para além disso, envolve uma participação ativa dos idosos nas questões económicas, cívicas espirituais, culturais e na significação das políticas sociais.

O envelhecimento deve ser encarado, por todos, como uma mais-valia para a sociedade e como um desafio onde o objetivo é fazer com que se desenvolva com qualidade em todos os domínios. É necessário encarar a população idosa como uma população apta, que preserva o gosto pela vida, capaz de viver esta fase da sua vida com qualidade (Paúl & Fonseca, 2005). Assim, e tendo em conta Fonseca (2012a), podemos apreender que o sentido de desenvolvimento aplicado ao envelhecimento tem subjacente um conjunto de princípios que sustentam a necessidade de os idosos passarem a ser vistos como “pessoas a desenvolver” e não como “problemas a resolver”.

É igualmente importante não esquecer que um dos problemas que atinge os idosos em Portugal é a solidão. De acordo com Oliveira (2008), é importante que a sociedade

proporcione aos seus idosos a possibilidade de envelhecer ativamente, não apenas desmistificando as diversas crenças ou estereótipos, mas estimulando uma cultura de respeito pela velhice. Cada pessoa e a sociedade têm um papel decisivo e fundamental no que diz respeito à sua vida e à forma como cada um envelhece, sendo assim necessário prevenir patologias, promover a saúde e ter uma participação ativa na sociedade, todos estes fatores fundamentais para um envelhecimento ativo.

A alteração da imagem de “dependência” para “atividade” deverá ser cuidadosamente refletida. Este novo paradigma pretende, de uma forma mais lata, modificar os ideais políticos nacionais e internacionais em que os idosos têm o direito de desenvolver as suas aptidões e de serem parte integrante e importante na sociedade, (OMS, 2005). Contudo, este paradigma poderá camuflar o interesse em resolver problemas relacionados com a economia, isto é, quanto mais tempo os idosos trabalharem, mais tempo permanecerão nas suas casas autonomamente e quanto menos pessoas institucionalizadas existirem, menos gastos serão despendidos por parte do Estado para com esta faixa etária cada vez mais numerosa.

3. Redes de suporte social

O ser humano, por natureza, é um ser social, que vive em constante interação com os outros, pertencendo a vários grupos (família, amigos, trabalho) ao longo da vida.

A par do processo de envelhecimento, a interação entre as pessoas e os efeitos das relações sociais têm-se constituído como alvos de atenção central na atualidade. Desta forma, tem-se vindo a salientar a importância das redes de apoio para a superação dos acontecimentos potencialmente stressantes da fase avançada de vida (Araújo & Melo, 2011).

Para além disto, a participação na vida social tem sido sugerida como um fator decisivo para o bem-estar das pessoas, constituindo um dos três pilares do modelo de Envelhecimento Ativo proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005). Assim, é importante nesta fase da vida reforçar os laços sociais, solidificando a integração na família e a aproximação à comunidade através da participação nas organizações, instituições locais e redes de vizinhança, desmistificando a ideia de uma velhice continuamente associada ao abandono e ao isolamento (Araújo & Melo, 2011).

Segundo Fernandes (2001, cit. in Ribeiro, 2007), os idosos apresentam mudanças nos estatutos, papéis e redes sociais, uma vez que sofrem a interferência de diversos fatores psicossociais, tais como a alteração da situação conjugal (nomeadamente, a viuvez) e a diminuição do contacto com os amigos, devido à reforma e a algumas diminuições

funcionais que impedem a realização de atividades. De salientar que, para estas mudanças, também pode contribuir o facto de grande parte dos constituintes da rede social dos idosos estarem igualmente na velhice e, conseqüentemente, a viverem as mesmas dificuldades.

Ao longo do ciclo da vida os objetivos, inquietações e desafios vão-se alterando. Na velhice destaca-se a reaproximação entre pais e filhos, a valorização de situações mais expressivas (dar/receber cuidados e atenção), a redução dos contactos sociais e o aparecimento de novas relações sociais para substituir as relações que se vão perdendo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, cit. in Ribeiro, 2007). Contudo, face a estas alterações e mudanças, o ser humano sente, continuamente, a necessidade em conviver com os outros.

De facto, manter uma vida ativa, criar interesse por determinados passatempos ou atividades e participar na vida cívica são algumas opções que ajudam os idosos a permanecerem perfeitamente integrados na sociedade (Araújo & Melo, 2011).

Paúl (2005) define redes de apoio (ou suporte informal) afirmando que, estas incluem estruturas de vida social do indivíduo (por exemplo, pertencer a um grupo) e funções explícitas, instrumentais ou socio-afetivas (apoio informal, informativo, tangível e de pertença). Para esta autora, o apoio social compreende três medidas: (i) a integração social - frequência de contatos com os outros; (ii) o apoio recebido - quantidade de ajuda efetivamente fornecida por elementos da rede, e (iii) o apoio percebido – crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade (Krause, 2001, cit. in Paúl, 2005).

Paulin e Paula (2010) defendem que as redes de suporte social podem ser caracterizadas como “teias” de relações sociais, que envolvem o indivíduo, ou como grupos de pessoas com quem existe contacto ou alguma forma de participação social (por exemplo, grupos religiosos). Assim, a principal função das redes de apoio social caracteriza-se pela interação interpessoal, que ocorre dentro da estrutura dessas redes.

O suporte social é um dos recursos mais significativos usados pelos idosos (Antonucci, 2001). Segundo Lima et al. (2008), o suporte social compreende a perceção do suporte recebido, o controlo sobre as relações sociais e a perspectiva de trocas que incluem fatores afetivos, emocionais e materiais.

Manter contatos sociais com amigos de longa data e a preservar as emoções positivas nos relacionamentos são eventos positivos no contexto das relações na velhice, bem como a possibilidade de suporte e contatos à distância com os filhos, amigos e familiares (Erbolato 2006). As relações podem constituir-se como pilares nos quais os idosos estruturam prioridades, objetivos e uma convivência harmoniosa com os outros, que

nos fazem sentir seguros, apoiados e compreendidos, contribuindo desta forma para a definição da nossa identidade, uma vez que aquilo que pensam de nós contribui para a imagem que vamos construindo de nós próprios (Araújo & Melo, 2011).

Todavia, o que importa é perceber a relação entre o apoio social e o envelhecimento. Através da revisão de Uchino (2004), foi possível verificar que o apoio social (estrutural e funcional) é um preditor de todas as causas de mortalidade, o género, o estatuto socioeconómico e o estado inicial de saúde.

Segundo o estudo realizado por Silva e Gunther (2000), o suporte social foi reconhecido como um fator importante para oferecer recursos para a otimização e compensação necessárias para um envelhecimento ativo.

Tendo em conta Paúl (2005), o objetivo primordial das redes sociais no processo de envelhecimento é evitar o stresse ou proporcionar um efeito de “almofada” que modera o stresse associado ao envelhecimento. Num estudo realizado por Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (2001), foi possível aferir que: (i) houve uma diminuição do tamanho da rede social ao longo dos anos; (ii) um aumento significativo do número de confidentes com o nível de escolaridade; (iii) diferenças significativas entre homens e mulheres no número de familiares e confidentes que fazem parte da rede e que são em maior número para as mulheres; e, por último, (iv) observou-se um aumento significativo do tamanho da rede familiar com a ruralidade. De uma forma geral, o referido estudo refere uma associação positiva entre as redes sociais e a competência dos idosos.

Para Salgado (2010), as redes de suporte social referem-se a todas as pessoas com as quais a pessoa tem contacto ou estabelece algum tipo de troca. O seu papel é fundamental no processo de integração dos idosos no seu meio social. Para além da definição acima referida, Salgado (2010) realça ainda que as redes de suporte social também se podem definir como contactos pessoais através dos quais o indivíduo mantém a sua identidade social e recebe apoio emocional e material, serviços e informação.

A autora refere ainda que as redes de suporte social tendem a diminuir com a velhice; contudo, os idosos procuram a reconfiguração da sua rede de suporte social, recorrendo à família, à integração de pares da sua geração e a vizinhos.

As redes de suporte social de idosos autónomos a residir na comunidade são, fundamentalmente, redes de apoio nas quais os idosos, além de recetores, são prestadores de cuidados aos que os rodeiam (Paúl, 2005). Esta autora refere que uma área específica da rede de relações sociais dos idosos é a relação estabelecida com os netos e que esta relação altera, positivamente, a perceção das crianças, inserindo princípios de afeto e entreatajuda. Para além disto, a autora enfatiza que o papel dos avós no apoio aos netos deve

ser refletido como uma atividade voluntária e em tempo parcial, realçando assim o sentimento de passar o legado às gerações futuras e obter um “sentido completo” e de estabilidade emocional.

Os cuidados prestados pela família a pessoas idosas, ainda hoje, continuam a ser de extrema importância para o seu bem-estar (Tennstedt & Mckinlay, 1989, cit. in Paúl, 2005). O apoio que os idosos recebem da família, dos amigos e dos vizinhos acarreta benefícios, nomeadamente, a nível afetivo, emocional e informativo. Para além disso, este apoio influencia a perceção que a pessoa tem de si própria e do meio envolvente, uma vez que, ao receber as reações dos outros, reequaciona-se enquanto pessoa e reavalia a sua vida, dando-lhe um significado mais realista (Araújo & Melo, 2011). De salientar ainda a função instrumental do apoio social, através da disponibilização de bens e serviços que ajudam a pessoa na execução de tarefas e na resolução de problemas, e a potencialização do convívio social, que ajuda a aliviar tensões, diminuindo o isolamento e aumentando a participação social (Araújo & Melo, 2011).

Contudo, por vezes, nesta relação de cuidados poder-se-á promover o paternalismo, o que implicará uma indução de menor bem-estar e satisfação de vida, sendo necessário ter sempre em atenção de que a preservação da autonomia (nível psicológico e social) é um dos pilares do envelhecimento ativo.

Todavia, a rede de suporte social de cada um e a existência de relações significativas deve corresponder a um investimento afetivo e solidário e constitui um capital decisório ao longo da vida e durante o envelhecimento (Paúl, 2005).

Segundo um estudo realizado por Pinquart e Sorensen (2000, cit. in Fonseca, 2006) acerca dos efeitos diretos e indiretos das redes sociais sobre o bem-estar psicológico, são evidenciadas três modalidades: (i) ser respeitado pelos outros e receber um *feedback* social positivo é visto como uma importante fonte de autoconceito, o qual favorece o bem-estar psicológico, (ii) o suporte social pode reduzir o impacto dos fatores stressantes sobre o bem-estar psicológico, influenciando os processos e as estratégias de *coping* através da formulação de uma interpretação diferente do potencial ameaçador do fator stressante, do fornecimento de informações acerca do modo como evitar o problema, ou ainda proporcionando a aprendizagem de modelos adequados de *coping* para enfrentar com sucesso o problema, (iii) as relações sociais nem sempre constituem uma fonte de suporte, podendo afetar negativamente o indivíduo quando lhe provocam sentimentos que minam o autoconceito e reduzem o seu bem-estar psicológico. Estes dados vêm realçar o facto de que os idosos podem ter uma visão positiva da velhice associada a uma avaliação realista dos resultados favoráveis que esta fase da vida pode trazer.

A capacidade de interagir socialmente é basilar para o idoso conquistar e manter as redes de suporte social e garantir maior qualidade de vida. Assim, as redes de suporte social são cruciais na velhice, principalmente quando é necessário a adaptação a mudanças decorrentes do envelhecimento (Paulin & Paula, 2010).

4. Caracterização de Redes de Suporte Social

Ao longo do ciclo de vida, as redes sociais dos indivíduos modificam-se consoante os contextos familiares, de trabalho e de vizinhança, entre outros. Ao longo dos anos, muitos são os acontecimentos que marcam a vida das pessoas. Um desses acontecimentos é a morte dos pares e assim, conseqüentemente, os sobreviventes ficam com menos amigos, as redes degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade (Paúl & Fonseca, 2005).

Para Caplan (1974), os sistemas de apoios podem ser definidos como um padrão contínuo e intermitente de laços que desempenham um papel significativo na manutenção da integridade física e psicológica dos indivíduos ao longo do tempo.

No processo de envelhecimento existem três características fundamentais para a caracterização das redes de suporte social: (i) extensão da rede social, (ii) redução na rede social, e (iii) mudanças na rede social. A extensão da rede social caracteriza-se pela construção da rede social ao longo da vida, através de fatores sociodemográficos, culturais e de personalidade. Com o avanço da idade o tamanho da rede social e a quantidade de suporte informal sofrem um declínio, manifestado pela perda de amigos e familiares. Relativamente às mudanças na rede social, estas caracterizam-se pelas alterações nas redes sociais ou familiares para ir de encontro às necessidades do indivíduo (Fonseca, 2006).

Existem algumas diferenças nas dinâmicas das redes sociais tendo em conta homens e mulheres. As redes sociais nos homens estão relacionadas com o trabalho e sofrem um declínio aquando da reforma; por outro lado, as redes sociais das mulheres são compostas, maioritariamente, por familiares e amigos e sofrem um declínio com a perda destes amigos e familiares (McFarlane et al., 1981; Bowling, 1994, cit. in Fonseca, 2006).

No que diz respeito à constituição da rede social do idoso, esta é composta por familiares (cônjuge e família alargada), amigos (amigos e confidentes), vizinhos e redes formais de ajuda (serviços de suporte social, grupos de ajuda mútua, telefone e internet) (Fonseca, 2006).

O casamento revela-se como protetor, revelando que os casados têm menores taxas de mortalidade em diversas culturas. O casamento está relacionado com maior proteção da saúde nos homens e a viuvez está associada com taxas mais altas de mortalidade para ambos os sexos (Fonseca, 2006). Os familiares constituem um importante pilar na rede de suporte social, uma vez que o contato com a família, por parte do idoso, aumenta com a idade e é a família que assegura o cuidado das pessoas mais velhas em cerca de 80 a 90% dos casos (Fonseca, 2006).

Relativamente aos amigos, as mulheres a partir dos 65 anos tendem a manter mais amigos do que os homens e existe um declínio nas relações de amizade após a reforma nos homens. Quanto ao tipo de relacionamento, os amigos detêm um papel essencialmente de companhia, suporte emocional e moral, reduzindo, desta forma, os sentimentos de solidão no idoso (Fonseca, 2006).

Segundo Fonseca (2006), os idosos poderão ter as suas necessidades instrumentais satisfeitas se as redes de suporte social forem dominadas por familiares. Contudo, tendem a exprimir maior satisfação com a vida se os amigos predominarem. Para além disto, este autor refere que a quantidade de contatos não prediz bem-estar. A interação com amigos está correlacionada positivamente com o bem-estar emocional e a relação com um confidente é mais importante para a satisfação com a vida do que a quantidade de interações com a família ou amigos.

As redes de suporte social agrupam-se em dois grandes grupos: formal e informal. As redes de suporte social formal, genericamente, podem ser definidas como um conjunto organizado de sistemas interagindo entre si, no qual a pessoa ocupa o lugar fulcral (Salgado, 2010). As redes de suporte social informal são recursos essenciais na prestação de auxílio afetivo e auxílio nas tarefas do dia-a-dia, sendo constituídas por familiares, amigos e vizinhos, os quais fornecem o apoio necessário (Salgado, 2010).

Salgado (2010) defende que as estruturas do apoio informal dizem respeito ao tamanho da rede social, à intensidade da relação entre os membros da rede e à distância geográfica.

Por norma, a maioria dos idosos está vinculada a uma rede de suporte informal na qual a família tem um lugar de destaque, seguida pelos amigos e vizinhos (Sánchez, 2000). Assim, a família constitui-se num elemento central no apoio informal. Para Salgado (2010), a família continua a ser a principal “instituição social” de apoio aos idosos, uma vez que a família está presente na vida do idoso tanto nos tempos bons, como nos momentos menos bons. Apesar de existir a crença de que os idosos são abandonados pela sua família, as investigações mais recentes vêm dizer o contrário (Peters & Kaiser, 1985; Chalise, 2010, cit.

in Salgado, 2010). Os filhos e o cônjuge são os familiares que prestam mais apoio, porém, as filhas tendem a prestar uma maior diversidade de assistência.

Salgado (2010) menciona que a família fornece apoio a nível prático, emocional e material, tratando de assuntos tais como: alojamento, transporte, alimentação, saúde, demonstração de afeto, tarefas domésticas e outros serviços que o idoso necessite. Para além disto, o tipo de apoio está ligado à dinâmica de cada família, fatores socio-estruturais e demográficos.

Por outro lado, os amigos são uma fonte de valor emocional. Salgado (2010) defende que os amigos representam uma das fontes mais significativas de satisfação, contribuindo para um sentimento de bem-estar. Para esta autora, a capacidade do idoso em adaptar-se ao processo de envelhecimento melhora quando este percebe que está a contribuir para o bem-estar de um amigo e vice-versa. Desta forma, a amizade trará a valorização de interesses mútuos.

Os vizinhos representam um recurso de apoio especial para o idoso, principalmente para o que viveu um longo período de tempo junto da mesma vizinhança.

Em forma de conclusão, as redes de suporte social de cada um e a existência de relações significativas deverá corresponder a um investimento afetivo e solidário e constitui, certamente, um capital decisivo ao longo da vida e durante o envelhecimento (Paúl, 2005).

SEGUNDA PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

5. Metodologia

5.1 Objetivo e Opções Metodológicas

O objetivo central deste estudo é descrever e analisar a importância das redes de suporte social, em função da idade, da escolaridade e do género, em idosos portugueses que apresentam um “envelhecimento ativo” de acordo com o modelo de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde (2005), e em idosos que não apresentam esta condição. Para tal, realizou-se um estudo quantitativo.

Segundo Terence e Filho (2006), o método quantitativo supõe a existência de uma realidade externa e objetiva, que pode ser estudada objetivamente, através de relações causa-efeito, a partir da aplicação de métodos quantitativos de investigação, que permitem alcançar verdades universais. Desta forma, os resultados da investigação podem ser reproduzidos e generalizáveis (Hayati, Karami & Slee, 2006).

5.2 Hipóteses

As hipóteses são essenciais na investigação quantitativa, uma vez que permitem a formulação de uma relação entre duas ou mais variáveis. Definem-se como proposições que constituem tentativas de explicação dos fenómenos em estudo.

Tendo em conta o objetivo deste estudo, a hipótese formulada é a seguinte:

- Os idosos que apresentam envelhecimento ativo têm uma rede de suporte social mais alargada do que os idosos sem envelhecimento ativo;
- A rede de suporte social apresenta diferenças quanto à idade;
- Os idosos com um nível de escolaridade mais elevado apresentam uma rede de suporte social mais alargada do que os idosos com um nível de escolaridade inferior;
- Os idosos do género feminino apresentam uma rede de suporte social mais alargada do que os idosos do género masculino.

5.3 Amostra

A amostra deste estudo empírico é constituída por 83 sujeitos (N=83), do Norte de Portugal, dos quais 41 têm algum tipo de participação social, desde atividade profissional a voluntariado, e os restantes 42 não têm qualquer tipo de participação social. A sua seleção será feita por conveniência ou aleatoriamente na comunidade, através de contactos formais e informais.

A escolha da participação social – critério de inclusão – é definida através da participação “profissional”, “ocupacional” ou “social”, ou seja, indivíduos que ainda realizam algum tipo de trabalho (remunerado ou voluntário) regularmente. Abarcou-se ainda algum tipo de associativismo, ou participação cultural na comunidade e cuidar de algum familiar/pessoa. Este critério de inclusão é justificado pela definição de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde (2005), na qual um dos fatores que descreve o Envelhecimento Ativo é o facto de os idosos participarem ativamente na sua comunidade. Assim, são rejeitados todos os idosos institucionalizados, uma vez que a mostra terá de fazer parte da comunidade

No que concerne ao género, 62 participantes são do género feminino e 21 do género masculino, num total de 83 participantes (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da amostra do estudo quanto ao género

| | | Tipo de Envelhecimento | | Total género | |
|------------------|-----------|------------------------|-----------|--------------|------|
| | | Ativo | Não-Ativo | | |
| Género | Feminino | N | 34 | 28 | 62 |
| | | % | 82,9 | 66,7 | 74,7 |
| | Masculino | N | 7 | 14 | 21 |
| | | % | 17,1 | 33,3 | 25,3 |
| Total da amostra | N | 41 | 42 | 83 | |
| | % | 49,4 | 50,6 | 100 | |

Relativamente à idade, os participantes apresentam idades compreendidas entre os 65 e 75 anos. Através da média de idades dos participantes verifica-se que, os participantes com envelhecimento ativo (N=41) apresentam uma média de idades de 69,37 anos e de 71,31 para os que não apresentam envelhecimento ativo (N=42) (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização da amostra do estudo quanto à idade

| | | \bar{X} | N | DP |
|------------------------|--------------------------|-----------|----|------|
| Tipo de Envelhecimento | Envelhecimento Ativo | 69,37 | 41 | 3,58 |
| | Envelhecimento Não-Ativo | 71,31 | 42 | 3,09 |
| Total | | 70,35 | 83 | 3,47 |

No que diz respeito à escolaridade, 15,7% da amostra total (N=83) é analfabeta, 37,4% possui o ensino primário, 2,4% estudou 8 anos, 19,3% estudou 9 anos e 25,3% possui o ensino superior. Quando se compara a escolaridade e tipo de envelhecimento verifica-se que 53,1% do total da amostra é analfabeta ou possui o ensino primário.

Tabela 3

Caracterização da amostra do estudo quanto à escolaridade

| | | Tipo de Envelhecimento | | Total nível escolaridade |
|--------------------------|---|------------------------|-----------|--------------------------|
| | | Ativo | Não-Ativo | |
| Analfabeto | N | 0 | 13 | 13 |
| | % | 0 | 30,9 | 15,7 |
| Ensino Primário | N | 3 | 28 | 31 |
| | % | 7,3 | 66,7 | 37,4 |
| Escolaridade ≤ oito anos | N | 2 | 0 | 2 |
| | % | 4,9 | 0 | 2,4 |
| ≥ nove anos | N | 15 | 1 | 16 |
| | % | 36,6 | 2,4 | 19,3 |
| Ensino Superior | N | 21 | 0 | 21 |
| | % | 51,2 | 0 | 25,3 |
| Total amostra | N | 41 | 42 | 83 |
| | % | 49,4 | 50,6 | 100 |

5.4 Instrumentos

O instrumento utilizado foi a Escala de Rede de Apoio Social (ERAS) (Lubben, 1988). Este instrumento já foi utilizado por vários autores nos seus estudos na área do “envelhecimento ativo, tais como Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (2001) num estudo sobre o processo de envelhecimento, no qual se investigaram áreas bio-comportamentais, psicológicas e sociais. Neste estudo, a ERAS (Anexo 1) foi utilizada para estudar as redes de apoio.

Esta escala tem como objetivo medir o nível de apoio percebido pelo sujeito fornecido por familiares, amigos e relações de confiança. A sua constituição é de 10 itens, que pretendem medir o tamanho, a proximidade e a frequência de contactos do sujeito e o tempo média de aplicação é de dez minutos. Os 10 itens são repartidos por quatro sub escalas, uma relativa à rede familiar, outra à rede de amigos, outra relativa à rede de confiança e ainda uma última relativa a intimidade e prestação de cuidados. As respostas apresentam-se numa escala tipo Likert de 6, 5 e 4 pontos com diferentes gradações. Um tipo de gradação apresenta-se da seguinte forma: “Zero”, “Um”, “Dois”, “Três ou Quatro”, “Cinco a oito”, “Nove ou mais”. Outra gradação presente nas respostas afigura-se da seguinte forma: “Sempre”, “Com muita frequência”, “Frequentemente”, “Às vezes”, “Raramente”, “Nunca”. A última gradação presente caracteriza-se por: “Vive com o cônjuge e/ou com outros familiares ou amigos”, “Vive com pessoas que não lhe são nada”, “Vive com alguém a quem paga uma mensalidade”, “Vive só”.

Como a Escala de Rede de Apoio Social (ERAS) não fornece dados sociodemográficos, foi também administrada uma Ficha de Dados Sociodemográficos (Anexo 2), na qual se pretendeu adquirir dados tais como, a idade, o género, estado civil, profissão, escolaridade e participação social. Esta Ficha de Dados Sociodemográficos foi identificada através de um código (por exemplo, A001), para que desta forma se mantenha a confidencialidade dos dados fornecidos.

5.5 Procedimentos

5.5.1 Recolha de dados

No que diz respeito à recolha de dados, esta realizou-se na região norte do país. Para a recolha de dados respeitantes aos participantes com um envelhecimento ativo, esta foi realizada entre Janeiro e Fevereiro de 2013 em Universidades Sénior. Foi solicitada autorização à direção de cada universidade que prontamente se disponibilizou para a participação no estudo. Os dados relativos aos participantes não-ativos foram recolhidos no mês de Março em locais públicos.

Os participantes associaram-se a este estudo de forma voluntária, após um pedido de autorização e consentimento informado (Anexo 3), assegurando desta forma, que todos os procedimentos éticos e deontológicos foram considerados. Aos participantes que não sabiam assinar foi indicado que se registava o nome e que se colocava a indicação que não sabia assinar.

Aquando da administração da Escala de Rede de Apoio Social (ERAS) verificou-se a impossibilidade da autoadministração por parte de alguns sujeitos. Desta forma, a investigadora leu as afirmações e registou a categoria apropriada de acordo com a resposta dada.

Inicialmente foi explicado ao sujeito, o estudo que estava a ser realizado, os instrumentos que se iriam passar, a duração da administração dos mesmos, tal como outros aspetos que sejam considerados relevantes.

5.5.2 Tratamento de dados

No que concerne ao tratamento de dados, este foi efetuado através de uma análise quantitativa, utilizando para tal, o IBM.SPSS 20.0, com a utilização do Teste T para amostras independentes. Este teste pretende verificar a existência de uma relação entre duas variáveis, comparando as médias obtidas por dois diferentes grupos na variável dependente, o que vai de encontro ao objetivo do estudo. Foi ainda utilizado o Teste Mann-Whitney para amostras independentes, com o objetivo de verificar as diferenças entre o género, uma vez que esta variável não segue uma distribuição normal.

6. Resultados

As questões na Escala de Rede de Apoio Social (ERAS) dividem-se em quatro sub escalas. Contudo, seguem-se os resultados relativos às escalas: rede familiar, rede de amigos e rede de confiança, uma vez que são as escalas que permitem medir o nível de apoio percebido pelo sujeito fornecido por familiares, amigos e relações de confiança. Os resultados serão apresentados tendo em conta cada escala depois da aplicação do Teste T para amostras independentes e do Teste Mann-Whitney para amostras independentes.

Rede Familiar

Com a análise da Tabela 4 é possível verificar que, em relação ao tipo de envelhecimento não existem diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,580$) no que diz respeito ao apoio percebido pela rede familiar.

Quando a rede familiar é analisada face à variável idade verifica-se que não existem diferenças significativas ($p=0,789$) entre os idosos com 70 ou mais anos ($N=48$ e $X=14,32$) e os idosos com menos de 70 anos ($N=35$ e $X=14,18$), para um intervalo de confiança de 95%.

No que concerne à escolaridade, os idosos com menos de oito anos de escolaridade, isto é os idosos analfabetos ou com o ensino primário ($N=37$ e $X=14,46$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação aos idosos com um nível de escolaridade mais elevado ($N=46$ e $X=14,09$), ou seja, nove anos de escolaridade ou ensino superior. Para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,484$).

Tabela 4

Teste t student para a rede familiar em função do tipo de envelhecimento, idade e escolaridade

| | | N | \bar{X} | DP | T* | Df | Sig. |
|------------------------|----------------------------|----|-----------|------|------|----|------|
| Tipo de envelhecimento | Ativo | 41 | 14,41 | 2,05 | ,556 | 79 | ,580 |
| | Não ativo | 42 | 14,12 | 2,60 | | | |
| Idade | $\geq 70^a$ | 48 | 14,32 | 2,37 | ,269 | 79 | ,789 |
| | $< 70^a$ | 35 | 14,18 | 2,34 | | | |
| Escolaridade | ≤ 8 anos ^b | 37 | 14,46 | 2,04 | ,703 | 79 | ,484 |
| | ≥ 9 anos | 46 | 14,09 | 2,57 | | | |

a. Média total da idade = 70,35 anos

b. Média total da escolaridade = 8 anos

* $p \leq 0,05$

Relativamente à observação dos resultados da rede familiar face ao género (Tabela 4.1), verificam-se diferenças estatisticamente significativas, para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,025$), relativamente ao apoio percebido.

Tabela 4.1

Teste Mann-Whitney para a rede familiar em função do género

| | | N | \bar{X} | Z | Sig. |
|--------|-----------|----|-----------|--------|------|
| Género | Feminino | 62 | 37,57 | -2,241 | ,025 |
| | Masculino | 21 | 50,81 | | |

Rede de Amigos

Através da observação da Tabela 5 é possível verificar que, em relação ao tipo de envelhecimento existem diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,037$) no que diz respeito ao apoio percebido pela rede de amigos.

Aquando da análise da rede de amigos face à variável idade verifica-se que não existem diferenças significativas ($p=0,415$) entre os idosos com 70 ou mais anos ($N=48$ e $X=10,90$) e os idosos com menos de 70 anos ($N=35$ e $X=11,56$), para um intervalo de confiança de 95%.

No que concerne à escolaridade, os idosos com menos de oito anos de escolaridade, isto é os idosos analfabetos ou com o ensino primário ($N=37$ e $X=11,94$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação aos idosos com um nível de escolaridade mais elevado ($N=46$ e $X=10,50$), ou seja, nove anos de escolaridade ou ensino superior. Para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,066$).

Tabela 5

Teste t student para a rede de amigos em função do tipo de envelhecimento, idade e escolaridade

| | | N | \bar{X} | DP | T* | Df | Sig. |
|------------------------|-------------|----|-----------|------|-------|----|------|
| Tipo de envelhecimento | Ativo | 41 | 12,00 | 2,92 | 2,23 | 74 | ,037 |
| | Não ativo | 42 | 10,37 | 3,72 | | | |
| Idade | $\geq 70^a$ | 48 | 10,90 | 3,19 | -,820 | 74 | ,415 |
| | $< 70^a$ | 35 | 11,56 | 3,72 | | | |
| Escolaridade | $\leq 8^b$ | 37 | 11,94 | 2,87 | 1,87 | 74 | ,066 |
| | $\geq 9^b$ | 46 | 10,50 | 3,75 | | | |

a. Média total da idade = 70,35 anos

b. Média total da escolaridade = 8 anos

* $p \leq 0,05$

Relativamente à observação dos resultados da rede de amigos face ao género (Tabela 5.1), não se verificam diferenças estatisticamente significativas, para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,761$), relativamente ao apoio percebido.

Tabela 5.1

Teste Mann-Whitney para a rede de amigos em função do género

| | | N | \bar{X} | Z | Sig. |
|--------|-----------|----|-----------|-------|------|
| Género | Feminino | 62 | 38,03 | -,304 | ,761 |
| | Masculino | 21 | 39,74 | | |

Rede de Confiança

Observando a Tabela 6 é possível verificar que, em relação ao tipo de envelhecimento não existem diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,695$) no que diz respeito ao apoio percebido pela rede de confiança.

Quando a rede de confiança é analisada face à variável idade verifica-se que existem diferenças significativas ($p=0,005$) entre os idosos com 70 ou mais anos ($N=48$ e $X=5,98$) e os idosos com menos de 70 anos ($N=35$ e $X=4,53$), para um intervalo de confiança de 95%.

Relativamente à escolaridade, os idosos com menos de oito anos de escolaridade, isto é os idosos analfabetos ou com o ensino primário ($N=37$ e $X=5,20$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação aos idosos com um nível de escolaridade mais elevado ($N=46$ e $X=5,52$), ou seja, nove anos de escolaridade ou ensino superior. Para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,545$).

Tabela 6

Teste t student para a rede de confiança em função do tipo de envelhecimento, idade e escolaridade

| | | N | \bar{X} | DP | T* | Df | Sig. |
|------------------------|-------------|----|-----------|------|-------|----|------|
| Tipo de envelhecimento | Ativo | 41 | 5,27 | 2,34 | -,394 | 79 | ,695 |
| | Não ativo | 42 | 5,47 | 2,37 | | | |
| Idade | $\geq 70^a$ | 48 | 5,98 | 2,18 | 2,86 | 79 | ,005 |
| | $< 70^a$ | 35 | 4,53 | 2,34 | | | |
| Escolaridade | $\leq 8^b$ | 37 | 5,20 | 2,25 | -,608 | 79 | ,545 |
| | ≥ 9 | 46 | 5,52 | 2,45 | | | |

a. Média total da idade = 70,35 anos

b. Média total da escolaridade = 8 anos

* $p \leq 0,05$

Relativamente à observação dos resultados da rede de confiança face ao género (Tabela 6.1), não se verificam diferenças estatisticamente significativas, para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,280$), relativamente ao apoio percebido.

Tabela 6.1

Teste Mann-Whitney para a rede de confiança em função do género

| | | N | \bar{X} | Z | Sig. |
|--------|-----------|----|-----------|--------|------|
| Género | Feminino | 62 | 39,34 | -1,081 | ,280 |
| | Masculino | 21 | 45,74 | | |

Rede Suporte Social (Rede familiar, Rede de amigos e Rede de confiança)

Através da análise da Tabela 7 é possível verificar que, em relação ao tipo de envelhecimento não existem diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,130$) no que diz respeito ao apoio percebido.

Quando a rede de suporte social é analisada face à variável idade verifica-se que não existem diferenças significativas ($p=0,947$) entre os idosos com 70 ou mais anos ($N=48$ e $X=30,97$) e os idosos com menos de 70 anos ($N=35$ e $X=30,89$), para um intervalo de confiança de 95%.

Relativamente à escolaridade, os idosos com menos de oito anos de escolaridade, isto é os idosos analfabetos ou com o ensino primário ($N=37$ e $X=31,70$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação aos idosos com um nível de escolaridade mais elevado ($N=46$ e $X=30,24$), ou seja, nove anos de escolaridade ou ensino superior. Para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,191$).

Tabela 7

Teste t student para a rede de suporte social em função do tipo de envelhecimento, idade e escolaridade

| | | N | \bar{X} | DP | T* | Df | Sig. |
|------------------------|-------------|----|-----------|------|-------|----|------|
| Tipo de envelhecimento | Ativo | 41 | 31,78 | 3,59 | 1,53 | 70 | ,130 |
| | Não ativo | 42 | 30,08 | 5,58 | | | |
| Idade | $\geq 70^a$ | 48 | 30,97 | 4,49 | ,067 | 70 | ,947 |
| | $< 70^a$ | 35 | 30,89 | 5,01 | | | |
| Escolaridade | $\leq 8^b$ | 37 | 31,70 | 3,67 | 1,320 | 70 | ,191 |
| | ≥ 9 | 46 | 30,24 | 5,48 | | | |

a. Média total da idade = 70,35 anos

b. Média total da escolaridade = 8 anos

* $p \leq 0,05$

Relativamente à observação dos resultados da rede de suporte social face ao género (Tabela 7.1), não se verificam diferenças estatisticamente significativas, para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,157$), relativamente ao apoio percebido.

Tabela 7.1

Teste Mann-Whitney para a rede de suporte social em função do género

| | | N | \bar{X} | Z | Sig. |
|--------|-----------|----|-----------|--------|------|
| Género | Feminino | 62 | 34,26 | -1,416 | ,157 |
| | Masculino | 21 | 41,93 | | |

7. Discussão dos Resultados

Com o envelhecimento da população a necessidade de compreender o processo de envelhecimento adquire uma relevância cada vez maior na sociedade. As percepções acerca do envelhecimento podem influenciar o modo como os idosos são vistos e tratados pela sociedade e podem causar um impacto profundo no modo como o indivíduo experiencia o seu próprio envelhecimento (Yun & Lachman, 2006).

Assim, e tendo em conta que o objetivo principal deste estudo é descrever e analisar a importância das redes de suporte social, em função da idade, da escolaridade e do género, em idosos portugueses que apresentam um “envelhecimento ativo” de acordo com o modelo de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde (2005), e em idosos que não apresentam esta condição, apresenta-se de seguida a discussão dos resultados encontrados.

Quanto à hipótese: *Os idosos que apresentam envelhecimento ativo têm uma rede de suporte social mais alargada do que os idosos sem envelhecimento ativo*, os resultados obtidos apontam para uma ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,130$). Analisando as redes que constituem a rede de suporte social verifica-se que, em relação à Rede Familiar ($p=0,580$) e à Rede de Confiança ($p=0,695$) também não existem diferenças estatisticamente significativas. Apenas se encontram diferenças significativas em relação à Rede de Amigos ($p=0,037$). Assim, a primeira hipótese deste estudo não se confirma na totalidade, ou seja, os idosos com um envelhecimento ativo não têm uma rede de suporte social mais alargada do que os idosos sem envelhecimento ativo.

Relativamente à hipótese: *A rede de suporte social apresenta diferenças quanto à idade*, os resultados obtidos não se direccionam no mesmo sentido, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,947$). Através da análise das redes constituintes da rede de suporte social verifica-se que, relativamente à Rede Familiar ($p=0,789$) e à Rede de Amigos ($p=0,415$) também não existem diferenças estatisticamente significativas. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à Rede de Confiança ($p=0,005$). Desta forma, não se confirma esta hipótese ao contrário do relatado pela literatura, onde se refere que existe uma diminuição do tamanho da rede social ao longo dos anos (Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001).

Na hipótese, *“Os idosos com um nível de escolaridade mais elevado apresentam uma rede de suporte social mais alargada do que os idosos com um nível de escolaridade inferior”*, os resultados obtidos apontam para uma ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,191$). Com a observação das redes que constituem a rede de suporte

social verifica-se que, em relação à Rede Familiar ($p=0,484$), à Rede de Amigos ($p=0,066$) e à Rede de Confiança ($p=0,545$) também não existem diferenças estatisticamente significativas. Desta forma, esta hipótese não se confirma, isto é, os idosos com um nível de escolaridade mais elevado não apresentam uma rede de suporte social mais alargada do que os idosos com um nível de escolaridade inferior. Todavia, da amostra total do estudo ($N=83$) 15,7% é analfabeta, 37,4% possui o ensino primário, 2,4% estudou 8 anos, 19,3% estudou 9 anos e 25,3% possui o ensino superior. A baixa taxa de escolaridade da amostra pode ter conduzido a uma desigualdade de oportunidades. Quando não se tem um nível de escolaridade elevado é natural que muitos idosos optem por não participar, por exemplo, em universidades sénior, uma vez que muitas das atividades não seriam compatíveis com as suas competências de literacia.

Quanto à hipótese: *Os idosos do género feminino apresentam uma rede de suporte social mais alargada do que os idosos do género masculino*, os resultados obtidos não se direccionam no mesmo sentido, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,157$). Analisando as redes que constituem a rede de suporte social verifica-se que, em relação à Rede Amigos ($p=0,761$) e à Rede de Confiança ($p=0,280$) também não existem diferenças estatisticamente significativas. Apenas se encontram diferenças significativas em relação à Rede Familiar ($p=0,025$), ou seja, as mulheres apresentam uma Rede Familiar mais alargada do que os homens. Este resultado vai de encontro à literatura, que menciona o facto de o número de familiares ser maiores para as mulheres (Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001). Contudo, através da análise da Tabela 1 esta revela que o número de participantes do género feminino é de 62, o que representa um total de 74,7% da amostra, e 21 participantes do género masculino (25,3%). Este facto pode ter contribuído para a obtenção destes resultados.

8. Conclusão

Com o aumento significativo da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população, assistiu-se ao desenvolvimento da produção teórica e empírica dedicadas ao estudo dos fatores implicados no envelhecimento (Fonseca, 2006). Assim pode-se obter uma compreensão mais aprofundada das mudanças produzidas no decurso da velhice.

Para além disso, com o aumento da esperança de vida e com melhores condições de saúde, a participação social e as redes de suporte social são tópicos sob os quais se têm dirigido as atenções.

Através da discussão dos resultados foi possível verificar que as hipóteses deste estudo não se verificaram na totalidade. Assim, os idosos com um envelhecimento ativo não demonstraram ter uma rede de suporte social mais alargada do que os idosos que não apresentavam a mesma condição. A Escala de Rede de Apoio Social (Lubben, 1998) permite verificar o apoio percebido pelos participantes fornecido pelos familiares, amigos e relações de confiança. Após a sua aplicação verificou-se que a rede familiar e a rede de confiança não contribuem de uma forma significativa para um envelhecimento ativo. Porém, os resultados obtidos para o apoio fornecido pela rede de amigos demonstram que existem diferenças significativas e que, de facto, a rede de amigos contribui para um envelhecimento ativo.

Como já foi referido anteriormente, a idade, o género e a escolaridade podem ter contribuído para que estes resultados não sejam de acordo com o esperado pelas hipóteses, inicialmente formuladas para este estudo, nem pela literatura. Desta forma, sugere-se que para estudos futuros exista um maior número de participantes, uma média de idades mais homogénea para os dois grupos (ativos e não-ativos), uma maior homogeneidade entre os níveis de escolaridade e o número de mulheres e homens.

Para além disto, verificou-se que o envelhecimento ativo não depende apenas de um fator, mas de uma vasta gama de fatores determinantes que englobam indivíduos, famílias e comunidades (OMS, 2005).

Através do que já foi referido no enquadramento teórico, as perceções de envelhecimento refletem a maneira de pensar e os julgamentos dos indivíduos face às suas experiências, podendo influenciar o modo como o indivíduo estabelece metas e objetivos para o futuro.

De uma forma geral, o envelhecimento tem sido caracterizado como uma fase da vida marcada por transformações de ordem variada, desde a componente biológica à componente social (Fonseca, 2012a). Tendo em conta a variabilidade interindividual, é de

esperar que nem todos os indivíduos encarem estas mudanças da mesma forma, criando “resultados desenvolvimentais” diferentes de pessoas para pessoa (Fonseca, 2012a).

Sendo a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, a principal definição do envelhecimento ativo (OMS, 2005), com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas é necessário proporcionar o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspetos da vida.

Através da análise do modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS (2005) constata-se que a palavra “ativo” não se refere unicamente à capacidade de estar fisicamente ativo, mas sim à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis. Sendo assim, e tendo em conta que é necessário encarar a população idosa como uma população apta, que preserva o gosto pela vida (Paúl & Fonseca, 2005), torna-se essencial promover uma participação ativa na sociedade uma vez que, este fator é identificado como um fator fundamental para um envelhecimento ativo.

Ao longo de toda a pesquisa realizada e com a concretização deste estudo, foi possível constatar que faz parte da natureza do ser humano a necessidade de conviver e de relacionar-se com os outros. A promoção da integração na sociedade, a melhoria das relações sociais e o aumento da participação em atividades que promovam o contacto com outras pessoas, podem ser estratégias a implementar para se beneficiar física e psicologicamente do apoio social (Araújo & Melo, 2011).

Não obstante os resultados deste estudo é reconhecida a importância da participação social dos idosos na sociedade. Assim sugerem-se algumas recomendações que podem contribuir para uma reflexão da sociedade e dos responsáveis políticos, para que desta forma, se possa promover e dinamizar a participação social dos idosos. Será importante a criação de lugares com o objetivo de promover o convívio de forma a promover a participação social dos idosos na sua comunidade de referência; impulsionar o desenvolvimento de hábitos saudáveis e atitudes positivas face ao envelhecimento; promover a participação e integração dos idosos na comunidade; promover a cultura e o conhecimento sobre as novas tecnologias; estimular e dinamizar a relação intergeracional; direcionar o tempo livre para atividades e projetos significativos e gratificantes.

É então necessário olhar para velhice como um período da existência humana que comporta em si mesmo desafios e dilemas. Desafios na medida em que se revela fundamental juntar forças de diferentes naturezas (políticas, científicas, sociais) para desenvolver uma cultura positiva e alargada relativamente à velhice e às pessoas idosas. Dilemas na medida em que as evidências relativas à quarta idade chamam a atenção para

realidades que sugerem novas perspectivas acerca de um conjunto de questões de natureza médica e psicossocial relativas ao envelhecimento (Fonseca, 2006).

A abordagem do envelhecimento ativo proporciona uma base para o desenvolvimento de estratégias locais, nacionais e internacionais acerca da população que está a envelhecer. Ao reunir os três pilares para a ação de saúde, participação e segurança, oferece uma plataforma para uma construção consensual que abrange as preocupações de diversos. As propostas de políticas e as recomendações são de pouca utilidade, a não ser que ações subsequentes sejam implementadas.

Referências Bibliográficas

- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: na examination of social networks, social support, and sense of control. In Birren, J. E. & Achaeie, K. W. (Org.). *Handbook of the psychology of aging* (5 ed., pp. 427-48). San Diego: Academic Press.
- Amaro, F. (2006). *Introdução à sociologia da Família*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Araújo, L. & M, S. (2011). Relacione-se com os outros. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coord), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 141-167). Lisboa: LIDEL.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In Baltes, P. & Baltes, M. (Ed.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Erbolato, R. M. (2006). Relações sociais na velheci. In Freitas, E. V. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (2 ed., pp. 1342-31). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,.
- Ermida, J. (1999). Processo de envelhecimento. In Manual Sinais Vitais: *O idoso: problemas e realidades*, (pp.43-61). Coimbra: Formasau-Formação e Saúde.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social*, (pp. 31-53). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2012a). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 95-106). Lisboa: LIDEL.

Fonseca, A. (2012b). *Fundamentos psicológicos para um envelhecimento ativo*. Comunicação apresentada em Envelhecimento Ativo, Solidão e Redes de Suporte Social, Os Novos Desafios, Porto.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Hayati, D.; Karami, E. & Slee, B. (2006). Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. *Social Indicators Research*, v. 75, p. 361-394, Springer.

INE, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Consultado em 24 de março de 2012. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2

Kalache, A. & Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy aging. *World Health*, (4), 4-5.

Lima, Â., Silva, H., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 795-807.

Lubben, N. (1988). Lubben Social network Scale. *Family and Community Health*, Nov. 44-53.

Madeira, J. (2012). *Portugal à beira de um “tsunami” demográfico*. Consultado em 18 de março de 2012. Disponível em: http://www.jn.pt/PaginalInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=2369250&utm_source=dlvr.it&utm_medium=facebook&page=-1.

Néri, A. & Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. *Velhice e Sociedade*. São Paulo: Papyrus

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora

OMS, Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento Activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.

- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C.; Fonseca, A. & Ribeiro, O. (2008). The Protocolo of Assesement of Active Ageing (P3A) – DIA Project, From Disability to Active Aging – Comunicação oral.
- Paúl, C., Fonseca, A., Cruz, F., Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia, Teoria Investigação e Práctica*, 2, 415-426.
- Paulin, G. & Paula, J. (2010). *Implicações das redes sociais na velhice*. Consultado em 26 de setembro de 2012. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/implicacoes-das-redes-sociais-na-velhice.html>.
- Ribeiro, A. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos*. (Dissertação de Mestrado, não editada, em Geriatria e Gerontologia). Universidade de Aveiro.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coord.) (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Requejo A., Pinto F. (2007). *As pessoas idosas no contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Salgado, C. (2010). *Participación social de las personas adultas mayores y redes*. Comunicação apresentada no congresso de *Gerontologia y desarrollo humano en el siglo xxi: persona adulta mayor, experiencia y desarrollo sostenible*, San José Costa Rica.
- Sánchez, C. D. (2000). *Gerontología Social*. Argentina: Espacio Editorial.
- Silva, I. & Gunther, I. (2000). Papéis Sociais e Envelhecimento em uma Perspectiva de Curso de Vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (1), 031-040.
- Schrots, J.; Birren, J., (1980). *A Psychological point of view toward human aging and adaptability*. *Adaptability and Aging*, Proceedings of 9th Internacional Conference of Social Gerontology, Quebee, Canada, 43-54.

Scrutton, S. (1992). *Ageing, Healthy and in control: an alternative, approach to maintaining the health of older people*. 9(2), 76-97. London.

Terence, A. & Filho, E. (2006). *Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização de pesquisa-ação nos estudos organizacionais*. Consultado em 16 de dezembro de 2012. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf.

Uchino, B. (2004). *Social Support & Physical health. Understanding the health consequences of relationships*. New York: Yale University Press.

Yun, R. & Lachman, M. (2006). Perceptions of Aging in Two Cultures: Korean and American Views on Old Age. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 21, 55-70.

Anexos

Anexo 1 – Escala de Rede e Apoio Social

Anexo 2 – Ficha de dados sociodemográficos

Anexo 3 – Consentimento informado

Anexo 1 – Escala de Rede e Apoio Social

Referência: _____

Escala de Rede de Apoio Social (ERAS)

(Lubben, 1998)

Aqui está uma série de questões sobre vários aspetos da sua relação com outras pessoas. Cada afirmação tem seis categorias de resposta possível (0 a 5). Indique a sua resposta a cada questão, fazendo um círculo na resposta que corresponde melhor à sua situação. Se concordar com o que se diz no "0" deve fazer um círculo no quadrado correspondente. Se pensa que o que se diz nas categorias "1", "2", "3", "4" ou "5" é adequado a si, coloque um círculo nas categorias correspondentes. Por favor, faça apenas um círculo por cada afirmação.

Rede Familiar

| | | | | | | |
|---|------------------|-------------|-----------------------|----------------|--------------------------|--------------|
| 1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês? (incluir os parentes por afinidade) | Zero | Um | Dois | Três ou Quatro | Cinco a oito | Nove ou mais |
| 2. Sobre o familiar com quem contacta mais, qual a frequência com que fala ou se encontra com essa pessoa? | De meses a meses | Mensalmente | Algumas vezes por mês | Semanalmente | Algumas vezes por semana | Diariamente |
| 3. Quantos familiares considera que lhe são próximos, ou seja, com quantos deles se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais, ou a quem pode pedir ajuda? | Zero | Um | Dois | Três ou Quatro | Cinco a oito | Nove ou mais |

Rede de amigos

| | | | | | | |
|--|------------------------------|-------------|-----------------------|----------------|--------------------------|--------------|
| 4. Tem amigos íntimos, isto é, amigos com quem se sente à vontade, com quem pode falar sobre assuntos pessoais ou a quem pode pedir ajuda? | Zero | Um | Dois | Três ou Quatro | Cinco a oito | Nove ou mais |
| 5. Com quantos desses amigos se encontra ou conversa, pelo menos uma vez por mês? | Zero | Um | Dois | Três ou Quatro | Cinco a oito | Nove ou mais |
| 6. Diga quantas vezes se encontra ou conversa com o amigo com quem contacta mais? | Menos do que uma vez por mês | Mensalmente | Algumas vezes por mês | Semanalmente | Algumas vezes por semana | Diariamente |

Relações de Confiança

| | | | | | | |
|---|--------|----------------------|-------------------|----------|-----------|-------|
| 7. Quando tem que tomar alguma decisão importante, tem alguém com quem conversar? | Sempre | Com muita frequência | Frequente - mente | Às vezes | Raramente | Nunca |
| 8. Quando outras pessoas que conhece têm alguma decisão importante a tomar, falam consigo sobre esse assunto? | Sempre | Com muita frequência | Frequente mente | Às vezes | Raramente | Nunca |

Ajuda aos Outros

| | | | | | |
|--|---|----------------|----------|---|-------|
| 9a. Há alguém à espera que faça algo por ele /ela? Por exemplo, ir às compras, fazer o jantar, fazer pequenas reparações, limpar a casa, cuidar de crianças, etc. | Se a resposta for não, passar o item 9.b (sublinhar se não) | | | Se a resposta for sim, cotar "5" e passar para o item 10 (sublinhar se sim) | |
| 9b. Ajuda alguém em coisas como ir às compras preencher formulários, fazer reparações, cuidar de crianças, etc.? | Com muita frequência | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |

Com quem Vive

| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|---------|
| 10. Vive só ou com outras pessoas? (incluir os parentes por afinidade) | Vive com o cônjuge e/ou com outros familiares ou amigos | Vive com pessoas que não lhe são nada | Vive com alguém a quem paga uma mensalidade | Vive só |
|---|---|---------------------------------------|---|---------|

Anexo 2 – Ficha de dados sociodemográficos



FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Referência: _____

1. Idade _____ 2. Data Nascimento ____ / ____ / _____

3. Género 1. Feminino 2. Masculino

4. Profissão _____

5. Reformado(a) Sim Não

6. Escolaridade 1. Analfabeto 2. Ensino Primário 3. ≤ 8 anos escolaridade
4. ≥ 9 anos escolaridade s/ Ensino Superior 5. Ensino Superior

7. Instituições que frequenta regularmente 1. Centro de Dia 2. Centro de Convívio 3. Universidade Sénior
4. Outra(s) Especifique _____

8. Faz Voluntariado? Não Sim
Especifique _____

9. Pertence a alguma associação? Não Sim
Especifique _____

10. Cuida de algum familiar/pessoa? Não Sim
Especifique _____

11. Outras Ocupações: _____

12. Outros dados: _____

Data de recolha de dados ____ / ____ / ____ O(a) técnico(a) responsável: _____

Anexo 3 – Consentimento informado



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Consentimento

Declaro que fui informado(a) de todos os pormenores respeitantes à Escala de Rede de Apoio Social, que me foi proposta pela aluna da Universidade Católica Portuguesa Ana Margarida Pinto da Rocha, no âmbito da Tese de Mestrado - Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social em Idosos Portugueses.

Fiquei ciente do tipo, duração e características do referido instrumento, bem como dos objetivos da sua realização.

A todos os dados obtidos fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional da pessoa que procede à aplicação do instrumento. Garante-me igualmente total anonimato dos dados a serem tratados. Sei que posso retirar-me do estudo em qualquer altura, sem apresentar justificações. Nestas condições, é de minha livre vontade que dou o meu consentimento para a realização da avaliação através do instrumento de avaliação psicológica que me foi proposto.

___ / ___ / _____

(Assinatura) _____