



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Nazaré Carvalho Pinto

**ENVELHECIMENTO ATIVO E SUPORTE SOCIAL:
UM ESTUDO SOBRE O JARDIM PAM**

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Carla Faria

Novembro de 2014

RESUMO

Face ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da mortalidade e da natalidade, assiste-se a um aumento da longevidade e ao envelhecimento da população, sendo múltiplos os desafios colocados aos indivíduos e à sociedade (Paúl & Ribeiro, 2012). Assim, têm surgindo nos últimos anos e ao nível mundial, uma série de políticas sociais e de saúde no âmbito do envelhecimento ativo no sentido de solucionar os problemas identificados na estrutura e funcionamento da sociedade. O tema do envelhecimento ativo tem ocupado um dos lugares cimeiros nas agendas mundiais, nomeadamente da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) que avança com a definição de Envelhecimento Ativo, como sendo, “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” (OMS, 2005, p.13). O envelhecimento ativo não se restringe à promoção da saúde, na medida em que diz também respeito aos fatores ambientais e pessoais associados ao bem-estar. A sociedade, a comunidade e a família exercem igualmente um enorme impacto na forma como se envelhece (Cabral & Ferreira, 2014), evidenciando-se neste sentido a importância das relações de apoio social (Antonucci, Lansford e Akiyama, 2001). É importante sublinhar que o principal argumento a favor do envelhecimento ativo evidencia a necessidade de assegurar a inclusão social das pessoas que envelhecem e de garantir a sua presença na vida coletiva, assim como em atividades que promovam a coesão e a interação social. Neste sentido, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de (1) caracterizar os participantes do Jardim das Plantas Aromáticas e Medicinais (PAM), em termos sociodemográficos e das vivências associadas a esta participação; (2) avaliar as redes sociais e a satisfação com o suporte social dos participantes no Jardim PAM; e (3) analisar a existência de diferenças nas variáveis em estudo (redes sociais e satisfação com o suporte social) em função de variáveis sociodemográficas. Para esta investigação optou-se por um processo de seleção amostral de carácter não probabilístico, consubstanciando-se a amostra nos participantes da segunda edição do Jardim PAM & Bem-estar (N = 27), sendo 81.5% mulheres, com idades compreendidas entre 54 e 89 anos de idade (M= 70.67; dp= 8.88), com escolaridade reduzida, predominantemente até quatro anos (59.3%), e maioritariamente casados (48.1%). Relativamente à estratégia de recolha de dados, utilizou-se o Protocolo de Investigação Jardim PAM & Bem-estar (Bastos, Faria, Moreira & Melo de Carvalho, 2013) que incluía, para além de outras medidas, a escala de satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro, 1999) e a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (Lubben, 1988; versão portuguesa de Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012). Analisada a satisfação com o suporte social em função das características sociodemográficas não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) em função do género, grupo etário e escolaridade. Relativamente à rede social 89,9% dos participantes não apresentam risco de isolamento social.

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo; Suporte Social; Gerontologia Social.

ABSTRACT

Facing the increase of life expectancy and the reduction of mortality and birth, we are watching an increase in longevity and the aging of the population, setting multiple challenges to individuals and society (Paúl & Ribeiro, 2012). In this context have emerged in recent years and the world, a number of social and health policies in the domain of active aging in order to address the problems identified in the structure and functioning of society. Active aging has occupied one of the top positions in global agendas, in particular, World Health Organization (WHO, 2005) which puts forward the definition of Active Ageing, as "the process of optimizing opportunities for health, participation and security, with the aim of improving the quality of life as people get older" (WHO, 2005, p.13). Active aging is not limited to health promotion, it also relates to environmental and personal factors associated with well-being. The society, the community and the family also exert a huge impact on how people age (Cabral & Ferreira, 2014), demonstrating the importance of relationships and social support (Antonucci, Lansford e Akiyama, 2001). The main argument in favor of active aging highlights the need to ensure the social inclusion of people as they age and to ensure their presence in the collective life, as well as activities that promote cohesion and social interaction. In this sense, the present study was developed in order to (1) characterize the participants of the Garden of Medicinal and Aromatic Plants (in Portuguese called Jardim PAM) in demographic aspects and experiences relating to this participation; (2) assess the social networks and satisfaction with social support of participants in the Garden PAM; and (3) analyze the existence of differences in the variables (social networks and satisfaction with social support) as a function of socio-demographic characteristics. For this research we chose a process of selection of non-probabilistic nature, consolidating the sample participants in the second edition of Garden PAM & Wellness (N = 27). 81.5 % are women, aged 54 and 89 years (M = 70.67; SD = 8.88), with low education, predominantly up to four years (59.3 %) and mostly married (48.1 %). Participants were assessed with the Research Protocol Garden PAM & Wellness (Bastos, Faria, Moreira & Melo de Carvalho, 2013) which included, in addition to other measures, the Social Support Satisfaction Scale (Pais-Ribeiro, 1999) and the The Lubben Social Network Scale – 6 (Lubben, 1988; Portuguese version of Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012). The results reveal a lack of statistically significant differences in social support ($p < 0.05$) according to gender, age and education group. Regarding the social network, 89.9 % of the participants were at risk of social isolation.

Keywords: Active Aging; Social Support; Social Gerontology.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carla Faria, minha orientadora, pela dedicação, apoio, ânimo, motivação que sempre foi capaz de me transmitir, por nunca me ter deixado desistir, por me ter apoiado no momento mais frágil da minha vida, pela orientação, atenção, disponibilidade, pelos sábios conselhos, sugestões e espírito crítico e motivador.

À Professora Doutora Alice Bastos, pela partilha da sua experiência, do seu saber e pela sua imensa humanidade e apoio.

À Dr^a Vera Costa, pela sua constante disponibilidade e ajuda no tratamento e análise de dados, também pela sua dedicação, apoio, motivação e ânimo que sempre foi capaz de me transmitir.

Aos idosos que colaboraram neste estudo, porque sem eles nada tinha sido possível.

À minha colega e amiga de mestrado, Petra Borlido que me ajudou a cumprir os objetivos que tínhamos em comum. Também um agradecimento especial às colegas estudantes do mestrado pela disponibilidade na recolha de dados.

À minha amiga Raquel Gonçalves pelo apoio constante, pela partilha e enriquecimento, pelas dicas, pelas conversas, por “puxar” sempre por mim e não me deixar desistir, mas principalmente pela amizade sincera que construímos ao longo destes anos. Sem ti teria sido mais difícil.

À minha querida amiga Cristiana Carvalho, pelo apoio constante e pelas palavras de conforto e encorajamento.

Ao Hugo, meu namorado, meu porto de abrigo, por compreender as minhas ausências sem reclamar, por aguentar as minhas “birras” e má-disposição, por estar sempre presente e por me apoiar incondicionalmente, por me fazer sentir especial e, sobretudo, pelos abraços que me envolvem na hora certa.

À minha tia Fernanda e ao meu cunhado Daniel, pelas palavras de apoio e motivação, sem vocês não teria sido a mesma coisa.

À minha mãe Manuela e irmãs Marta e Lídia, que sempre foram os pilares da minha vida, por acreditarem sempre em mim, pelo incentivo constante, por nunca me deixarem desistir e por me amarem incondicionalmente.

Ao meu pai, minha força divina, dedico todo este trabalho.

À minha sobrinha Flor que, com apenas 5 meses de vida, com o seu sorriso nos resgatou e nos fez acreditar que a vida vale a pena.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra me ajudaram a alcançar os meus objetivos e foram sempre um apoio em todos os momentos.

Índice Geral

Introdução	13
Capítulo I – Revisão da Literatura	17
1. O envelhecimento humano como fenómeno da atualidade	19
1.1 A Gerontologia social e o envelhecimento humano	19
1.2 O Envelhecimento Populacional e Individual	21
1.3 Envelhecimento Bem-Sucedido, Ótimo e Ativo	25
1.3.1 Conceitos e especificidades	25
1.3.2 Envelhecimento Ativo: A proposta da OMS	32
2. Suporte Social e envelhecimento humano	39
2.1. Principais quadros teóricos e conceitos nucleares	39
2.2. Investigação no âmbito do suporte social com pessoas mais velhas	53
3. <i>Green Care</i> e intervenção psicossocial	59
3.1 Contextualização do estudo	63
Capítulo II – Método	
Objetivos	65
Plano de investigação e Participantes	67
Instrumentos de recolha de dados	67
Procedimentos de recolha de dados	72
Estratégias de análise de dados	73
Capítulo III - Apresentação e Discussão dos Resultados	75
1. Apresentação dos resultados	77
2. Discussão dos resultados	86
Conclusão	95
Referências Bibliográficas	99

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Descrição sociodemográfica dos participantes	75
Tabela 2 - Mudanças com a reforma	76
Tabela 3 - Pessoas que ajudam	76
Tabela 4 - Atividades do dia-a-dia	77
Tabela 5 - Cuidados com a alimentação	77
Tabela 6 - Exemplos de cuidados com a alimentação	77
Tabela 7 - Medicação	78
Tabela 8 - O que gostaria de fazer no futuro	78
Tabela 9 - PAM pontos positivos	78
Tabela 10 - PAM pontos negativos	79
Tabela 11 - Mudanças que o PAM trouxe	79
Tabela 12 - Melhorias PAM	79
Tabela 13 - Atividades Sociais e Recreativas promovidas pela Câmara Municipal (CMVC)	80
Tabela 14 - Escala de Satisfação com o Suporte Social	80
Tabela 15 - Escala de Lubben	80
Tabela 16 - Teste de normalidade das dimensões do suporte social	81
Tabela 17 - Descrição das dimensões do suporte social segundo o género.	81
Tabela 18 - Descrição das dimensões do suporte social segundo o grupo etário.	82
Tabela 19 - Descrição das dimensões do suporte social segundo a escolaridade.	82
Tabela 20 - Descrição das dimensões do suporte	83
Tabela 21 - Correlação entre as dimensões do suporte social.	83

Introdução

Face ao aumento da esperança de vida, à diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, assiste-se a um aumento da longevidade e ao envelhecimento da população, quer em termos individuais, quer em termos sociais. A população idosa assume atualmente um papel fundamental na nossa Sociedade, facto este que conduz, por um lado, a profundas alterações demográficas que trazem mudanças significativas ao nível político, social e económico e, por outro, à necessidade de implementação de ações específicas, integradas e estratégicas que previnam e contrariem os efeitos do envelhecimento, sempre tendo presente a procura do bem-estar de todas as pessoas e a defesa do bem-comum (Paúl & Ribeiro, 2012). O envelhecimento populacional constitui, assim, uma das maiores conquistas do presente século. Poder chegar a uma idade avançada já não é um privilégio de poucas pessoas. Em contraposição, muitas sociedades não estão inteiramente preparadas para lidar com essas mudanças demográficas, na medida em que as mesmas atribuem valores relacionados com a competitividade, valorizam a capacidade para o trabalho, para a independência e para a autonomia funcional, entre outras. No entanto, muitas dessas crenças e valores nem sempre podem ser acompanhados pelos idosos, se se levar em consideração algumas mudanças e perdas que frequentemente se associam à velhice (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999). Perante esses factos importa, pois, desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos e neste campo encontramos uma nova área do conhecimento, a Gerontologia, que tem a sua ascensão a partir dos anos 60 (Fernández-Ballesteros, 2004).

De acordo com Fernández-Ballesteros (2004), a Gerontologia é uma nova área científica que se dedica ao estudo do envelhecimento, da velhice e do velho baseando-se em conhecimentos bio-psico-sociais e, portanto, com um carácter multidisciplinar. Como especialidade da Gerontologia surge a Gerontologia Social que se dedica especialmente ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e velhice, das consequências sociais desses processos e das ações sociais capazes de melhorar o processo de envelhecimento. Assim, algumas áreas da Gerontologia são analisadas de forma aprofundada pela Gerontologia Social, tais como o comportamento sócio-demográfico das populações, as diferenças sociais, culturais, económicas e ambientais do envelhecimento ou as condições políticas,

jurídicas, económicas, educativas, ambientais e sociais que permitem melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos mais velhos.

Assim, o modo de pensar e falar acerca do envelhecimento começou a mudar nos anos 70, mas somente nos anos 90 é que surgiu uma perspectiva política diferente, que defendia um papel ativo para as pessoas idosas, surgindo, assim, um novo conceito, o de envelhecimento ativo. Introduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, enfatiza a responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da participação nos vários aspetos que caracterizam o seu dia-a-dia, requerendo ações ao nível de três pilares básicos: saúde, segurança e participação social (OMS, 2005; Paúl & Ribeiro, 2011).

O terceiro e último pilar tem principal relevo no presente trabalho, na medida em que a participação social na comunidade é marcada pela relação que se estabelece com os sub-sistemas institucionais, a família e os grupos de pares. Desta forma, o exercício da cidadania e a participação ativa em contexto assume-se como um cenário inerente à vida social do ser humano, revelando-se o verdadeiro desafio da vida (Paúl & Ribeiro, 2011).

Convém neste momento esclarecer o conceito de redes relacionais ou sociais. No entender Walker, MacBride e Vachon (1977) assumem-se como o conjunto de contactos interpessoais que permitem, sobretudo em fases avançadas da vida, que os indivíduos preservem a sua identidade social, recebam e prestem apoio emocional, instrumental e de aconselhamento, e estabeleçam ainda novos contactos sociais. Na medida em que favorecem a obtenção de vários tipos de apoio social (Antonucci & Akiyama, 1995), as redes sociais têm uma grande importância para o bem-estar e para a qualidade de vida das pessoas mais velhas (Theurer & Wister, 2010; Chappell & Funk, 2011). Aliás, a influência benéfica das redes sociais no envelhecimento saudável e bem-sucedido é reconhecida pelas próprias pessoas em idade avançada, nomeadamente quando afirmam que ‘ter família e amigos com quem possam contar’ é um fator essencial para envelhecimento ativo (Fernández-Ballesteros et al., 2010). De facto, o apoio social é entendido como a ajuda e a assistência providas e recebidas por pessoas de confiança, organizando-se em três tipologias: emocional, instrumental e de aconselhamento (Novak & Campbell, 2006). Atendendo aos seus aspetos benéficos, levanta-se a hipótese de as redes interpessoais favorecerem a obtenção de apoio social e constituírem

um fator de proteção contra as situações de isolamento que tornam vulneráveis, sobretudo, as pessoas de mais idade. Numa lógica contrária, depreende-se que os indivíduos com redes interpessoais pobres terão menos suporte social. Também é expectável que as relações de apoio social não sejam exclusivamente unidirecionais, nem estejam dotadas de um carácter estritamente funcional, visando colmatar estados de dependência, constituindo-se, ao invés disso, verdadeiras relações bilaterais de solidariedade entre o indivíduo e os membros da sua rede interpessoal. Assim entendidas, as relações de apoio social consideram-se essenciais para um envelhecimento ativo e bem-sucedido (Antonucci et al., 1996; Paúl, 2005).

Neste sentido, as políticas sociais que sustentam grande parte das medidas de retaguarda aos mais velhos obrigam-nos a “olhar” para a comunidade, mais especificamente para as redes relacionais com outra intencionalidade, reconhecendo-lhes o potencial para sustentar o modo como se vive e envelhece (Paúl & Ribeiro, 2011).

Neste contexto, desenvolveu-se o presente estudo com os objetivos de (1) caracterizar os participantes do Jardim das Plantas Aromáticas e Medicinais (PAM) em termos sociodemográficos e das vivências associadas a esta participação; (2) avaliar as Redes Sociais e a Satisfação com o Suporte Social dos participantes no Jardim PAM e (3) analisar a existência de diferenças nas variáveis em estudo (redes sociais e satisfação com o suporte social) em função de variáveis sociodemográficas.

A presente dissertação encontra-se organizada em três capítulos: Capítulo I – Revisão da Literatura; Capítulo II – Método; e Capítulo III - Apresentação e Discussão de resultados. No Capítulo I procede-se à revisão da literatura no domínio das temáticas em estudo: Envelhecimento Humano, Envelhecimento Ativo, *Green Care*/intervenção psicossocial e Suporte Social com vista à construção de um quadro conceptual e empírico subjacente ao estudo. Seguidamente, são analisadas as raízes conceituais das políticas de *Envelhecimento Ativo* e por fim, no domínio do *Suporte social*, procede-se à revisão dos conceitos, componentes e funções do suporte social. O Capítulo II apresenta a contextualização do estudo, os seus objetivos, participantes, procedimentos e estratégias de recolha e análise de dados. Por fim, no Capítulo III são apresentados os principais resultados decorrentes da análise estatística, sendo analisados e discutidos à luz do quadro conceptual e empírico traçado no Capítulo I. A dissertação finaliza com a Conclusão onde se procuram destacar os principais contributos deste estudo, nomeadamente para a prática gerontológica.

CAPÍTULO I

REVISÃO DA LITERATURA

1. O envelhecimento humano como fenómeno da atualidade

1.1. A Gerontologia social e o envelhecimento humano

A Gerontologia é uma disciplina recente, que se desenvolveu a partir da segunda metade do século XX, apesar de Metchikoff utilizar o termo pela primeira vez em 1903, período em que o envelhecimento da população a nível mundial foi particularmente significativo. Esta área do saber agrupa o conhecimento sobre o envelhecimento, encontrando antecedentes remotos em Platão (427 – 347 a.C.), que defendia que se envelhece como se viveu, apresentando uma visão positiva da velhice. Já Aristóteles (384-322 a.c.), também na antiguidade, considerava a velhice um período de deterioração e ruína, ou seja, uma enfermidade natural. Estas duas visões antagónicas são representadas ao longo da história do pensamento humano, demonstrando a preocupação que a humanidade teve desde sempre com este fenómeno (Fernández-Ballesteros, 2004).

O objecto de estudo da Gerontologia é o processo de envelhecimento, as diferenças de idade, a velhice e as condições específicas do idoso. Estes têm sido abordados desde a investigação básica à aplicada, com uma aproximação teórica bio-psico-social, determinando uma das suas principais características - a multidisciplinaridade. A multidisciplinaridade da Gerontologia não passa, apenas, pelas diversas disciplinas que contribuem para a construção do conhecimento no domínio mas, também, pela diversidade de especialidades que dela advêm, sendo basicamente, um conjunto de saberes independentes que operam num todo. A Gerontologia tem um carácter interventivo, pois visa melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas, em contextos públicos e privados. Birren (1996) afirmou que a Gerontologia é a ciência que se dedica ao estudo multidisciplinar do envelhecimento, da idade e do velho/envelhecido, abrangendo o envelhecimento primário (causado pela idade), secundário (causado pela doença) e as suas diferenças individuais assim como os processos de envelhecimento em si mesmo e as pessoas idosas (Fernández-Ballesteros, 2004).

A Gerontologia Social surge como especialidade da Gerontologia e, tal como a ciência mãe, baseia-se nos conhecimentos bio-psico-sociais, diferenciando-se na ênfase atribuída às bases sociais, que se aprofundam e analisam mais pormenorizadamente. Além disso dedica-se ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais

do processo de envelhecimento e velhice, das consequências sociais desses processos e das ações sociais que se podem desenvolver para melhorar o processo de envelhecimento. Assim, alguns conhecimentos da Gerontologia são aprofundados pela Gerontologia Social, tal como o comportamento sócio-demográfico das populações, as diferenças sociais, culturais, económicas e ambientais do envelhecimento; condições políticas, jurídicas, económicas, educativas, ambientais e sociais que permitem melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos mais velhos (Fernández-Ballesteros, 2004).

Face ao fenómeno envelhecimento, a questão que se coloca é porque envelhecemos e como envelhecemos? Hipócrates (460–377 a.C) foi pioneiro na formulação de hipóteses acerca das causas do envelhecimento, definindo o envelhecimento como um processo natural e irreversível que não constitui doença, mas é propício a doenças, tal como Galeno (131 - 201) que conclui que a velhice é um processo natural e que são as causas externas que provocam doenças (Fernández-Ballesteros, 2004). O envelhecimento é um processo heterogéneo e individualizado em que, com o aumentar da idade, aumentam as diferenças interindividuais face à maioria das funções e processos, resultando num padrão de maior variabilidade (Paúl, 2005). O envelhecimento é também um processo complexo que ocorre desde o nascimento até à morte, no qual o organismo humano tem um período de crescimento rápido e de estabilidade, perdendo ao longo do tempo eficiência biológica. Envelhecer não depende somente da idade, isto é, nem todas as pessoas envelhecem fisicamente ao mesmo ritmo. Do ponto de vista psicológico, verifica-se um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança, o crescimento e o declínio, ou seja, se há alguns aspetos que estabilizam como é o caso da personalidade, outros aumentam, como o conhecimento e outros declinam, como a inteligência fluída e o tempo de reação (Baltes, Gerstorf & Smith, 2006). Contudo, a nível social o critério mais comum como marca de referência de entrada na “terceira idade” é a idade cronológica, os 65 anos de idade, ainda que existam outros critérios, tal como a idade física (ou biológica), a idade psicológica, a idade social, a idade funcional ou a idade intelectual (Fernández-Ballesteros, 2011).

Existem igualmente diversas formas de concetualizar a velhice e o envelhecimento, desde a biológica, psicológica ou social, no entanto nenhuma das teorias do envelhecimento é suficiente para explicar em toda a sua extensão o processo de envelhecimento, o que reflete a complexidade deste fenómeno (Fernández-Ballesteros, 2004).

Baltes e Smith (1999) associam diferentes tipos de análise multidisciplinar para explicar as mudanças relacionadas com a idade e sintetizam as perspectivas metateóricas do envelhecimento humano, resultantes da evolução e da ontogénese, em três diferentes níveis de análise: (1) perspectivas biológicas e culturais do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida; (2) perspectivas de curso de vida das mudanças relacionadas com a idade, ou seja, o envelhecimento numa perspectiva multidimensional, multidirecional e dinâmico e (3) envelhecimento em níveis de comportamento e mecanismos (ex., inteligência, personalidade).

Por vezes, com o envelhecimento, assiste-se a uma redução das relações pessoais, da participação social, das expectativas de felicidade e do interesse geral pela vida, contudo a desvinculação à vida não é um fenómeno natural nem se apresenta de modo genérico - tal poderá acontecer porque, em determinados momentos, a pessoa idosa sente medo dos seus fracassos e afasta-se cada vez mais dos seus contactos sociais, refugiando-se nos grupos mais íntimos e familiares, ou seja, junto daqueles com quem se sente mais segura e protegida (Fonseca, 2007).

Face ao exposto, poderemos concluir que existem múltiplas formas de envelhecer e de lidar com o declínio e com a perda, nem todas as co-variantes do envelhecimento são negativas, sendo que existem mudanças com o envelhecimento que são positivas. Para além disso muitas consequências negativas do envelhecimento serão determinadas pela doença, e não somente pela idade, assim algumas co-variantes da idade, como a incapacidade, podem ser prevenidas (Fernández-Ballesteros 2004). Em termos da descoberta de algumas dessas estratégias que melhoram a vida dos mais velhos, o Gerontólogo Social poderá ser o facilitador nessa procura, devendo para isso ter conhecimentos bio-psico-sociais acerca do idoso, da velhice e do processo de envelhecimento (Neri, 2001).

1.2. O Envelhecimento Populacional e Individual

Quando se fala em envelhecimento, poder-se-ão abordar dois conceitos diferentes: (1) o envelhecimento individual abordado desde tempos mais remotos e (2) o envelhecimento populacional, conceito que não tem mais de dois séculos de existência (Rosa, 2012).

O desenvolvimento humano é um processo que se estende ao longo de toda a vida, através da ocorrência de mudanças desenvolvimentais, não podendo falar-se, por isso, na existência de períodos mais ao menos importantes sob o ponto de vista desenvolvimental (Fonseca, 2005).

Nesta linha, a Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida (Baltes, 1987) dá ênfase à integração histórica e social da vida dos indivíduos e à influência, no desenvolvimento humano, quer de factores ligados à idade cronológica, quer de outros factores contextuais não ligados à idade. A Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida dá relevo a um desenvolvimento por oscilações, através de uma alternância permanente e dinâmica entre ganhos e perdas. O desenvolvimento define-se como uma mudança na capacidade adaptativa do organismo, sendo que o processo adaptativo obedece a um modelo composto por três mecanismos interactivos: selecção, optimização e compensação (SOC) (Fonseca, 2005). Baltes e Smith (2004) perspetivam o desenvolvimento humano como um processo contínuo multidimensional, multicausal e multidirecional de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e sócio-culturais, de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas e por interactividade entre o indivíduo e a cultura. Compreende uma sequência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo da idade, sendo elas (a) influências normativas ligadas à idade, como a maturação neurológica dos primeiros cinco anos de idade; (b) influências normativas ligadas à história que se referem às mudanças a que as pessoas estão sujeitas, determinadas pelos processos de socialização de uma determinada coorte, sendo exemplo a vivência num regime ditatorial; e (c) influências não-normativas, que se referem a acontecimentos não previsíveis, como desemprego, viuvez, acidentes, perda de um filho, entre outros (Neri, 2006).

Na óptica da Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida, o estudo do envelhecimento enuncia basicamente as seguintes três variáveis explicativas da mudança desenvolvimental: idade, coorte, acontecimentos de vida. Face às tarefas desenvolvimentais com que os indivíduos se confrontam e os papéis sociais que desempenham ao longo da vida, entende-se que a ligação entre ação pessoal e desenvolvimento humano reveste-se de novos significados (Fonseca, 2005).

É importante salientar que nem todo o funcionamento humano “encaixa” no modelo biomédico, sendo que o funcionamento humano é também determinado pelo contexto sociocultural, no entanto à medida que a pessoa envelhece os sistemas biofísicos tornam-se menos eficientes e a doença e a idade co-variam, isto porque o ser

humano é uma entidade bio-psico-social. Ou seja, a pessoa que envelhece deve ser considerada como um agente ativo, complexo, constituído por sistemas biológico, psicológico e social, que interage com ambientes multiníveis (família, comunidade, sociedade). Assim, os resultados multidimensionais ou de multidomínio definem o envelhecimento, pelo que os seus determinantes devem ser considerados mediante o tipo de leitura que se realiza (Fernández-Ballesteros, 2008).

No que respeita ao envelhecimento demográfico, este está na ordem do dia, sendo que muitos “males” sociais, políticos, financeiros e mesmo culturais que estão a abalar as sociedades da atualidade são interpretados como sendo resultado do envelhecimento da população (Rosa, 2012). Face ao exposto, ao longo dos últimos anos o envelhecimento populacional tem sido tema central dos debates a nível académico e político, não só pela relevância do processo, como pelas consequências multidimensionais a que tem sido associado (Dias & Rodrigues, 2012).

Assim, a intensidade do envelhecimento, os aspetos que envolve, bem como os novos desafios e oportunidades que desafiam a sociedade - cada vez mais constituída por pessoas mais velhas – assumem-se como assuntos centrais, exigindo uma análise multidimensional.

Por isso, podemos afirmar que o envelhecimento é um processo que pode ser analisado segundo duas grandes perspetivas: (1) individual: o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida; (2) demográfica: que se caracteriza pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Os desafios que hoje se colocam aos indivíduos e às comunidades são múltiplos (Paúl & Ribeiro, 2012), pelo que os agentes políticos lhe têm procurado dar resposta, sugerindo medidas diversas para contrariar o fenómeno (ex., incentivos à natalidade). Contudo, a taxa de natalidade não está a aumentar e o envelhecimento populacional continua invencível, na medida em que é resultado dos avanços sociais nomeadamente no que respeita ao progresso da medicina (Rosa, 2012).

Quando se fala em envelhecimento demográfico, fala-se em categorias etárias, que são usualmente referidas como as idades jovem, activa e idosa, utilizando-se fronteiras arbitárias. Ou seja, até aos 15 anos temos os jovens, a idade ativa entre os 15 e 64 anos e os idosos a partir dos 65 e mais anos, correspondente à idade da reforma (Rosa, 2012).

É a partir das, já referidas, categorias etárias que se desenvolve o conceito de envelhecimento demográfico, definindo-se como a evolução particular da composição etária dos idosos (envelhecimento no «topo» da pirâmide etária). O envelhecimento demográfico pode ser confirmado através do aumento do número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos (índice de envelhecimento), ou seja, a população envelhece quando a população em idade idosa passa a valer mais em termos estatísticos (Rosa, 2012).

Nos finais dos anos 40, a esperança média de vida dos portugueses era de 58 anos, evoluindo para 75 anos em 1996/97 e para 78,7 em 2008 em média para ambos os sexos. Relativamente a 1960, a população idosa aumentou quase em um milhão de indivíduos, passando de 708.570 para 1.702.120 em 2001 (Dias & Rodrigues, 2012), no entanto pode-se afirmar que o envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituirão o grupo etário de maior crescimento. Ainda de acordo com a mesma fonte, a maior parte dessas pessoas (aproximadamente 75%) vive nos países desenvolvidos. De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), entre 1960 e 1998 o envelhecimento da população portuguesa traduziu-se por um decréscimo de 35,1% na população jovem (entre os 0 e os 14 anos) e um incremento de 114,4% da população idosa (65 anos ou mais). No que respeita ao envelhecimento segundo o género, entre 2000 e 2009 a esperança média de vida aumentou cerca de 2,9 anos para o género masculino e 2,1 anos para o género feminino, situando-se pelos 76,3 e 82,4 anos respetivamente. Face a este aumento na esperança média de vida, favorável para o género feminino, as mulheres constituem a maior parcela populacional e ficam mais propensas a sofrer de doenças crónicas associadas à velhice (Sowers & Rowe, 2007).

De referir que o crescimento não é homogéneo dentro da própria população idosa, pois é o grupo dos 75 e mais anos que mais cresce e Portugal não é exceção ao panorama mundial. A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes em todas as zonas do globo, com a exceção de África (Osório, 2007). Portugal enfrenta presentemente uma realidade que, sendo comum à generalidade dos países europeus, só agora começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país.

Quanto ao envelhecimento da sociedade, parece dar-se em paralelo com o envelhecimento demográfico, embora não tenha de ser necessariamente assim, pois a população pode estar a envelhecer, mas a sociedade não, ou seja, se a sociedade souber reagir à alteração do curso dos factos. É certo que, com o envelhecimento demográfico, aumenta a importância dos grupos etários menos valorizados na estrutura produtiva e social, ou seja os mais velhos, sendo essa uma das razões para o envelhecimento demográfico aparentar ter consequências indesejáveis. O “problema” está nos idosos ou no modo como estas idades estão a ser valorizadas? (Rosa, 2012).

Não existe fundamento científico sólido no princípio de que as pessoas mais velhas são menos produtivas e menos receptivas à evolução tecnológica, sabe-se apenas que certas tarefas exigem mais destreza física que outras. No entanto, também é sabido que o conhecimento interessa tanto ou mais que a destreza física, sendo ele que marca a diferença. Assim, a idade não deveria representar um “peso” para o indivíduo ou para a sociedade, como parece acontecer. Os mais velhos constituem potencial humano decisivo pois são detentores de experiência, ou seja, deveriam ser uma mais-valia para o sucesso coletivo, no entanto esta valorização não se verifica, significando para a sociedade efeitos indesejáveis, quer do ponto de vista económico, quer do ponto de vista social (Rosa, 2012).

Contudo, atualmente pode-se assistir a um efeito de coorte de uma população envelhecida mais saudável e escolarizada, o que tem potenciado o aparecimento de indivíduos ativos, ainda no início da velhice, o que poderá ser preditor de um envolvimento dos mais velhos na vida social (Cabral & Ferreira, 2014).

1. 3 Envelhecimento Bem-Sucedido, Ótimo e Ativo

1.3.1. Conceitos e especificidades

O envelhecimento poderá ser conceptualizado como sendo: normal (primário), patológico (determinantes e factores que antecipam a perda) e ótimo (Baltes & Baltes, 1990). Ou seja, numa outra via, preparar o envelhecimento de modo a que não se esteja condenado a envelhecer mal ou de um modo “normal”, podendo o ser humano potenciar o seu envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2002).

Num contato diário com pessoas mais velhas, facilmente se pode constatar que existem diferentes formas de envelhecer (Paúl & Ribeiro, 2012). Pode-se observar pessoas muito velhas que mantêm uma boa saúde, que se mantêm participativas na sociedade em que vivem e sentem a sua vida como plena, enquanto existem outras que envelhecem com múltiplas doenças, que vivem isoladas, desejando que a sua vida termine. Assim existem diferentes formas de envelhecer (Fernandez-Ballesteros, 2002), sendo que estas diferentes formas de envelhecer não são determinadas nem pré-definidas, embora não se possa ignorar que existem variantes genéticas que desempenham um papel no envelhecimento, também o indivíduo é responsável através das suas ações e comportamentos ao longo da vida, para que o seu envelhecimento seja mais ou menos satisfatório e livre de dependências (Cassinello, 2007).

Segundo Fernandez-Ballesteros (2008), nas últimas décadas tem-se verificado a emergência de um “novo paradigma” com um carácter mais positivo relativamente ao envelhecimento. Decorrentes desta nova visão surgem uma série de novos conceitos provenientes de diferentes áreas da Gerontologia Social. Esta visão positiva do envelhecimento adotou diferentes designações: saudável (OMS, 1990), bem-sucedido (Thomae, 1975; Rowe & Khan, 1987; Baltes & Baltes, 1990), ótimo (Palmore, 1979), vital (Erikson, 1986), produtivo (Butler & Gleason, 1985), ativo (OMS, 2005), positivo (Gergen & Gergen, 2001), envelhecer bem (Fries, 1989), ou boa vida (Bearon, 1996).

Segundo Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento bem-sucedido não só tem uma variedade de sinónimos (envelhecimento saudável, bem-sucedido, ótimo, produtivo, ativo), como ainda não tem uma definição ou modelo teórico geral aceite.

Nas várias linhas de investigações acerca do conceito de envelhecimento bem-sucedido, Fernández-Ballesteros (2009) distinguiu três períodos históricos. Até ao final dos anos 70, a investigação focou-se nas mudanças biomédicas, psicológicas e sociais entre grupos de idades com muito poucas referências aos modos de envelhecer, onde se identificam duas abordagens teóricas dos autores Freund e Riediger (2003): (1) teoria do desinvestimento e (2) teoria da atividade. Já durante os anos 80, emergem algumas definições, preditores e modelos teóricos acerca deste novo conceito de envelhecimento. Por fim, dos anos 90 à actualidade, surgem várias evidências sobre definições mais fiáveis, preditores e modelos de envelhecimento bem-sucedido.

Segundo Lima, Silva e Galhardoni (2008), o envelhecimento bem-sucedido integra três fatores: (1) ajustamento com a vida, (2) manutenção de altos níveis de capacidades funcionais e cognitivas; e (3) pouca probabilidade de doença e

incapacidade na adopção de hábitos saudáveis com vista à redução de riscos. No entanto, estes factores podem pôr de parte dimensões socioculturais e colectivas, atribuindo a causa do envelhecimento bem-sucedido apenas ao foco particular e individual, baseado no auto-controlo. Ligados ao envelhecimento saudável encontram-se factores como: a saúde física e mental, a independência na vida diária, a integração social, o suporte familiar, a independência económica, entre outros, o que leva a um maior bem-estar na velhice, pelo que estes factores têm uma relação directa com o mesmo. Os mesmos autores enumeram ainda como factores do bem-estar psicológico: a auto-aceitação, as relações positivas com os outros, a autonomia, o controlo sobre o ambiente, ter um propósito na vida e crescimento pessoal.

Além destes factores verifica-se que a subjectividade/percepção de satisfação com a vida representa uma medida fulcral na avaliação do estado geral de bem-estar e serve como indicador objectivo de saúde. Este conceito encontra-se ligado ao termo qualidade de vida, vista como a percepção subjectiva do indivíduo sobre sua postura na vida dentro do contexto de cultura e dos sistemas de valores em que vive e a relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Lima et al., 2008). Também nesta linha, Rowe e Khan (1998) consideram que para alcançar o envelhecimento bem-sucedido é preciso manter três características do comportamento: (1) evitar a doença, (2) manter padrões elevados de funcionamento em termos cognitivos e físicos, e (3) alto nível de compromisso com a vida. Contudo, no que respeita à questão “ausência de doença” esta foi altamente criticada, como se tal fosse uma questão apenas individual e não um assunto coletivo. Em suma, para Rowe e Kahn (1998), o envelhecimento saudável e socialmente adaptado é, possivelmente, um dos factores mais preditivos de uma velhice bem-sucedida.

É importante não se confundir envelhecimento bem-sucedido, ótimo, ativo, saudável com outros construtos como bem-estar, satisfação com a vida ou qualidade de vida.

Num artigo relativo aos determinantes do bem-estar na velhice, Lawton (1983) define “good life” através de dimensões psicológicas, tais como: competência comportamental (saúde, motor e cognitiva), bem-estar psicológico (optimismo, felicidade, concordância entre objectivos desejados e alcançados) e qualidade de vida percebida (condições familiares, amigos, trabalho, atividade, rendimento e casa), acrescentando condições ambientais objectivas (domicílio, vizinhança, rendimento, etc.). Assim, o conceito de “good life”, desenvolvido por Lawton (1983), não pode ser

distinguido do conceito de qualidade de vida, nem esses critérios podem ser distinguidos dos seus determinantes.

Numa linha similar, Ryff (1989), estabeleceu seis critérios na tentativa de encontrar uma integração da definição de envelhecimento bem-sucedido: auto-aceitação, relação positiva com os outros, autonomia, mestria ambiental, finalidade na vida e crescimento pessoal.

Na mesma linha de pensamento, recentemente Wick (2012), a propósito do envelhecimento bem-sucedido, apresenta uma trilogia de recomendações para se viver bem que vale a pena considerar: amar, correr e aprender. Amar, no sentido do reforço da amizade e dos contactos sociais; correr, não no sentido de fazer maratonas, mas sim de cuidar do corpo em geral, fazer atividade física, cuidar da dieta e evitar as toxinas que criem dependência; aprender, no sentido de aprendizagem ao longo da vida e da estimulação cognitiva.

Fernández-Ballesteros e Zamarrón (2007) sumarizam as relações teóricas entre qualidade de vida e envelhecimento bem-sucedido (e conceitos relacionados) com base no modelo dos quatro sectores de Lawton (1983). Em primeiro lugar, bem-estar e satisfação com a vida, competência e saúde são condições pessoais para o envelhecimento bem-sucedido (e conceitos relacionados) e para a qualidade de vida. Mas enquanto a qualidade de vida também abraça condições ambientais (quer percebidas, quer objectivas), o envelhecimento bem-sucedido pode ser considerado como um conceito individual multidimensional e de multinível, não podendo ser reduzido a qualquer um dos seus componentes, tais como saúde, competência física, ou bem-estar.

Finalmente, as circunstâncias ambientais podem ser consideradas como antecedentes, determinando o envelhecimento bem-sucedido, mas o envelhecimento bem-sucedido também pode potenciar a qualidade de vida na velhice (Fernandez-Ballesteros, 2008). Segundo Fernandez-Ballesteros (2002), o ser humano, como todo o ser vivo, nasce, cresce, reproduz-se e morre. Ao longo dos primeiros anos de vida as mudanças são positivas e implicam crescimento, sendo que na adultez o ser humano alcança o seu potencial físico e mental máximo. Ao longo do tempo as funções tornam-se mais lentas e algumas das mudanças que ocorrem são negativas, denotando-se declínio. Contudo, existe uma falsa concepção de que, com o envelhecimento, o desenvolvimento e o crescimento terminam, produzindo-se somente deterioração e declínio do funcionamento físico, intelectual e inclusive moral, mas tal não é de todo

válido. A sociedade atual ainda se encontra cética em relação às capacidades das pessoas idosas, valorizando-se mais as co-variantes negativas biomédicas e psicossociais que declinam com a idade, do que as que mostram desenvolvimento positivo ou estabilidade (Fernandez-Ballesteros, 2008). No entanto, Kennedy (1998) verifica o inverso, isto é, pessoas mais velhas podem adquirir novos conhecimentos, além de reter altos níveis de desempenho, comparáveis aos de quando eram jovens, quando submetidos a condições ótimas de saúde e ambiente favorável. Assim, estímulos que despertem a vontade do idoso em aprender contribuem para reverterem o declínio intelectual e estimulam a saúde mental (Strom, Strom, Fournet & Strom, 1997). Deste modo, a investigação no domínio mostra que esses declínios e perdas podem ser compensados. Isto pode-se conseguir otimizando o desenvolvimento pessoal e fazendo com que os factores de crescimento existam ao longo de todo o ciclo de vida, ou seja, procurar oportunidades de desenvolvimento, melhorar as potencialidades e compensar o défice (Fernandez-Ballesteros, 2002). Assim, cada momento de todas as esferas de vida contribuem para uma adaptação mais ao menos favorável aos desafios do envelhecimento, num balanço de ganhos e perdas que se diferenciam em cada percurso individual (Baltes, 1987).

Neste seguimento, tal como já foi referido atrás, Baltes e Baltes (1990) desenvolvem o Modelo SOC, segundo o qual existem três mecanismos reguladores do processo de envelhecimento: (1) selecção, (2) optimização e (3) compensação. Estes são entendidos como condições gerais da regulação desenvolvimental, sendo que a sua influência pode variar de acordo com as características pessoais e sócio-históricas, bem como do domínio em causa. Dito de outro modo, o Modelo SOC é entendido como um sistema motivacional capaz de conduzir o indivíduo a um nível mais elevado de funcionamento, sendo por isso considerado como um mecanismo de *coping*, logo, essencial para o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos. Mais concretamente, este modelo visa a maximização dos ganhos e a minimização das perdas, prevendo mecanismos de selecção (delinear os objectivos sobre os quais intervir face às vicissitudes afectas ao envelhecimento), optimização (procurar as condições necessárias para maximizar o funcionamento) e compensação (aquisição de meios para alcançar os objectivos traçados).

O trabalho de Baltes (1997) iniciou-se usando o campo de envelhecimento como campo de ensaio. A motivação intelectual foi a busca de um processo geral sistemático de funcionamento que serviria como uma estratégia eficaz para lidar com a arquitetura do tempo de vida. Os autores utilizaram o exemplo seguidamente descrito como sendo

uma das primeiras ilustrações do Modelo SOC: quando o pianista Arthur Rubinstein, com 80 anos de idade, foi questionado sobre “como é que conseguiu manter um alto nível de performance a tocar piano?” ele respondeu que era na coordenação das três estratégias. Em primeiro lugar, Rubinstein disse que selecionou menos peças (seleção); em segundo lugar, indicou que praticava essas peças com mais frequência (otimização); e em terceiro lugar, ele sugeriu que para compensar a sua perda na velocidade mecânica, usava um tipo de gestão mais lenta antes de segmentos mais rápidos, de modo a que a mesma, pareça mais rápida (compensação).

Segundo Schroots (1995), o envelhecimento humano está associado a um crescente desequilíbrio entre ganhos e perdas, consequência sobretudo dos declínios/mudanças a nível cognitivo e biológico. Porém é possível retardar estes declínios fazendo com que os contextos sociais e culturais compensem as perdas, aumentando as expectativas subjectivas que a sociedade tem sobre esta fase do ciclo vital (Baltes & Baltes, 1990). De acordo com Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca (2006), tal pode ser conseguido através de um envelhecimento produtivo, que implica o envolvimento dos idosos numa atividade estruturada, continuada, significativa e satisfatória com impacto positivo na sua vida. Este conceito subentende, portanto, uma imagem de saúde, autonomia e bem-estar para a qual os indivíduos contribuem ativamente, ou seja, são pró-ativos no seu desenvolvimento e na procura de qualidade de vida. As tarefas produtivas incluem a prestação de cuidados aos descendentes, o voluntariado e eventualmente a continuidade no posto de trabalho que vêm permitir a manutenção ou estabelecimento de novas relações, bem como a aquisição de novos papéis sociais e o combate de estereótipos negativos. Estas atividades, quando associadas às estratégias conceptualizadas no Modelo SOC, revelam-se verdadeiramente fundamentais para a manutenção da qualidade de vida e também para um envelhecimento bem-sucedido. Assim, pode entender-se o Modelo SOC como um quadro geral para a teoria de desenvolvimento humano.

Baltes (1997) define a idade avançada como sendo a quarta idade (cerca de 80 anos em diante), afirmando que existe um grande marco para futuras investigações e teorias, bem como para novos esforços a nível político. Ainda segundo este autor, com a idade mais habilidades cognitivas são envolvidas no padrão de perda. Assim, quando o ser humano alcança a faixa etária dos 70 aos 100 anos, todas as dimensões cognitivas apresentarão perdas. Contudo, existem grandes diferenças individuais no nível inicial das perdas de envelhecimento, mas o padrão parece universal. Relativamente às

diferenças de gênero, embora as mulheres vivam mais do que os homens, o estatuto funcional é menos desejável, e essa desvantagem aumenta em relação ao gênero masculino. Na terceira idade, as forças culturais e sociais nos países industrializados têm sido capazes de compensar, na sua maioria, parte das fraquezas inerentes à arquitetura biológica. No entanto, o autor questiona-se acerca da evidência de que a mesma tendência continuará com as pessoas de idade avançada, percebendo que a arquitetura básica da esperança de vida sugere que esses anos adicionados não vão abrigar o mesmo potencial, como ganhos em termos de expectativa de vida. Portanto, assiste-se a uma nova linha de investigação acerca do envelhecimento.

No estudo Longitudinal de Bona sobre o envelhecimento, Rudigner e Thomae, (1990) tiveram a oportunidade de constatar que, ao longo da velhice, as pessoas ajustam as suas representações cognitivas da realidade ou modificam o seu comportamento social, o que poderá ser entendido como uma verdadeira alteração de estratégia adaptativa. Mais recentemente, o estudo BASE de Baltes e Mayer (1999), permitiu comprovar que a quarta idade não é uma simples continuação da terceira idade, sofrendo uma efetiva descontinuidade em termos de capacidade adaptativa individual.

Quer o Estudo Longitudinal de Seattle (Schaie, 1996), quer o Estudo BASE (Baltes & Mayer, 1999), insistem na existência de reservas cognitivas em pessoas de idade avançada, possibilitando aos adultos e idosos continuarem a desenvolver as suas capacidades cognitivas, enquanto o estado físico o permitir, reforçando-se a viabilidade da otimização do desenvolvimento psicológico.

Assim, mediante as investigações referidas, comprova-se que as pessoas adultas e idosas evidenciam uma enorme plasticidade, sendo possível então conceber programas de estimulação cognitiva, social, entre outros, que retardem o declínio das respetivas capacidades, como é o caso do programa “Vivir con Vitalidade” de Fernández-Ballesteros (2002).

Assim, conclui-se que a quarta idade será um teste aos limites da resistência psicológica. A imagem pessimista da velhice avançada é talvez mais visível quando prevalecem problemas mentais como, demência senil, do tipo Alzheimer (Baltes, 1997).

Como já foi referido, as representações sobre o envelhecimento e a velhice sempre fizeram parte da história da humanidade. Após a segunda Guerra Mundial, na maioria dos países da Europa Ocidental, da associação entre idosos e Estado Social derivavam tanto efeitos negativos como positivos, encorajando a estereótipos acerca do envelhecimento, como um período de pobreza e fragilidade, indivíduos passivos,

submissos, orientados para a família e desinteressados ao nível da participação política e social, sendo que havia também outros fatores que potenciavam esta conceção negativa, como a existência de menos pessoas idosas, menos saudáveis e a reforma atuava como um regulador eficiente da saída do mercado de trabalho (Walker, 2009).

O modo de se pensar e falar acerca do envelhecimento começou a mudar nos anos 70, mas somente nos anos 90 é que surgiu uma perspetiva política diferente, que defendia um papel ativo para as pessoas idosas, sendo que nesse período foi possível assistir-se a um crescimento na participação política por parte dos idosos (Walker, 2009).

O Ano Europeu das Pessoas Idosas representou a primeira proclamação dos elementos-chave do novo discurso ativo e participativo sobre o envelhecimento.

1.3.2 Envelhecimento Ativo: a proposta da OMS

Se os conceitos de envelhecimento ótimo (Baltes, 1990) ou envelhecimento bem-sucedido (Rowe, 1998) apresentam maior dificuldade operativa na definição de padrões de sucesso, o novo paradigma, “envelhecimento ativo”, mais consensual, foca a qualidade de vida e a saúde dos idosos, visando a manutenção da saúde física, psicológica e social, integração em sociedades seguras e o assumir de uma cidadania plena. Remetendo o conceito para uma participação e envolvimento em várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho, sendo que esta nova forma de entender e perspetivar o envelhecimento salienta a importância das pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e, sobretudo, da qualidade de vida (Paúl, 2011).

Numa primeira fase, a ênfase dada ao envelhecimento ativo era essencialmente produtiva e focada no emprego, no entanto, ao longo dos últimos anos, tem havido uma transição no discurso sobre o envelhecimento ativo. Em 1990, a OMS propôs uma abordagem multidimensional, mais focada na saúde. Mais recentemente, a mesma entidade (2005) avançou com um novo conceito de envelhecimento ativo, agora mais abrangente, estendendo-se para além da saúde, a aspectos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento, sendo que este termo pode ser aplicado tanto a

indivíduos como a grupos populacionais. Esta mesma entidade define o envelhecimento ativo como o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

A OMS (2005) enumera os seguintes determinantes para o alcance do envelhecimento ativo: (i) serviços sociais e de saúde; (ii) fatores comportamentais (estilos de vida saudáveis e participação activa nos cuidados de saúde do próprio); (iii) fatores de ordem pessoal (factores biológicos, genéticos e psicológicos); (iv) fatores relacionados com o ambiente físico (acessibilidade, segurança); (v) ambiente social (apoio social, educação, prevenção sobre violência e abusos); e (vi) factores económicos (rendimento, protecção social, oportunidade de trabalho; Paúl & Ribeiro, 2012).

Cada um dos determinantes do envelhecimento ativo desdobra-se em múltiplos aspetos donde surgem políticas implementadas pelos governos e instituições. Contudo, os programas são ainda escassos e muitas vezes ineficazes (Paúl & Ribeiro, 2012). Ou seja, muitas das políticas focam-se numa intervenção remediativa, quando o essencial seria influenciar o comportamento individual e o seu contexto político em estágios prévios à idade avançada. Neste sentido, quer as condicionantes estruturais quer os fatores individuais são cruciais para saber até que ponto se pode dizer que, assim como se vive, assim se envelhece e assim se morre (Paúl & Ribeiro, 2012).

Envelhecer de uma forma saudável implica, naturalmente, a existência de boas condições de saúde que são, em parte, correlativas da forma de viver das pessoas, das atividades com que ocupam o tempo e das relações que estabelecem com os outros, constituindo requisitos para um envelhecimento saudável e uma condição determinante do estado subjetivo de saúde e de bem-estar. O conhecimento destas relações constitui uma condição necessária para a o tipo de políticas públicas a adotar pelos governos e pela tomada de consciência a nível individual (Cabral & Ferreira, 2014). O envelhecimento ativo deve ser fomentado através de ações capazes de dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder de decisão que têm sobre a própria vida, da promoção de mecanismos adaptativos, de aceitação e de autonomia. Ou seja, para além das condicionantes biológicas, pode-se referenciar conceitos chave deste novo paradigma referente a processos de auto-regulação emocional e motivacional, sendo eles: (i) autonomia, ou seja, o poder de decisão e o controlo individual; (ii) independência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, ou seja a manutenção do mundo externo, essencial na manutenção da vida diária; (iii) expectativa

de vida saudável, traduzida no tempo de vida que o indivíduo espera viver sem precisar de cuidados especiais; e (iv) qualidade de vida, a qual engloba de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa está inserida (Paúl & Ribeiro, 2012).

Numa ótica mais abrangente, a abordagem do envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (Paúl & Ribeiro, 2012).

A designada abordagem, também enfatiza a responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da participação nos vários aspetos que caracterizam o seu dia-a-dia, requerendo ações ao nível de três pilares básicos: saúde, segurança e participação social. O primeiro dos pilares institui-se como um dos aspetos centrais do envelhecimento: a saúde, baseada em diagnósticos médicos ou percebida pelo próprio. O segundo, a segurança, abrange um largo conjunto de questões políticas a nível macro que lançam um olhar crítico sobre o planeamento urbano e os lugares habitados, mas também com foco nos espaços privados e o clima social de não-violência das comunidades. Por fim, o terceiro e último pilar, com principal foco no presente trabalho, a participação social na comunidade em que se está inserido e que deve ser marcada pela relação que se estabelece com os sub-sistemas institucionais, família, grupos de pares, exercício da cidadania. A participação ativa nestes cenários inerentes à vida social do ser humano revela-se o verdadeiro desafio da vida (Paúl & Ribeiro, 2012). Ressalva-se que fatores de natureza individual, como o estado de saúde, podem explicar a deterioração das redes sociais. Inversamente, fatores como a participação associativa e cívica ou a promoção de atividades e de espaços de sociabilidade destinados à terceira idade surgem como impulsionadores das redes sociais. A função destas está intimamente ligada às atividades que as sustentam. Esses fatores contribuem para colocar a terceira idade no espaço público, constituindo instrumentos potenciais das políticas públicas que visam promover um envelhecimento ativo e saudável, assim como a participação dos seniores na sociedade (Cabral & Ferreira, 2014). De referir que a cultura e o género são factores determinantes transversais e filtros de toda a compreensão do fenómeno (Paúl e Ribeiro, 2012).

Como base para uma estratégia de envelhecimento ativo, de modo a que se assegure a compreensão e a consistência, foram propostos sete princípios-chave: (i)

consiste no bem-estar do indivíduo, da sua família, comunidade local, ou sociedade no geral, não devendo preocupar-se somente com questões de emprego ou produtividade, enfatizando o valor do voluntariado; (ii) deve-se envolver todos os grupos de idade nas questões do envelhecimento ativo; (iii) deve-se incluir todas as pessoas idosas, mesmo aquelas que apresentam fragilidade e dependência, tendo-se especial atenção à hipótese de discriminação dos “velhos muito velhos”, existindo somente foco nos “velhos jovens”; (iv) manutenção de solidariedade intergeracional, que deveria ser uma característica fundamental do envelhecimento ativo, significando isto, justiça entre gerações; (v) o conceito deveria incluir tanto direitos como deveres, os direitos à proteção social, educação ao longo da vida (*lifelong learning*), etc, deveriam ser acompanhados de obrigações como tirar partido das oportunidades de educação e de treino, permanecendo ativo de outras formas; (vi) uma estratégia de envelhecimento ativo deveria ser participativa e dar poder aos indivíduos; (vii) por fim o envelhecimento ativo tem de respeitar a diversidade nacional e cultural (OMS, 2005).

Neste sentido, a promulgação de políticas e programas de envelhecimento ativo é necessária para permitir que as pessoas continuem a trabalhar de acordo com as suas capacidades e preferências à medida que envelhecem, de modo a prevenir ou atrasar incapacidades ou doenças crónicas dispendiosas tanto para os indivíduos, como para as famílias e sistemas de saúde e social. Há, portanto, a necessidade de incentivar e proporcionar a responsabilidade pessoal, ambientes agradáveis e solidariedade entre gerações em todas as fases da vida, planeando, preparando e adotando, deste modo, esforços pessoais e práticas ao nível da saúde positiva (OMS, 2005). O discurso atual por detrás desta visão estratégica de envelhecimento ativo é o discurso das Nações Unidas de uma sociedade para todas as idades.

Para um envelhecimento ativo é fundamental que os sistemas de saúde adotem uma perspetiva de ciclo de vida que vise promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso imparcial a cuidados primários de longo prazo e de qualidade. Contrariamente ao estereotipado, viver estilos de vida saudáveis e participar ativamente no cuidado da própria saúde são comportamentos essenciais que nunca é tarde para adoptar, pois funcionam como factores protectores face ao declínio funcional, aumentando a longevidade e a qualidade de vida. No entanto, deve-se evitar uma intervenção demasiado prematura para não afetar a independência e em todas as estratégias políticas, programas e práticas sobre o envelhecimento é necessário ter em conta o nível ético e jurídico inerente (OMS, 2005).

Os desafios associados ao envelhecimento da população são globais, nacionais e locais, pelo que superá-los exige um planeamento inovador e o surgimento de reformas e políticas fundamentais. Atualmente já existe um amplo conjunto de propostas com vista a uma maior compreensão do processo de envelhecimento, bem como a um novo paradigma assente na mudança que visa eliminar discriminações quanto à idade e reconhecer a diversidade e potencialidades das populações mais idosas. Estes planos de ação requerem inovação, cooperação de todos os setores e escolha de políticas planeadas, baseadas em evidência e culturalmente adequadas, uma vez que assim irão capacitar os países a gerir com sucesso a economia de uma população em processo de envelhecimento (OMS, 2005).

É importante não esquecer que o envelhecimento ativo não depende exclusivamente de fatores como a sorte ou o património genético. Depende de cada um, das ações e responsabilidades individuais. Da saúde, mas também dos padrões comportamentais, dos afetos, das amizades e dos contextos de vida, do tempo sócio-económico e histórico que experienciamos, num balanço constante entre os factores da pessoa e do meio, mediados por significados e valores (Paúl e Ribeiro, 2012). Envelhecimento ativo não se refere somente à capacidade de estar fisicamente ativo, mas também à capacidade de a pessoa se manter envolvida nas questões sociais, económicas, espirituais, culturais e cívicas (Vallespir & Morey, 2007).

Segundo Cabral e Ferreira (2014) manter-se ativo pode significar ocupar-se em atividades individuais e coletivas que contribuam para manter o indivíduo saudável e independente. O envelhecimento ativo corresponderia, assim, a um envelhecimento em boas condições de saúde física, mental e emocional, que implicam autonomia, relacionamento com os outros e participação social. Nesta perspetiva, atividades que envolvam o exercício físico ou intelectual, o relacionamento com os outros, e o sentido da utilidade e reconhecimento sociais são consideradas benéficas principalmente quando as pessoas passam da vida ativa à reforma, ou seja, quando entram na zona de risco, não tanto ou não só do envelhecimento mas da inatividade. Será importante referir que o adiamento da inatividade não passa, necessariamente, por um aumento da idade da reforma, mas implica condições que estimulem a pessoa a continuar ativa. É um facto que não poderíamos compreender a reforma fora do processo de envelhecimento, quer por ser frequente considerar-se que a velhice começa com a "passagem à reforma", quer porque o maior ou menor sucesso dessa adaptação decorre da forma como o envelhecimento é experimentado por cada pessoa (Fonseca, 2004). No entanto, será

importante que a transição entre a atividade profissional e a reforma seja uma transição gradual (Cabral & Ferreira, 2014). Uma forma de o indivíduo não sentir uma mudança brusca será através da ocupação dos tempos livres com atividades individuais e/ou coletivas que contribuam para se manter saudável e independente.

Contudo, a ocupação do tempo durante a inatividade, a partilha de sociabilidades, o envolvimento em atividades coletivas ou a prossecução de interesses pessoais dependem, em grande parte, dos condicionalismos cognitivos, sociais, de saúde e motivacionais que se desenvolveram ao longo das biografias pessoais, tendo como pano de fundo enquadramentos geracionais e históricos precisos que estabelecem determinações e condicionam o desenvolvimento dos processos de envelhecimento. Assim será importante que as sociedades se organizem de modo a educarem as pessoas, desde cedo, para hábitos de realização de atividades de ocupação dos tempos livres e de participação social, a par dos hábitos de vida saudáveis, da preparação para a reforma e para o envelhecimento (Cabral & Ferreira, 2014). Fonseca (2004) verificou que as atividades mais selecionadas em termos de ocupação do tempo disponível foram muito variadas entre si, numa combinação entre o aprofundamento de interesses que já antes possuíam e a implementação de novas atividades e de projetos que concretizam, finalmente, sonhos alimentados ao longo de uma vida inteira, sendo elas: viajar, passar mais tempo com a família, desenvolver atividades de lazer (leitura, jardinagem, pintura), frequentar uma instituição de formação, conviver com outros, envolver-se em iniciativas sociais ou aderir a programas de voluntariado. Para Cabral e Ferreira (2014, p.106) as onze ocupações reunidas no fator do envelhecimento ativo são as seguintes: “usar um computador; ir ao cinema/concertos/teatros/museus; ouvir música; ouvir rádio; frequentar ações de formação; praticar desporto; ler; participar em eventos políticos, sindicais ou cívicos; passear; conviver com amigos; realizar uma atividade artística”.

Em suma, a "passagem à reforma" será para muitas pessoas, uma oportunidade única para "pôr a casa em ordem", ou seja, para assumir verdadeiramente aquilo a que dá mais valor, e para tirar reais vantagens do tempo que passam a ter. Dito isto, a passagem à reforma poderá ser um momento para a aposta no estabelecimento de relações mais próximas com os outros e na realização de actividades que proporcionem bem-estar e prazer. Trata-se, como é óbvio, de uma postura que reflecte uma atitude positiva e que encara a "passagem à reforma" como uma nova etapa no ciclo de vida, onde é imprescindível que a vida quotidiana ganhe um sentido próprio, claramente "para além" da reforma (Fonseca, 2004).

Em suma, o envelhecimento ativo convida a reformular a articulação entre a atividade e a reforma, entre o trabalho e a saúde, entre a participação e a exclusão. Enfim, convida a que se caminhe para uma sociedade sem discriminações em torno da idade (Cabral & Ferreira, 2014), pelo que deverá ser considerado numa perspetiva de curso de vida, em que envelhecer não se inicia algures num ponto específico, como por exemplo a partir da idade da reforma (Paúl & Ribeiro, 2012).

2. Suporte social e envelhecimento humano

2.1 Principais quadros teóricos e conceitos nucleares

O conceito de suporte social é heterogêneo e multifacetado, face à existência de diferentes abordagens. As primeiras investigações desenvolvidas foram levadas a cabo pela psicologia comunitária e pela psicologia infantil especialmente ligada à vinculação, realizados no âmbito da epidemiologia (Pinheiro, 2003). Ao longo dos anos, foram desenvolvidas teorias, modelos, instrumentos de avaliação do suporte social e das suas envolventes. Cada uma destas áreas estudou o suporte social com o objetivo de evidenciar o efeito que o mesmo tem na vida dos indivíduos, construindo deste modo modelos que permitiram o melhor entendimento, nomeadamente sobre o modo como atua e potencia o funcionamento intra e interindividual.

As origens históricas do conceito de suporte social remontam aos anos 70 por Cassel (1976), salientando a importância dos processos psicossociais na compreensão de algumas doenças, principalmente as relacionadas com o stress e também o seu efeito protetor no que respeita ao esbatimento dos efeitos adversos resultantes da exposição aos fatores de stress. Um ambiente social em geral benéfico e a presença de membros significativos em particular são tidos em conta como fatores que diminuem a vulnerabilidade à doença.

Concomitantemente, também Caplan (1974, como citado em Pinheiro, 2003) apontou três importantes ações de assistência associadas à presença de suporte social, que se convertem em ganhos para o indivíduo recetor. A primeira refere-se ao incentivo de utilização de recursos individuais, essencialmente psicológicos e emocionais, e ao reforço das capacidades para lidar com variadas situações adversas ou de stresse. A segunda refere-se a uma forma de assistência que consiste na partilha de tarefas e responsabilidades que são de extrema importância para o indivíduo, que podem ser de diferentes graus de complexidade e que lhe conferem a existência de atenção, proteção e preocupação por parte da entidade que presta suporte. A terceira respeita a uma função suplementar do sistema social que possibilita uma fonte adicional de recursos externos do indivíduo, podendo provisionar orientação, informações, bens ou até mesmo treinar aptidões, ajudando o indivíduo recetor a lidar com situações adversas.

Cobb (1976, como citado em Pinheiro, 2003) introduziu o termo (social support) no léxico científico, tendo elaborado uma definição que excluía o aspeto tangível e o

fornecimento de recursos, considerando ser uma perspectiva médica. Este refere o suporte social como um fator protetor em situações de crise, referindo-se também a um certo efeito positivo na recuperação da doença. No seu ponto de vista, de um modo geral, o indivíduo percebe a relação que possui com os outros, considerando ter suporte social se tiver o sentimento de que é estimado e valorizado. O sentimento de pertença a uma rede social assenta na reciprocidade. Cobb (1979, como citado em Pinheiro, 2003) descreve três formas adicionais de suporte não emocional: (1) “*instrumental support*; (2) *counseling, active support*; (3) *mothering material support, goods and services*” (p.194) lançando assim elementos que viriam a contribuir para o conceito multifacetado do suporte social.

House (1981, como citado em Pinheiro, 2003) sugere que o termo suporte social se refere uma transação interpessoal que envolva um ou mais dos seguintes aspetos: apoio emocional, informação acerca do meio, *feedback* acerca de si.

Da convergência de ideias destes primeiros autores, ficou estabelecido o pressuposto do efeito do suporte social como fator protetor e de diluição do impacto de situações adversas, quer do ponto de vista físico, quer psicológico.

No mesmo período histórico, Weiss (1974, como citado em Pinheiro, 2003) enumera seis provisões sociais (*social provisions*), que são dimensões ou funções possíveis das relações interpessoais, podendo funcionar como benefícios, desde que os indivíduos as interpretem como disponíveis nas relações. São elas: (1) vinculação (*attachment*) ou seja, a existência de um sentido de proximidade emocional e de segurança fornecido nas relações interpessoais; (2) integração social (*social integration*) que significa o sentido de pertença a um grupo que partilha os mesmos interesses; (3) reforço do valor (*reassurance of worth*) que representa o reconhecimento dos outros em relação à nossa própria competência, aptidões e valores; (4) aliança (*reliable alliance*) que se traduz na garantia ou certeza de que se pode contar com os outros na resolução de problemas; (5) orientação (*guidance*) que se refere a uma função de aconselhamento; e por último; (6) a oportunidade de cuidar (*opportunity for nurturance*), que se traduz no sentido de responsabilidade pelo bem-estar de outra pessoa. Em suma, na perspectiva de Weiss (1974) o suporte social consiste numa apreciação subjetiva das características referidas.

A importância dada ao suporte social pela Psicologia Comunitária cresceu nos anos 70, mostrando que o suporte emocional fornecido por diversos profissionais de saúde e outros, era benéfico para a saúde, pois pessoas que não possuem suporte estão

mais vulneráveis à doença, resultando na criação de instituições de apoio para essas mesmas pessoas (Pinheiro, 2003).

Também a Psicologia do Desenvolvimento investigou o suporte social. A teoria de Bowlby (1969, 1980) considerou o suporte social como uma variável importantíssima na personalidade, pela influência que preconiza, nomeadamente na construção das relações mais precoces. Ainda segundo Bowlby (1973) e Ainsworth (1978) as pessoas que experienciam relacionamentos pouco vinculativos na infância tendem a temer e a ter menos figuras de vinculação ao longo do seu desenvolvimento ou podem inclusivamente resistir a receber suporte social, sobretudo de natureza emocional. Também Ptacek (1996) refere que o processo de vinculação interfere quer no suporte social, quer nos mecanismos de *coping* para lidar com problemas. Esta relação entre suporte social e vinculação foi investigada por diferentes autores, parecendo desde criança existir a necessidade de estabelecer relações e de se sentir integrado. Sarason, Pierce e Sarason (1990) e Sarason e colaboradores (1991) verificaram que as primeiras relações de vinculação na criança estão directamente relacionadas com o sentido de ser aceite e amado a partir da adolescência. Assim, o suporte social no adulto será a manifestação do padrão de vinculação da criança. Neste sentido, segundo esta perspectiva existe uma relação entre a procura de integração num grupo e o suporte emocional que este poderá proporcionar, sentimentos de bem-estar, amor e autoestima, influenciando o padrão de vinculação da criança que mais tarde manifestar-se-á na rede de suporte social que irá desenvolver. Esta linha de investigação que inicialmente incide na infância, progressivamente avançou para a adolescência e idade adulta, considerando essencialmente as relações interpessoais (Pinheiro, 2003).

Percebe-se assim, através destas três linhas teóricas que ao longo dos anos o conceito de suporte social tem vindo a ser explorado na investigação, mas para além delas existem também três perspectivas distintas: (1) perspectiva pragmática, (2) perspectiva moral e (3) perspectiva teórica. Estas perspectivas demonstram os diferentes níveis em que este conceito pode ser analisado, evidenciando desde logo a multidimensionalidade do mesmo.

A perspectiva pragmática trata o suporte social em diferentes níveis, como a saúde, o desempenho individual face a situações de exigência e tenta perceber a capacidade do indivíduo em lidar com mudanças/transições de vida. Segundo Burleson, Albrecht, Goldsmith & Sarason (1994), as interações desencadeadas pelos membros que asseguram o suporte podem interferir (positiva ou negativamente) no modo como os

indivíduos lidam com problemas de saúde e com a sua recuperação, assim como também no modo como encaram problemas diários, mudanças na sua vida e perdas, na relação consigo mesmo, e por fim, na forma como percebem a sua qualidade de vida (Pinheiro, 2003).

A perspectiva moral estuda particularmente a representação do suporte social que é o apoio prestado ao indivíduo. Segundo Pinheiro (2003), o estudo do suporte social pode ser entendido como o “desenvolvimento de uma autonomia moral, no sentido de possibilitar aos indivíduos a distinção entre o certo e o errado, o correto e o incorreto, o que beneficia ou prejudica o bem-estar dos outros” (p. 204). Se a ação de suporte for desenvolvida gratuitamente e sem segundas intenções, ou seja de uma forma altruísta, o suporte social poderá ter, sem dúvida, um fundamento moral (Barbee, 1990; Elster, 1990, como citado em Pinheiro, 2003).

Por último, a perspectiva teórica do suporte social argumenta, essencialmente, que o suporte social tem um elevado interesse teórico que deve ser estudado pois, tal como enuncia Burleson, Albrecht e Goldsmith (1993), é um factor influente na saúde individual e é uma forma importante de interação humana, considerada pelos autores como básica e perseverante. As primeiras relações de vinculação e o estudo das redes de suporte na infância e da sua relação com as experiências de adaptação a novas situações são frisadas como sendo cruciais no constructo teórico do suporte social. Pinheiro (2003) refere que “desde cedo se percebeu que as interações de suporte contribuíam de forma crucial para a formação e manutenção de diferentes tipos de relacionamentos interpessoais, desde as relações formais de trabalho, às relações de grande intimidade, passando pelas relações terapêuticas e de ajuda, ou pelas relações de companheirismo e amizade” (p.205).

Para além das diferentes linhas teóricas que abordam o suporte social e das diferentes perspectivas, Tardy (1985) apresenta um conjunto de cinco dimensões, considerando a definição das mesmas como uma hipótese para o esclarecimento da abordagem e definição utilizada por cada autor. As dimensões apresentadas pelo autor são: (1) direção do conceito, ou seja o suporte dado ou recebido; (2) disposição, entendida como a disponibilidade e a utilização de determinado recurso; (3) descrição do suporte e avaliação da satisfação com o mesmo; (4) conteúdo, sendo a discriminação daquilo que é ou não suporte; e, por último, (5) rede, isto é, os sistemas sociais fornecedores de suporte, mais concretamente, quem fornece suporte. A primeira refere-se ao suporte e à consideração do mesmo segundo um determinado lado, ou seja, se

estamos a olhar do lado de quem presta apoio ou do lado de quem o recebe. A segunda dimensão mencionada pelo autor refere-se à variação entre o suporte que se encontra disponível e a procura e utilização do mesmo por parte do indivíduo. A terceira dimensão prende-se com o tipo de suporte prestado ou pedido e a satisfação com o mesmo suporte, nesta dimensão é fundamental analisar a perceção de quem recebe o suporte, no sentido de se perceber como se sente em relação ao mesmo e o seu nível de satisfação. A quarta dimensão pretende perceber aquilo que é ou não considerado como suporte para determinado indivíduo. Por fim, a quinta dimensão recai sobre os potenciais grupos prestadores de suporte e a rede de suporte social de cada indivíduo. Deste modo, segundo este autor, a descrição de todas estas dimensões esclarecerá a direção que cada autor pretende dar ao suporte social.

Para além destes aspetos vinculados à evolução e conceptualização do suporte social, é importante referir também as diferentes funções que o suporte social pode assumir no funcionamento humano e as hipóteses relativas ao efeito benéfico/protetor do mesmo na vida de cada indivíduo. As diferentes dimensões de análise reveladas nos estudos desenvolvidos neste âmbito evidenciam a presença da multidisciplinariedade deste conceito. A diversidade de funções, as envolventes que integram o suporte social fazem com que exista um maior esforço de análise científica, nomeadamente quando pretendemos avaliar este conceito. Pinheiro (2003) refere mesmo que este facto deve-se essencialmente à origem de várias ciências, justificando a multidisciplinaridade do suporte social, verificando-se deste modo a necessidade de distinguir os seus componentes e funções.

Com os estudos nos mais diferentes âmbitos sobre a influência do suporte social, começa-se a perceber que várias linhas se cruzam, havendo necessidade de uma investigação mais abrangente. Sarason, Sarason e Pierce (1990) referenciam mesmo que é necessário compreender os processos sociais, psicológicos e biológicos quando relacionamos o efeito do suporte social com a saúde. Os mesmos autores analisam também o facto da perceção do suporte social revelar um efeito protetor face a situações de stress, o que se designa por *buffer hypothesis*. Cohn e Syme (1985) definem a *buffer hypothesis* como um suporte que protege as pessoas e influencia acontecimentos stressantes com o intuito de os minimizar. Contudo, os autores consideram que os recursos sociais possuem um efeito benéfico, independentemente de se encontrarem ou não sob efeito de stress. Referem também que as relações interpessoais podem ter efeitos positivos ou negativos a nível fisiológico (por exemplo, certos relacionamentos

podem encorajar ou desencorajar comportamentos relacionados com a saúde), a nível psicológico (por exemplo, dando sentido a certos acontecimentos de vida) e social (por exemplo, fazendo com que aumentem os contactos com pessoas que tiveram as mesmas experiências de vida, positivas ou negativas) (Pinheiro, 2003).

No que respeita aos efeitos na saúde, Cohen e Syme (1985) estudaram o efeito do suporte social na doença e na sua recuperação e verificaram efeitos positivos quer na manutenção, quer na recuperação de algumas doenças. Percebendo que, indiretamente o suporte social, através da promoção de sentimentos positivos e da melhoria da auto-estima, poderá ter efeito no sistema imunológico o que protege da doença, assim como a recuperação rápida de doenças. Ou seja, não restam dúvidas de que, através do apoio e da relação com os membros da rede de suporte social os indivíduos parecem mudar a sua atitude, por vezes, encorajando-a, verificando-se deste modo melhorias neste âmbito.

Identicamente ao nível do apoio psicológico, o suporte social parece revelar efeito *buffer*, nomeadamente em relação ao stress. Colocando a hipótese que o apoio de determinados indivíduos em situações que envolvam algum stress pode atenuar ou até mudar a situação em si, como por exemplo, ajudar um amigo a ver um problema de uma forma diferente, amenizando a angústia e o stress (Thoits, 1986). Como referem Antonucci, Birditt e Akiyama (2009), os principais acontecimentos geradores de stress, podem passar pela mudança de habitação, a morte de um familiar, acontecimentos, aborrecimentos diários, entre outros. Um aspeto extremamente importante relativamente ao stress é que “através do reforço da auto-estima e um senso de controlo sobre o ambiente, o apoio social contribui para gerar experiências emocionais positivas, reduzindo assim os efeitos negativos do stress” (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981, como citado em Zimet, 1988, p.31). Assim, pode-se constatar que a falta de suporte social ou a inexistência de uma rede segura de suporte social, que tranquilize o indivíduo, poderá ser prejudicial para as pessoas que estejam a sofrer de depressão e ansiedade. Por outro lado, a maioria dos estudos apontam para a revelação do suporte social percebido como muito benéfico, mais ainda que o suporte social em si mesmo (ex., Brandt & Weinert, 1981; Sarason et al, 1985; Wilcox, 1981). Outros autores como Cohen e Wills (1985) referem mesmo que o apoio social está relacionado com mecanismos que tem efeitos na saúde mental e nos resultados de doenças físicas graves, no entanto, devem ser esclarecidas. A nível geral, pode-se assumir que a falta de

relações sociais positivas leva a estados psicológicos negativos, como a ansiedade ou depressão.

Relativamente à dimensão social parecem também existir evidências de que o suporte social tem um efeito positivo no indivíduo. Para Cohen e Wills (1985) um efeito benéfico generalizado do apoio social pode ocorrer porque, alargadas redes sociais fornecem às pessoas experiências positivas regulares e um conjunto de funções estáveis socialmente recompensadas na comunidade. Assim, este apoio favorece sentimentos de bem-estar de uma maneira geral, afeto positivo, assegurando uma sensação de estabilidade e previsibilidade na vida, promovendo a autoestima e fomentando a integração no contexto social.

Para Cohen (1988), suporte social é definido como a informação que leva o sujeito a acreditar que é amado, estimado, e que tem valor, pertencendo a uma rede de comunicações e obrigações recíprocas.

Em síntese, o suporte social mostra ser um fator benéfico na vida dos indivíduos evidenciando-se como *buffer* em determinadas circunstâncias já analisadas, como é o caso do stress. Para além destas vantagens, o suporte social tende a fazer aumentar a auto-estima, o humor positivo, e a visão favorável da vida, e a fazer diminuir, ou mesmo evitar/prevenir, sintomas de ansiedade e de outras doenças, independentemente dos acontecimentos de vida stressantes (Pinheiro, 2003).

De uma maneira geral, o suporte social é um aspeto extremamente importante para os indivíduos, para além do efeito *buffer* evidenciado em situações de stress, as relações com família, amigos ou até mesmo vizinhos, podem ser decisivas no bem-estar dos idosos (Pinheiro, 2003). Autores como Hooyman e Kiyak (2011) afirmam mesmo que famílias, amigos, vizinhos e conhecidos podem ser poderosos apoios para algumas das consequências sociais negativas do processo de envelhecimento. Os idosos podem recorrer a estas redes informais como uma fonte de apoio social que pode ser informativo, emocional ou instrumental (ex., ajuda com as tarefas da vida diária). Os mesmos autores destacam também os benefícios que, de uma maneira geral, o suporte social pode exercer sobre o indivíduo. Assim, apontam o bem-estar físico e mental, considerando neste ponto o aumento da motivação e da autoconfiança, diminuindo desta forma a hipótese de depressão; sentimentos de controlo pessoal, de autonomia e de competência no indivíduo; promoção de um envelhecimento ativo e a resiliência de uma maneira geral; efeito positivo na vivência de acontecimentos potencialmente stressantes,

como é o caso da viuvez e do luto; e, por último, redução da deficiência e do risco de mortalidade.

Ressalvar a importância do suporte social na velhice é um primeiro passo para assegurar o bem-estar e a qualidade de vida de cada idoso. Paúl e Ribeiro (2001) referem que cada vez mais a investigação deverá ter em conta os efeitos das redes de suporte social, na saúde, mortalidade, mas também no bem-estar psicológico e na satisfação com a vida. Para além do mais sublinha-se que “para a franja dos idosos com incapacidades, a existência de redes sociais de apoio tem ainda um papel fundamental (sobretudo instrumental) na manutenção dos idosos na comunidade, abrindo ainda uma extensa área de investigação sobre o cuidado e os cuidadores de idosos” (Paúl, 2001, p. 278). Salienta-se que diversos autores já têm investigado o efeito do suporte social nos idosos (ex., Antonucci & Akiyama, 1987; Antonucci, 2004; Carstensen., 2000; Neri, 2005), abordando fundamentalmente o potencial do suporte social em manter bons níveis de saúde, bem-estar e independência dos idosos. Kahn e Antonucci (1980) referem inclusivamente que os estudos que procuram estes efeitos chegam maioritariamente a resultados similares no papel fulcral das redes de suporte social na velhice como moderadores nas relações de stress e o bem-estar, assim como a satisfação com a vida. Estes têm sido os principais fatores que levam a salientar a relevância do suporte social nos idosos. Dito isto, será elementar avançar na investigação, com a preocupação de avaliar o suporte social, permitindo assim delinear estratégias para os idosos que com uma rede de suporte social mais enfraquecida.

Por rede social, entende-se um conjunto de pessoas com as quais um indivíduo mantém contacto e que de algum modo pode ou não oferecer ajuda (Roth 1989, como citado em Pinto, Garcia, Bocchi, & Carvalhaes, 2006), distinto portanto do suporte social, que integra a qualidade das interações e o modo como estas são avaliadas pelo indivíduo recetor. Suporte social parece relacionar-se mais especificamente com os recursos que são postos à disposição e pode ser medido através da perceção individual do grau com que as relações correspondem a determinadas funções (apoio emocional, material, afetivo). Assim, o suporte social parece ser uma das funções da rede social.

No que respeita aos elementos pertencentes à rede de suporte social dos indivíduos, Hooyman e Kiyak (2011) referem algumas relações possíveis de suporte com elementos pertencentes à rede familiar e não-familiar, caracterizando as mesmas. Relativamente à família, os autores destacam essencialmente o facto da maioria dos idosos viver em ambiente familiar, seja com um parceiro, filho, irmão, etc. Contudo, com a ocorrência

da morte do cônjuge e/ou cuidador, a saudade de ter uma companhia e as reduzidas condições económicas ou ao declínio da saúde, podem criar-se condições que leva os idosos a fazerem uma mudança de residência. Assim, alguns persistem em manter-se em suas casas, passando desta forma a viver sozinhos necessitando contudo de um redobrado cuidado por parte dos familiares. Os autores, em relação à proximidade entre os familiares íntimos, neste caso os filhos, enumeram um conjunto de fatores: (1) estatuto de saúde; (2) idade; (3) estatuto socioeconómico; e (3) estado civil. Assim, quando existe um declínio em termos de saúde os idosos tendem a aproximar-se dos seus filhos, assim como quando a idade é acima dos 80 anos. Por outro lado, quando os pais pertencem a uma classe social mais alta, a distância dos filhos aumenta, assim como nos casos em que o idoso volta a casar com outro cônjuge que não seja o seu pai ou a sua mãe.

Para além destas relações familiares entre pais e filhos existem outras características relacionadas com a estrutura familiar que podem interferir no suporte social do indivíduo, mais especificamente nos elementos que constituem a sua rede. Características ou, então, opções de vida como não ter filhos, não ter casado, nem possuir um companheiro são aspetos fundamentais na dinâmica do suporte social.

Contudo, Hooyman e Kiyak (2011) comentam que o facto de os idosos terem filhos não significa que os mesmo tenham suporte garantido e/ou adequado na sua velhice. Porém, os autores evidenciaram que “idosos sem filhos têm falta do sistema de suporte natural de filhos e netos, estes, tendem a ter redes sociais menores e são menos integrados socialmente” (p. 356). Por conseguinte, estes idosos mantêm as suas atividades, encontrando outros elementos que possam substituir este suporte. Quando aparecem problemas relacionados com a saúde, estes tendem a recorrer aos seus cônjuges/parceiros e nos casos do idoso também não o ter ou o mesmo não se encontrar em condições para lhe prestar determinado suporte, tendem a recorrer sequencialmente a sobrinhos e sobrinhas, e por último aos amigos. No entanto, existem outras relações que, no caso de não existirem familiares próximos nomeadamente cônjuges e filhos, se formam e revelam ter uma importância tão significativa como se de familiares se tratassem. Estas fortes relações sem elo familiar acontecem mais frequentemente com mulheres, criando uma espécie de “irmandade” entre o idoso e outra pessoa com quem estabeleceu esta ligação. Contudo, embora este facto seja uma mais-valia para o bem-estar emocional do idoso, pode levantar outro tipo de questões a nível de cuidado pois “podem não querer que essas relações sejam uma fonte de cuidado, temendo a mutua

dependência do voluntário” (Wu & Pollard, 1998, como citado em Hooyman & Kiyak, 2011, p.357). O surgimento de vários casos de idosos sem filhos e/ou sem parceiro provavelmente aumentará a procura de apoios de caráter formal, entre outros mecanismos que salvaguardem o idoso no futuro.

Destaca-se que as relações dos idosos com os seus irmãos e outros parentes também podem ser uma mais-valia no apoio do idoso na sua vida diária. Os irmãos estabelecem um elo que normalmente é sustentado até ao final da vida. Connidis (2001) refere que normalmente o estabelecimento de contacto regular com irmãos parte mais frequentemente das irmãs do que dos irmãos. Porém, o autor refere que normalmente este contacto tende a ser efetuado com indivíduos do mesmo género, ou seja irmãos com irmãos e irmãs com irmãs. Esta relação com os irmãos é extremamente importante e saudável pois é caracterizada por uma história igualitária e partilhada, gerando sentimentos de proximidade e carinho, especialmente entre irmãs (Hooyman & Kiyak, 2011). Para Lu (2007), os irmãos têm um papel fundamental no apoio psicológico, principalmente nos casos em que o idoso não tem filhos nem parceiro, contudo relativamente ao suporte instrumental este tende a diminuir com o avançar da idade. Os irmãos não são normalmente cuidadores entre si, contudo são elementos fundamentais no apoio emocional. A morte de um irmão poderá ser também um motivo de vulnerabilidade e de depressão (Cicirelli, 2009). No que se refere a outros parentes, não tão próximos como os já referidos, parecem ocorrer apenas se a proximidade geográfica assim o permitir (Hooyman & Kiyak, 2011).

Por último, serão abordadas outras relações essenciais, não só nos casos de as anteriormente referidas não se articularem em plenitude, mas também por serem ferramentas imprescindíveis no suporte social em idosos, são elas as relações com amigos e vizinhos. O número de pessoas a viverem sós tem vindo a aumentar consideravelmente desde 1970 e normalmente a tendência característica desses idosos é ser do género feminino, terem baixas condições económicas e viverem em ambientes rurais (Hooyman & Kiyak, 2011). Quando são os homens a viverem sozinhos, mostram ser indivíduos mais vulneráveis e com necessidades de apoio social e maiores problemas de saúde que por norma os leva a integrar outros tipos de estruturas residenciais especializadas, como é o caso dos lares (Federal Interagency Forum on Aging, 2008). Deste modo, os apoios proporcionados pelos amigos e familiares são importantes e auxiliam os idosos a sentirem-se mais seguros.

Hooyman e Kiyak (2011) referem que as relações de amizade com o tempo tendem a diminuir, contudo os idosos mantêm pelo menos um amigo íntimo a que recorrem em situações de emergência. Baker (2002) e Davidson (2006) sustentam que mesmo existindo redes familiares próximas, os idosos podem recorrer primeiramente a amigos e vizinhos por considerarem que estas trocas de amizade são voluntárias e recíprocas. Os idosos tendem cada vez mais a não deixar os seus lares para morar com familiares, como os filhos, tendo deste modo de depositar essa confiança em amigos para manter o seu bem-estar, contudo, noutros casos “algumas redes de amizade pode até expandirem-se e tornarem-se mais fluídas na velhice, como quando um idoso se desloca para uma comunidade de aposentados ou se torna mais envolvido em atividades cívicas” (Hooyman & Kiyak, 2011, p. 370). Aqui também se percebe a importância de estabelecer ligações ativas na comunidade de forma a fomentar as relações de suporte.

Em suma, os amigos e vizinhos, segundo Hooyman e Kiyak (2011), são elementos fundamentais para prestar apoio quer de carácter emocional, nomeadamente com conversas frequentes com o idoso, quer de carácter instrumental, como verificar se está tudo bem e se precisam de ajuda, ajudar em algum tipo de transporte e fazer recados.

Depois de analisadas as funções, principais efeitos do suporte social, e possíveis elementos da rede informal, serão de seguida analisadas as dimensões e tipologias do suporte social.

Ressalva-se que um dos aspetos mais importantes na relação do suporte social é o balanço entre aquilo que o indivíduo antecipa receber (suporte social percebido) e aquilo que realmente recebe (suporte social recebido). Vários autores fazem esta distinção, como é o caso de Cramer, Henderson e Scott (1997 como citado em Ribeiro, 1999, p. 547-548), referindo que o suporte social percebido é o “suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele” e o suporte social recebido é “o suporte social que foi recebido por alguém”. Schwarzer, Knoll e Rieckmann (2003, p. 3) também definem estes dois conceitos, assumindo que o suporte social percebido será “antecipar ajuda em tempo de necessidade e o Suporte social recebido será a ajuda assegurada num dado período de tempo”. Este aspeto é fundamental essencialmente no que se refere ao suporte social percebido, pois, por vezes, o mesmo não coincide com aquele que é efetivamente recebido, podendo criar situações de desproteção ao indivíduo. Pinheiro (2003, p. 214) assume mesmo que “o suporte social só produzirá efeitos positivos se for percecionado como disponível no sistema relacional do indivíduo”. Como resultado, e em relação a este assunto, vários autores continuam a

investigar no sentido de perceber a importância da extensão da rede de suporte, do número de membros que pertencem ao agregado familiar e dos que são amigos e, por fim, a frequência de contacto. Este é outro aspeto fundamental na avaliação do suporte social de forma a poder-se entender até que ponto existe um contacto frequente com aqueles que os idosos identificam como membros da rede e, por outro lado, quem é a sua rede, como é constituída, qual é a sua dimensão, podendo dar-nos alguns indicadores do nível de integração na Sociedade.

Quando falamos de suporte social parece, então, claro que a questão central passa por “acreditar que temos relacionamentos interpessoais com pessoas que se interessam por nós e que tentarão ajudar-nos, se e quando necessitarmos, pode ser a chave da eficácia do suporte social na promoção da saúde, está vista não só como a ausência de doença mas também como a presença do bem-estar físico, psicológico e social” (Pinheiro, 2003, p. 220). Parece evidente que, a perceção de suporte social dará ao indivíduo uma segurança e confiança diferente para organizar a sua vida e sentir-se bem com ela, mesmo pensando no futuro. Quando os indivíduos não se conseguem sentir confiantes relativamente à sua rede de suporte social, não conseguindo ter a ideia que, em momento de necessidade, serão apoiados, surgem sentimentos de insegurança e receio face a revelar tudo aquilo que se possa revelar como um entrave/obstáculo na sua vida. Nesta linha, Valla (1999) refere que quando o suporte social regride, o sistema de defesa é lesado, levando a que o indivíduo se torne mais suscetível à doença. Em ocasiões em que o indivíduo se encontra frágil, o suporte social funciona no sentido de manter equilibrada a saúde das pessoas, pela função de mediação que representa.

Os tipos de suporte prestado também são discutidos na literatura sendo distintas as classificações apresentadas. Na opinião de uns, o suporte social divide-se em: (1) instrumental; (2) tangível; (3) informativo; e (4) emocional (Schwarzer, Knoll, & Rieckmann, 2003). O primeiro tipo, o instrumental, refere-se à ajuda prestada face a um problema; o segundo tipo de suporte, o apoio tangível, é tido como a doação de determinado bem material; o terceiro, o suporte informativo, representa a ajuda na linha do esclarecimento e aconselhamento, e por fim o quarto, o suporte emocional, tem a ver com assegurar, dar garantia e confiança a nível emocional. Embora exponham estes quatro tipos de apoio, Schwarzer e colaboradores (2003) sugerem que poderão ser acrescentados outros a esta lista. Ainda sobre as funções do suporte social destacamos também Paúl (2001) que identifica três funções distintas: (1) integração social, onde é considerado o nível de contacto com os demais; (2) apoio recebido, onde é considerada

efetivamente a ajuda que foi prestada e; por último (3) apoio percebido, que por vezes varia substancialmente em relação ao realmente proporcionado. Estes três tipos de funções no suporte social estão intimamente relacionadas, sendo visíveis em todas as redes de suporte social. Salienta-se que a autora usa invariavelmente o conceito de apoio social e de suporte social, considerando-os sinónimos.

Paúl (1997) refere dois tipos de apoio que pode ser proporcionado pelas redes de suporte social: (1) apoio formal e (2) apoio informal. Por apoio formal entende-se um apoio requerido pelo indivíduo ou alguém próximo ao mesmo a um serviço pago, normalmente prestado por entidades estatais ou de segurança social (Fontinha, 2010). Estes serviços podem ser públicos ou privados, sendo os serviços mais frequentes no caso das pessoas mais velhas os lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia e de noite entre outros tipos de serviços prestados por profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) e do social (assistentes sociais, gerontólogos sociais) entre os demais profissionais. O apoio informal é normalmente proporcionado por familiares, amigos, vizinhos entre outros grupos sociais que poderão estar ligados à igreja ou a outro tipo de associações que proporcionam apoio nas mais diferentes atividades do dia-a-dia mediante os diversos acontecimentos de vida.

O suporte social tem sido associado ao bem-estar individual. Na literatura é possível verificar os mais distintos domínios em que o suporte social se encontra envolvido, contudo Dunst e Trivette (1990) apresentaram um conjunto de dimensões/componentes que parecem essenciais para o bem-estar e se definem quanto à sua *constituição, relação, funcionalidade, estrutura e satisfação*. O componente *constituição* refere-se à congruência entre o suporte solicitado e o suporte realmente necessário. O componente *relacional* refere-se ao estatuto profissional e familiar, à participação em organizações de carácter social e à dimensão da rede de suporte social. O componente *funcional* considera o suporte existente, o tipo de suporte, assim como a qualidade e quantidade de suporte. O componente *estrutural* refere-se à proximidade física e psicológica, o nível relacional, a frequência de contacto a reciprocidade e consistência. Por fim, o componente da *satisfação* refere-se ao agrado ou desagrado do suporte prestado face às necessidades. Todas estas dimensões são importantes na avaliação geral do bem-estar e também na confiança que a pessoa tem no suporte que a sua rede poderá proporcionar se assim for necessário.

Existem cada vez mais estudos que consideram que o suporte social é um indicador fundamental para um envelhecimento bem-sucedido e para a qualidade de vida. Paúl,

Fonseca, Martín e Amado (2005) constataam que variáveis de saúde e redes de suporte social têm uma enorme importância quando se fala de qualidade de vida. As redes sociais, tal como referem Schwarzer e colaboradores (2003), são um dos aspetos fulcrais que sustentam a integração e o apoio social. A rede de suporte do indivíduo poderá ser uma estrutura na vida da pessoa, uma base constante que salvaguarda as suas necessidades, uma base a que pode recorrer se necessitar de auxílio.

Por outro lado, a satisfação dos idosos e a perceção de apoio da sua rede de suporte é um aspeto muito importante e benéfico no dia-a-dia. “O papel das redes sociais no processo de envelhecimento refere-se ao seu efeito protetor de evitar o stress ou o efeito “almofada” que amortece o efeito do stress associado ao envelhecimento”. Contudo, é de notar que nem todo o tipo de apoio das redes de suporte tem o mesmo efeito. A rede de suporte ou apoio informal “produz efeitos na qualidade de vida dos idosos, sendo potencialmente mais positivo o efeito das redes de suporte de amigos e vizinhos (Paúl, 2005, p. 278-279).

As redes de suporte social podem sofrer diversas alterações devido aos mais variados acontecimentos de vida. Entre eles poderemos destacar a reforma e o conseqüente afastamento dos colegas de trabalho, a morte de membros da rede, principalmente o cônjuge, o grau de dependência física e psicológica que pode inviabilizar o contacto assíduo com os membros da rede social. Lopes (2004) refere em relação à viuvez, que para além da perda de uma pessoa próxima, este facto desencadeia um conjunto de outras alterações, nomeadamente no que se refere aos laços emocionais profundos. Neto (1999, como citado em Lopes, 2004) refere mesmo que quando a principal companhia das atividades diárias já não está presente, há uma frustração no preenchimento das necessidades sexuais e, sobretudo no caso das mulheres, ocorre com frequência uma perda económica.

As alterações na família tradicional são também um dos atuais problemas, os idosos tendem a ficar cada vez mais em segundo plano. Os familiares muitas vezes ocupados com a atividade profissional e o cuidado dos seus próprios filhos nem sempre cuidam dos seus familiares idosos. Quando isto acontece, o papel de suporte é transferido para outros familiares, amigos e até mesmo vizinhos. Por conseguinte, cada vez mais se tenta substituir estes grupos de suporte por serviços formais, contudo a grande maioria destes serviços asseguram essencialmente os cuidados físicos (cuidados instrumentais), ficando o apoio emocional/psicológico a descoberto.

Assim, torna-se importante existir uma preocupação crescente de avaliar como as pessoas percebem a sua rede social e verificar se a mesma é capaz de assegurar a satisfação das necessidades da pessoa, bem como de que forma o funcionamento da rede de suporte influencia o processo de envelhecimento. Esta preocupação deve estar presente nas comunidades e deve direcionar-se particularmente para aqueles que vivem sós nas suas casas. Em suma um suporte social coeso poderá ser preditor de um envelhecimento ativo.

2.2. Investigação no âmbito do suporte social com pessoas mais velhas

O suporte social tem sido alvo de diferentes estudos, o interesse dos investigadores tem surgido na procura de variáveis produtoras da qualidade e tipo de suporte e dos benefícios da percepção de uma rede forte e segura na vida de cada indivíduo. Lopes (2004) desenvolveu uma investigação em dois meios distintos, o meio rural e o meio urbano, comparando a qualidade de vida e o suporte social em cada um dos meios. Esta investigação conta com uma amostra de 118 indivíduos, sendo que 60 viviam no meio rural e 58 no meio urbano. Para avaliar o suporte social, foi utilizada a Escala de Satisfação de Suporte Social (Ribeiro, 1999). Relativamente aos resultados foram encontradas diferenças estatísticas significativas nas dimensões satisfação com as amizades e satisfação com a família, comparando estes dois meios, sendo que a satisfação com as amizades mostrou-se mais evidente na amostra rural. Relativamente ao suporte social e à qualidade de vida verificou-se uma correlação positiva, excetuando uma dimensão no suporte social (atividades sociais) e duas referentes à qualidade de vida (papel emocional e dor física).

Paúl e colaboradores (2005), num estudo similar, sobre as condições psicológicas numa comunidade rural e numa comunidade urbana, encontraram algumas diferenças entre os grupos. As diferenças foram significativas no que se refere ao processo de envelhecimento, mais concretamente a aceitação e adaptação, variando em função do meio. Os idosos de meio rural tinham uma rede mais alargada de familiares e de amigos e uma rede reduzida de confidentes. Para os autores, o interior de Portugal é uma zona nitidamente rural e envelhecida, onde se verifica com mais frequência idosos sós, onde apenas os cônjuges ou companheiros de jornada permanecem.

Para além dos estudos desenvolvidos no âmbito de ambientes rurais e urbanos, também têm sido investigadas as diferenças entre países. Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (2005) desenvolveram um estudo piloto que surge a partir de um estudo maior, transcultural que tinha como objetivo comparar as redes sociais em diversos países europeus, como Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Áustria; Polónia e Finlândia utilizando como instrumento a Escala de Redes Sociais de Lubben (1988). Os principais resultados, no que se refere às redes de suporte social em Portugal, apontam para a existência de uma diminuição do tamanho da rede com o avançar dos anos e para um aumento no número de confidentes consoante o nível de escolaridade. Foram também verificadas diferenças de género, no que se refere ao número de familiares e confidentes pertencentes à rede, onde há uma predominância de elementos do género feminino. Nos ambientes rurais observou-se um aumento na rede social de familiares.

Relativamente às diferenças transculturais apuradas, notou-se que “Portugal tem uma rede de confidentes menor que a Itália e do que a Polónia e tem uma rede de amigos maior do que a Polónia, mas não difere significativamente, em nenhum dos aspetos da rede social, da Alemanha, Áustria ou Finlândia” (Paúl, 2005, p. 279). Relativamente a estes últimos resultados, a autora refere não se confirmar a ideia existente de que em Portugal, pelo facto de ser um país mediterrâneo, os idosos tenham uma rede de suporte social mais extensa.

Outros estudos têm observado as funções do suporte social nas mais diferentes variáveis em investigação. Guedea e colaboradores (2006) desenvolveram um estudo com os objetivos de descrever as três dimensões do bem-estar subjetivo e investigar o valor preditivo das estratégias de enfrentamento e do suporte social sobre o bem-estar subjetivo em idosos. Para tal os autores estudaram uma amostra de 123 indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 93 anos e utilizaram três instrumentos distintos, sendo que para avaliarem o suporte social desenvolveram uma entrevista semiestruturada. Os resultados enunciados pelos autores parecem sustentar o efeito preditivo do suporte social no bem-estar dos idosos, nomeadamente a satisfação com a vida tende a aumentar a satisfação com o suporte percebido e recebido; a satisfação com o suporte promove o aumento dos afetos positivos; os afetos negativos decrescem quando o idoso percebe apoio aos ou dos outros. Por conseguinte, os autores referem que este efeito preditivo não pode ser generalizado em todas as dimensões do suporte social. Já a frequência de contacto com os elementos da rede de suporte social, aumenta a probabilidade de intercâmbios sociais que parecem desempenharam efeito protetor na

saúde, por desempenharem um papel de apoio e envolverem aspetos subjetivos. Este estudo revelou também que ser fornecedor de apoio aumenta significativamente a satisfação com a vida e diminui os afetos negativos. Por outro lado, a reciprocidade do apoio recebido e fornecido proporciona níveis de satisfação com a autonomia e inerentemente com a capacidade funcional, sendo deste modo um moderador no impacto do suporte em relação ao bem-estar dos idosos.

Outros autores, como Antonucci, Lansford e Akiyama (2001), desenvolveram um estudo com o intuito de analisar as possíveis relações entre o bem-estar e os aspetos positivos e negativos das relações sociais, nomeadamente as relações conjugais e de amizade. Este estudo contou com uma amostra de 128 indivíduos casados e com um melhor amigo, com idade superior aos 60 anos de idade. Para avaliar os participantes foi usada uma entrevista que contemplava as variáveis demográficas, questões sobre a saúde física e os aspetos positivos e negativos das relações sociais. Os principais resultados obtidos sugerem que a falta de um confidente estava associada a níveis depressivos principalmente em mulheres; e a sintomatologia depressiva nos homens não estava relacionada positivamente com a existência de um confidente. Por outro lado, mulheres que não tinham confidentes do mesmo género revelaram estarem menos satisfeitas com a vida do que os homens ou mesmo mulheres que tinham um(a) amigo(a) como confidente. Quando analisadas situações que envolvessem algum tipo de nervosismo e os seus confidentes os recebessem e acolhessem, mostrou-se existir uma relação positiva com a satisfação com a vida no caso das mulheres e o oposto em relação aos homens. Assim, na generalidade, o estudo mostrou a existência de aspetos positivos e negativos relativamente às relações de amizade que estão associados ao bem-estar para ambos os sexos de forma distinta, revelando-se serem mais evidentes no caso das mulheres. Por seu turno, aspetos positivos e negativos na relação entre marido e mulher relacionaram-se com a existência de sintomas depressivos, assim como a satisfação com a vida, tanto em homens como em mulheres.

No que respeita às diferenças de género, segundo Herédia e Casara (2000), as mulheres dão preferência a atividades mais ligadas a socialização, como participar em atividades de grupo, dançar e passear, enquanto os homens dão mais preferência a atividades como, ver TV, ouvir rádio e ler.

As diferentes formas de participação social tendem a diminuir quando se considera o efeito etário. É possível, no entanto, identificar um incremento quando se analisa o grupo dos idosos mais jovens, diminuindo novamente a participação à medida que se

envelhece. Esse aumento relativo, naquela fase da vida, relaciona-se com a necessidade de reestruturar o quotidiano, ocupando o tempo livre proporcionado pela reforma. Além da idade, outros fatores determinam os níveis de participação social dos idosos, como o sexo, a educação, o estado civil e a condição económica. Estas constatações confirmam as teses originárias de Durkheim acerca da integração social, em especial no que se refere às participações formais, bem como as de Simmel acerca da «sociabilidade», expressa sobretudo através dos envolvimentos informais. É nos países do norte da Europa que se encontram níveis de participação social mais elevados; nos países do Sul, esses níveis são os mais baixos da União Europeia (Cabral & Ferreira, 2014).

Suporte social estrutural ou funcional é, em grande medida, um «preditor de todas as causas de mortalidade, mesmo controlando a idade, o género, o estatuto socioeconómico e o estado inicial de saúde» (Paúl, 2005, p.278).

A investigação científica tem vindo também a orientar-se no sentido de privilegiar, além das atividades, a análise das redes e do capital social, embora a tendência para analisar separadamente as redes e o capital social não seja a mais adequada, segundo (Kohli et al., 2009), quando se trata de compreender «a forma como os idosos permanecem socialmente conectados nos últimos estádios do curso de vida». As três dimensões em causa devem ser articuladas, pois as atividades referem-se às oportunidades de as pessoas se tornarem ativas, enquanto a categoria «rede» se centra nas relações sociais subjacentes a essas oportunidades.

Com o avanço da idade, a rede social tende a diminuir, tendência que se acentua particularmente nos grupos etários acima dos 75 anos, tornando mais evidente a rarefação dos contactos e dos relacionamentos sociais. Estes resultados vão no mesmo sentido que a literatura científica, a qual aponta para que as redes interpessoais diminuam à medida que os indivíduos envelhecem (McPherson, Smith-Lovin & Brashears, 2006; Cornwell, Laumann & Schumm, 2008).

Tendo em conta a rarefação dos contactos sociais com o aumento da idade e o facto de isso implicar uma maior propensão para o isolamento social, não surpreende que os idosos que vivem sós estejam mais representados nas redes interpessoais de pequena dimensão. Porém, não se julgue que a conjugalidade altera radicalmente a situação. É verdade que as redes interpessoais dos que vivem em casal têm uma dimensão superior às dos viúvos e das pessoas que vivem sós, mas inferior à dos seniores que vivem acompanhados por outras pessoas. Também se verifica que, contrariamente aos viúvos, que tendem a ser mais velhos, a condição de solteiro ou de

divorciado fomenta a constituição de relações mais alargadas, como a literatura sociológica descobriu desde Durkheim e Simmel. Assim, parece possível concluir que, nesta população, as redes pequenas estão associadas aos casados e, sobretudo, às pessoas que vivem sozinhas, que são também, em muitos casos, viúvas, estando a tendência contrária ligada aos solteiros e aos divorciados. Face a estes dados poder-se-á sugerir que a conjugalidade tende a fechar-se sobre si própria, não fomentando particularmente as redes de contacto social, ao passo que a vida a sós é apenas sinónimo de contactos menos intensos quando a condição de viúvo está presente, à qual corresponde, na maior parte dos casos, uma idade mais avançada. Se a idade põe em evidência a diminuição da dimensão das redes com a redução da atividade social que isso implica, a condição perante o trabalho mostra que a dimensão não depende tanto da passagem para a inatividade como da precarização das situações sociais. Neste sentido, tem que se fazer uma distinção entre, por um lado, os empregados, os reformados e os idosos, predominantemente do sexo feminino, que não estão inseridos no mercado de trabalho por se ocuparem em exclusivo das tarefas domésticas e, por outro, os desempregados e, sobretudo, os reformados por invalidez ou incapacidade. A dimensão das redes destes últimos demonstra ser consideravelmente menor do que a dos primeiros, pelo que a dimensão parece não depender tanto do afastamento do mercado de trabalho como da inserção social e das condições de saúde, que permitem ou não manter relações mais intensas com os outros. Um último fator com impacto é a dimensão do lugar onde se habita. De modo geral, os idosos residentes em aglomerados até 50 mil habitantes estão sobre representados nas redes de menor dimensão do que os idosos residentes em aglomerados maiores (100 mil ou mais habitantes). Os meios urbanos tendem assim a favorecer um alargamento das redes interpessoais, pois proporcionam uma vida social mais intensa e variada, com possibilidades alargadas de contactos e relacionamentos interpessoais (Cabral & Ferreira, 2014).

Em suma, as relações interpessoais são fundamentais para o bem-estar e o sentimento de felicidade das pessoas. A frequência de contactos com os outros e a qualidade desses contactos são determinantes. O tempo passado com os outros, sejam familiares, amigos, vizinhos ou colegas, as atividades feitas em conjunto e a rede social em que cada pessoa se insere podem gerar apoio material e/ou emocional em momentos de necessidade, assim como proporcionar oportunidades de realização pessoal, potenciando a participação cívica e social. A esmagadora maioria dos idosos portugueses conta com alguém, quando sente necessidade de ser apoiado

emocionalmente. Os homens tendem a não perder esse suporte em idades mais avançadas, até porque têm uma esperança de vida menor, por contraste, as mulheres apresentam uma perda substancial do apoio emocional à medida que envelhecem e enviúvam. O apoio é sobretudo proporcionado por familiares que predominam nas redes interpessoais, como os filhos e os cônjuges. Cerca de metade de quem sente algumas ou mesmo muitas vezes necessidade de receber apoio emocional (Cabral & Ferreira, 2014).

3. Green Care e intervenção psicossocial

Segundo Haubenhofe, Elings, Hassink e Hin (2010), o *Green Care* pode ser visto como uma analogia, como um guarda-chuva em que se incluem um amplo espectro de intervenções na promoção de saúde. O objetivo final é a manutenção ou promoção do bem-estar físico, mental e social. No entanto, há que ter em atenção o fato de que nem todas as formas de contato com a natureza proporcionam benefícios associados ao *Green Care*. Para serem considerados cuidados relacionados com o *Green Care* devem ter o uso de elementos naturais para produzir saúde, benefícios sociais ou educacionais. As intervenções relacionadas com esta área suscitam também elementos de cuidado e manutenção que vão de encontro com a promoção da saúde e reabilitação social. As intervenções não têm que ser necessariamente em ambientes ao ar livre, este cuidado pode também ser praticado em instituição como hospitais, centros de reabilitação, entre outros

Sabe-se relativamente ao *Green Care* que os terapeutas e participantes nestas atividades geralmente referem benefícios como por exemplo a integração social, o aumento da autoestima, concentração, autoconfiança, e a aprendizagem de novas capacidades e rotinas. Segundo Elings (2006) poderá dividir os principais benefícios, por fatores físicos, mentais e sociais.

Assim, na perspetiva de Ellings (2006), a nível de fatores físicos a natureza pode aliviar o stress e o cansaço mental, uma vez que o próprio ambiente estimula a pessoa para a prática de exercício físico. O exercício físico por sua vez tem efeitos muito positivos na saúde e reduz o risco dos diferentes tipos de doenças crónicas e perturbações de humor como a ansiedade e depressão. Outros estudos referem ainda que a atividades como jardinagem estão associadas com a saúde e com o risco reduzido de fatores que provocam doenças coronárias.

A nível de benefícios mentais, uma das principais vantagens é o aumento da autoestima, responsabilidade, consciência, quando se trabalha em grupos a participação também aumenta sentimentos de autoconfiança e valor. As próprias plantas no jardim, pela sua beleza aumentam a estimulação dos sentimentos de tranquilidade e prazer. Já o lazer nestes ambientes proporciona também sentimentos de relaxamento, autonomia e participação.

Em termos sociais, o *Green Care* estimula os processos de grupo e promove a coesão social e desenvolvimento das capacidades sociais e de comunicação para além do fato de ao ser realizada em grupos poder aumentar a interação social.

No entanto, e como já referido, neste “guarda-chuva” do *Green Care*, estão incluídas atividades que vão desde os tradicionais sistemas de cultivo agrícola, a jardinagem, a conservação da natureza (*ecotherapy*), a manutenção e criação de animais. (Haubenhofner et al., 2010)

Assim, o cuidado agrícola tradicional está relacionado com o uso de quintas e ou paisagem agrícolas como base para a promoção da saúde física e mental através da participação em atividades agrícolas normais. Constitui uma forma de promoção da saúde física e mental com benefícios educacionais e sociais através do uso das plantas por profissionais.

Os jardins terapêuticos são projetados no sentido de serem utilizados em processos específicos no sentido de suportar processos de recuperação causados por doenças ou lesões físicas de forma a reduzir o stress, ansiedade e aumentar o bem-estar geral. Este tipo de *Green Care* é essencialmente utilizado em locais como hospitais psiquiátricos, instituições para crianças, instituições de enfermagem, residências ou casas ou em lares de idosos. Os efeitos positivos dos jardins estão ainda relacionados com a redução dos níveis de stress, melhoria do humor o aumento da saúde e satisfação

Lewis (1995, como citado em Rodiek 2002) menciona que as plantas em hospitais ou em centros de reabilitação provocam estimulação física e psicológica. Para estas pessoas que já não têm perspectivas de criar filhos ou netos, a criação de plantas surge como uma espécie de substituto, como objetivo de vida.

A nível de elementos paisagísticos relacionados com o *Green Care* verifica-se que existem elementos em comum deste tipo de cuidado com os jardins terapêuticos, uma vez que ambos tem como principais funções a promoção da saúde, e de lazer e apesar de não estarem associados a nenhuma terapia específica, o simples fato de olhar a paisagem envolvente, constitui uma espécie de exercício verde que consiste numa sinergia de adoção de promoção de saúde relacionada com atos como caminhadas, ciclismo, jardinagem, observação.

A *Ecotherapy* está relacionada com a prática de apoiar pessoas com vulnerabilidades físicas ou mentais que pretendem trabalhar no sentido da promoção ou conservação dos ambientes naturais incluindo animais. Esta forma de *Green Care* está

ainda relacionada com o benefício do meio ambiente que conseqüentemente permitem combinar a saúde e inclusão social dos participantes. (Haubenhofer et al., 2010).

Nesta área dos cuidados verdes, é necessário definir bem a diferença entre Horticultura terapêutica (HT) e horticultura terapêutica social (HTS).

Assim a HT está mais relacionada com a utilização das plantas com o objetivo de atingir determinada finalidade clínica (Haubenhofer et al., 2010). A *American Horticultural Therapy Association* refere que os benefícios associados com esta prática vão desde a melhoria da memória, a capacidade de atenção e execução, maior sentido de utilidade e responsabilização e melhoria a nível funcional. Neste tipo de terapia o centro da intervenção é o indivíduo, e as plantas o meio através do qual se efetua a terapia.

Já a HTS relaciona-se com o processo através do qual o potencial das plantas é usado no sentido de promover bem-estar e interações sociais. Relativamente à HT, a HTS tem uma visão mais geral do bem-estar e não tem objetivos clínicos definidos. (Haubenhofer et al., 2010).

Em termos teóricos Lewis (1995, como citado em Elings, 2006) refere duas importantes teorias que defendem estas perspetivas que são a de Kaplan (1973), “Attention restoration theory” segundo a qual o contato com ambientes naturais resulta em duas formas de reduzir a fadiga mental, por um lado os elementos naturais da atividade promovem atividades de distanciamento da rotina do dia-a-dia; e porque direcionam a atenção dos indivíduos para outras atividades. Já Ulrich e Parsons (1992 como citado em Elings, 2006) referre-se a uma teoria que denomina de “teoria da evolução” segunda qual as nossas respostas são resultado da evolução. A partir do momento que nos envolvamos com plantas, temos uma resposta não aprendida e respondemos positivamente o que pode ser visto como uma evolução.

Assim segundo Elings (2006), benefícios da horticultura terapêutica nos idosos promovem a atividade física que por sua vez promovem benefícios físicos boa saúde e reduzem os fatores de risco de doenças coronárias entre outras. Para além do mais aumentam o sentido de orientação espacial, a atenção, a interação com os outros, aumentam a funcionalidade, aumentam a capacidade de iniciativa, motivação, e a necessidade de experienciar o sucesso.

Lewis (1996 como citado em Rodiek,2002) diz que a horticultura terapêutica é tão eficaz uma vez que as plantas e pessoas partilham o mesmo ritmo de vida.

Assim, face às potencialidades comprovadas na área do “*green care*”, será importante realizar programas de intervenção social passíveis de serem aplicados em comunidade ou instituições, com o objetivo de promover o bem-estar dos idosos.

Contextualização do estudo

O Jardim das Plantas Aromáticas e Medicinais (PAM) & Bem-estar é uma ação conjunta planeada por uma equipa de docentes-investigadores do Mestrado em Gerontologia Social e executada em parceria com a Câmara Municipal de Viana do Castelo (CMVC) - Vereação do Pelouro da Saúde, Voluntariado e Ação Social- no Parque Ecológico Urbano de Viana do Castelo.

O Jardim PAM resulta de uma parceria entre o Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação (IPVC-ESE) e a Câmara Municipal de Viana do Castelo. Esta ação desenvolve-se no âmbito do programa “Envelhecer com Qualidade” da Câmara Municipal de Viana do Castelo e do Projeto “Envelhecer a Norte”, está sediado no IPVC-ESE e conta com o apoio de uma equipa tecnocientífica multidisciplinar das ciências sociais e do comportamento e das engenharias.

Esta ação (Jardim Pam & Bem-estar) tem por objetivo contribuir para o bem-estar das pessoas idosas, promovendo de modo sistemático e intencional o envelhecimento ativo e bem-sucedido.

As atividades e estratégias do Jardim Pam & Bem-estar estão organizadas em torno de um conjunto de sessões temáticas, como uma frequência mensal e duração aproximada de duas horas. As atividades estruturam-se com base na seguinte sequência: (1) conhecer as plantas aromáticas e medicinais (PAM); (2) semear PAM; (3) propagar PAM vegetativamente; (4) plantar PAM; (5) cuidar, regar e colher PAM; (6) secar e utilizar PAM; e (6) flores comestíveis.

Em termos de estratégias de implementação da ação, as sessões partilham de um padrão comum: uma fase inicial para a apresentação dos objetivos e atividades da sessão, seguida da divulgação da informação acerca de um tema, sendo que esta parte advém diretamente do conhecimento técnico-científico em horticultura (Bastos, 2013). Segue-se uma fase intermédia, que corresponde sumariamente à visita ao Jardim PAM & Bem-estar, fazer um percurso em plena natureza - ao Parque Ecológico Urbano onde se encontra o Jardim PAM & Bem-estar, o qual permite desfrutar de um extenso ambiente natural em zona urbana. Na última fase da sessão, que corresponde à aplicação dos conhecimentos adquiridos (na própria sessão, podendo eventualmente retomar sessões anteriores), os participantes têm oportunidade de aprender técnicas específicas, por exemplo, propagar PAM vegetativamente.

CAPÍTULO II
MÉTODO

Objetivos

O presente estudo foi desenvolvido com os seguintes objetivos: (1) caracterizar os participantes do Jardim das Plantas Aromáticas e Medicinais (Jardim PAM) em termos sociodemográficos e das vivências associadas a esta participação; (2) avaliar as redes sociais e a satisfação com o suporte social dos participantes no Jardim PAM; (3) analisar a existência de diferenças nas variáveis em estudo (redes sociais e satisfação com o suporte social) em função de variáveis sociodemográficas.

Plano de investigação e participantes

Optou-se por um processo de seleção amostral de carácter não probabilístico e por conveniência, (n = 27). Foram avaliados 27 participantes, com idades compreendidas entre os 54 e 89 anos de idade, dos quais 15 estão integrados na comunidade e 12 são apoiados por centro de dia e lar.

Instrumentos de recolha de dados

Para avaliação dos participantes do Jardim PAM, foi elaborado pela equipa de investigação, um protocolo de avaliação do GeroSoc (Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2013), com o objectivo de recolher informação sociodemográfica, avaliação da funcionalidade (instrumentais e básicas), do estado mental, da sintomatologia depressiva, da rede social, e da satisfação com o suporte social, bem como questões finais acerca da experiência vivenciada e opiniões dos participantes no Jardim PAM.

Os instrumentos que integram o protocolo da avaliação são descritos seguidamente.

O *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Sequeira, 2007) avalia a funcionalidade nas actividades básicas da vida diária, sendo constituído por 10 itens que correspondem a actividades específicas. Cada item é cotado entre 0 a 15 pontos, em que 0 (zero) corresponde à dependência total e 5 (cinco), 10 ou 15

correspondem aos níveis de diferenciação da independência. A amplitude de valores não é uniforme, havendo actividades que são cotadas entre 0 e 5 e outras actividades que são cotadas entre 0 e 15. Na versão utilizada neste estudo, o somatório varia entre 0 e 100, sendo que a maior pontuação indica maior grau de independência nas ABVD. Dito de outro modo, a aproximação aos 100 pontos deve ser lida como independência. Assim, um somatório entre 90 e 100 pontos corresponde a independente, entre 60 e 85 ligeiramente dependente, entre 40 e 55 a moderadamente dependente, entre 20 a 35 a severamente dependente e menor que 20 a totalmente dependente. Quanto às características psicométricas desta medida, o Índice de Barthel apresenta boa consistência interna (fiabilidade da medida), com um valor de *alpha de Cronbach* de 0,89. Segundo Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) o Índice de Barthel é um instrumento fiável e que permite identificar os indivíduos com incapacidade funcional. Conhecer o nível de independência em relação a cada item específico é importante quer na avaliação do estado de saúde, quer no planeamento dos cuidados de forma personalizada. No entanto, um indivíduo pode obter um resultado final igual a outro, mas as suas incapacidades serem efectivamente distintas.

O *Índice de Lawton e Brody* (Lawton & Brody, 1969, versão portuguesa Sequeira, 2007) avalia as actividades instrumentais da vida diária (AIVD). Compreende oito tarefas, tais como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas actividades. Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008) analisaram a qualidade da escala pontuada na forma original (0 ou 1) e na versão alternativa, obtendo os valores de $\alpha = 0,91$ e $\alpha = 0,94$, respetivamente. A Escala (de 0 a 16) apresenta gradientes cujos extremos são total independência e total de dependência (Azeredo & Matos, 2003). Estes autores converteram a escala em três grupos na mesma proporção em que apresenta cada item e consideraram os seguintes pontos de corte: 0-5 significa dependência grave ou total; de 6-11 moderada dependência; de 12-16 ligeira dependência ou independente.

A *Escala de Avaliação do Estado Mental* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009) é um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do

funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006). O MMSE foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e visoespaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (Chaves, 2009). Exceto os itens de linguagem e coordenação motora, o conteúdo do MMSE foi derivado de instrumentos que já existiam. Foi denominado “mini” porque concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais que são detetadas, por exemplo, pela Escala de Demência de Blessed. Inclui onze itens, divididos em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita, cobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber um *score* imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. Em termos de validade de conteúdo, o MMSE avalia oito de 11 principais aspectos do estado cognitivo, omitindo abstração, julgamento e expressão. Embora análises fatoriais tenham usado diferentes tipos de amostras e versões do MMS, facilmente identificam fatores relacionados com a orientação, memória e atenção (Chaves, 2009).

A Escala de Inteligência de Wechsler para adultos III (3ed.) (Wechsler, 2008) é utilizada para avaliar o funcionamento cognitivo, tendo surgido em 1955. As suas revisões são a Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – Revisada (WAIS-R, 1981) e a Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – Terceira Edição (WAIS-III, 1997). Na WAIS-III, uma importante alteração diz respeito à extensão da faixa etária, que teve seu teto ampliado de 74 anos para 89 anos, o que estende a sua utilidade na avaliação da população com mais idade. É composta por 14 subtestes que compõem a escala e agrupam-se da seguinte maneira: verbal (sub-testes Vocabulário, Semelhanças, Aritmética, Dígitos, Informação, Compreensão e Sequência de Números e Letras), e de execução (sub-testes Completar Figuras, Códigos, Cubos, Raciocínio Matricial, Arranjo de Figuras, Procurar Símbolos e Armar Objetos) (Wechsler, 2004). Os sub-testes verbais avaliam a linguagem e os raciocínios verbais e abstrato e têm correspondência próxima

com a inteligência cristalizada; os de execução avaliam organização visoperceptual, velocidade de processamento e resolução de problemas que envolvem a ação motora e têm correspondência próxima com a inteligência fluida (Nascimento & Figueiredo, 2002). O tempo gasto para sua administração completa dura aproximadamente 75 minutos, variando entre 60 minutos e 90 minutos (Wechsler, 2004).

A *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003) foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa inicialmente por Veríssimo (1988), na “Avaliação diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital S. João do Porto. Esta escala construída inicialmente por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose é, segundo os autores, o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objectivo de ser utilizado, especificamente, para pessoas idosas. Para além disso, elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais da velhice (Fernandes, 2000). Trata-se de uma escala de hetero-avaliação, composta por vinte e oito itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana transada. Como procedimento para a cotação da GDS, deve atender-se que os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21 e 27, devem ser pontuados negativamente; isto é uma resposta “Não” corresponde um ponto. Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, e, 28, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”. Veríssimo (1998) sugere que, para a quantificação dos resultados se proceda à seguinte classificação: valores de 0-10 pontos – idosos sem depressão; pontuações iguais ou superiores a 11 são indicativas de depressão em severidade crescente, uma pontuação média de 23 é indicadora de idosos gravemente deprimidos. De acordo com Barroso (2008), a GDS tem boas medidas de consistência interna ($\alpha = 0,94$) e confiabilidade (0,94), de igual modo sugere estabilidade no re-teste de 8 dias ($r = 0,85$). Apresenta uma boa validade de critério (correlação com outros instrumentos que avaliam depressão entre 0,83 e 0,84).

A *escala de Satisfação com a vida* tem mostrado uma adequada validade de constructo e fiabilidade. Mais especificamente, é referido um coeficiente *alfa Cronbach* de 0,87 e um coeficiente de estabilidade de 0,82 no teste-reteste (Pavot & Diner, 2008).

Em Portugal, a Escala de Satisfação com a Vida foi avaliada por Neto, Barros e Barros (1990) em que a análise factorial de componentes principais corroborou a existência de um só factor, contribuindo desta vez para 53,1% da variância, sendo que a avaliação da consistência interna através do *alfa Cronbach* permitiu obter um valor de 0,78 (Seco Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005).

A satisfação com o suporte social foi avaliada com a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* de Pais-Ribeiro (ESSS, 1999). A versão final da ESSS é constituída por 15 frases que são apresentadas para auto-preenchimento como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de Likert com cinco posições, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte”, e “discordo totalmente”. A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. A escala total apresenta um *alfa de Cronbach* de 0,85. A ESSS avalia quatro dimensões ou fatores. O primeiro fator, denominado “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem (exemplo de um item: 15 - “Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho”) e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo fator diz respeito à “intimidade” (IN) e mede a percepção da existência de suporte social íntimo (exemplo de um item: 6 - “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”), inclui quatro itens (1, 4, 5, 6). O terceiro fator, “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente (exemplo de um item: 9 - “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”) e inclui três itens (9, 10, 11). O último fator, denominado “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que os indivíduos realizam (exemplo de um item: 7- “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”) e inclui três itens (2, 7, 8) (Pais-Ribeiro, 1999b; 2011). A pontuação de cada fator resulta da soma dos itens que integram cada um dos fatores.

A versão portuguesa da *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben* (LSNS-6; Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte; Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) é usada para avaliar a integração social e o risco de isolamento social em idosos residentes na comunidade. A LSNS-6 é constituída por dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e as relações de amizade, sendo que a pontuação total da

escala varia entre 0 e 30, sendo que pontuações abaixo de 12 indicam isolamento social. Em relação às características psicométricas, a LSNS-6 apresenta uma consistência interna adequada com um *alfa de Cronbach* de 0,798. A LSNS-6 tem por base dois conjuntos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. Os itens incluídos no primeiro conjunto são: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc... (1) “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês, (2) “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” E (3) “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. Estes três itens são repetidos em relação aos amigos, incluindo aqueles que vivem na vizinhança do respondente. A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, a qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”).

Na presente investigação foram utilizadas a Escala de Rede Social de Lubben (LSNS-18) (Lubben, 1988; versão portuguesa de Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012), a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin 1985; versão portuguesa de Neto, Barros, & Barros, 1990) e a Escala Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999).

Procedimentos de recolha de dados

Após a aprovação pela Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo do presente projeto, procedeu-se às diligências necessárias à sua concretização.

No fim da implementação do projeto do “*Jardim PAM & Bem-Estar*”, foram contactadas as entidades envolvidas para se definir a colaboração dos participantes no estudo.

O protocolo ANCEP_GeroSoc.2013 (Bastos et al., 2013) foi administrado aos participantes presencialmente na Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no Centro de Convívio da Associação de reformados e nos Centros de Dia/Lar dos participantes que frequentaram o Jardim PAM.

No início de cada entrevista, foi explicado o âmbito e objetivos do estudo, o carácter voluntário da participação, bem como foi disponibilizada informação sobre a confidencialidade e privacidade, assim como a possibilidade de poderem desistir a qualquer momento da entrevista. Estas informações foram apresentadas também por escrito sob a forma de *Consentimento Informado* que, depois de lido e explicado, foi assinado pelos participantes.

Após a obtenção do Consentimento Informado, a informação foi recolhida através de procedimentos de hetero-administração/administração assistida por um colaborador de investigação familiarizado com as medidas, devido à baixa escolaridade dos participantes, assim como à sua reduzida familiaridade com estes instrumentos de avaliação. Em média, a administração do protocolo durou cerca de uma hora.

Estratégias de análise de dados

A análise dos dados recolhidos foi efetuada com recurso ao software IBM Statistics® versão 21. Aquando da escolha dos testes estatísticos a serem realizados, teve-se em consideração os objetivos do estudo e a natureza das variáveis a analisar. Neste sentido, para a caracterização da amostra recorreu-se a medidas de tendência central e de dispersão no caso das variáveis contínuas e frequências, absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas. Primeiramente, foi testada a normalidade das variáveis através do teste Kolmogorov Smirov e, uma vez que a amostra segue distribuição não normal ($p < 0,05$), foram utilizados testes não paramétricos: teste de Mann Whitney para comparação de dois grupos independentes e teste de Kruskal Wallis para comparação de mais de dois grupos independentes. Para todos os procedimentos estatísticos, o valor de significância fixado foi 0,05. Na análise das relações entre as variáveis em estudo foi usado o coeficiente de correlação de Spearman. No decorrer da análise de dados, foi criado uma nova variável – o nível socioeconómico (NSE). Na variável NSE foram considerados três grupos: NSE baixo, médio e alto.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Apresentação de resultados

Neste capítulo serão apresentados resultados relativos aos participantes do Jardim PAM.

Tabela 1 - Descrição sociodemográfica dos participantes

	<i>n</i> = 27	
	<i>n</i>	%
Idade <i>M(dp)</i>		70.67 (8.88)
Min-Max		54-89
54-69	14	51.9
70+	13	48.1
Género (% mulheres)	22	81.5
Estado civil		
Casado/união de facto	13	48.1
Viúvo	7	25.9
Solteiro	5	18.5
Separado/divorciado	2	7.4
Com filhos	21	77.8
N.º de filhos <i>M(dp)</i>		3.33 (2.18)
Min-Max		1-8
Escolaridade <i>M(dp)</i>		3.96 (3.62)
Min-Max		0-12
0	6	22.2
1-4	16	59.3
5-9	2	7.4
12 ^{a)}	3	11.1
Situação profissional (Vida Ativa)		
Primário	7	25.9
Secundário	1	3.7
Terciário	14	51.9
Não classificado	5	18.5
Com quem vive		
Família	18	66.9
Sozinho	3	11.1
Lar	6	22.0
Local de referência do Jardim PAM		
Comunidade/Casa	15	55.6
Centro de dia /Lar	12	44.4

a) Estes participantes obtiveram o grau através do processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (RVCC).

Tal como é possível verificar na tabela 1, participaram no estudo 27 indivíduos, com idade média de 70,67 ($dp=8,88$), sendo que as idades variam entre os 54 e os 89 anos. A maioria dos participantes é do género feminino (81,5), frequentou a escola do 1º ao 4º ano (59,3%), casado ou vive em união de facto (48,1%), e a viver em casa 66,9%.

A condição profissional dos participantes é reformado. Mais de metade dos participantes trabalhava no setor terciário (51.9%), nomeadamente profissionais dos serviços, tais como comércio, hotelaria, entre outros.

Tabela 2 - Mudanças com a reforma

	<i>n=24</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Lazer	10	41.7
Económicas	9	37.5
Deixar de trabalhar	9	37.5
Apoios Sociais	2	8.3

De acordo com a tabela 2, é possível verificar que cerca de 41.7% dos participantes afirma que houve mudanças com a reforma no que respeita à realização de atividades de lazer, sendo que 37.5% afirma ter havido mudanças a nível económico. Note-se ainda que 8.3% afirma ter havido mudanças a nível dos apoios sociais.

De uma forma global os participantes associaram a entrada na reforma, com a entrada na velhice, referindo um aumento da prática de atividades de lazer, deixar de trabalhar o que se traduz em mais tempo livre e por fim maiores apoios sociais (ex. subsídios). No que respeita às mudanças económicas os resultados são distintos, ou seja, indivíduos que não auferiam de um rendimento mensal fixo (profissões ligadas ao setor primário) sentiram que com a reforma passaram a dispor de mais poder económico. Enquanto outros sentiram uma diminuição nos seus rendimentos mensais (profissões ligas ao setor terciário).

Tabela 3 - Pessoas a quem os idosos recorrem

	<i>n=27</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Família	19	70.4
Outros	9	33.3
Amigos	4	14.8
Vizinhos	2	7.4

Em relação às pessoas que ajudam, 70.4% dos participantes refere a família como fonte de ajuda, sendo que 33.3% assume serem outros (por exemplo, funcionárias do lar/ centro de dia), e 14.8% refere que são os amigos que ajudam.

Tabela 4 - Atividades do dia-a-dia

	<i>n=27</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Ginástica	20	74.1
Atividades da câmara	13	48.1
Hidroginástica	12	44.4
Caminhadas	9	33.3
Atividades do centro de dia/lar	4	14.8
TV	3	11.1
Trabalhos manuais	2	7.4
Horta	1	3.7

Quando questionados sobre quais as actividades do dia-a-dia 74.1% afirmam fazer ginástica, 48.1% participam nas actividades promovidas pela Câmara Municipal de Viana do Castelo, 44.4% faz hidroginástica, 33.3% caminhadas, 14.8% realizam actividades do centro de dia/ lar e 11.1% referem ver televisão.

Tabela 5 - Cuidados com a alimentação

	<i>n=27</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	18	66,7
Não	9	33,3

Verifica-se que 66,7% dos participantes afirma ter cuidados com a alimentação.

Tabela 6 - Exemplos de cuidados com a alimentação

	<i>n=18</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Não comer fritos	9	50,0
Alimentação saudável	9	50,0
Pouco sal	7	38,9
Evitar açúcar	4	22,2
Não beber álcool	2	11,1
Não comer carne vermelha	1	5,6

Através da análise da tabela 6, podemos verificar que os principais cuidados com a alimentação são “Não comer fritos”, “Realizar uma alimentação saudável” “Ingerir pouco sal” e “evitar o açúcar”.

Tabela 7 - Medicação

	<i>n=27</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	26	96,3
Não	1	3,7

De acordo com a Tabela 7, é possível verificar que a maioria dos participantes toma medicação 96,3%.

Tabela 8 - O que gostaria de fazer no futuro

	<i>n=22</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Alcançar objetivos de vida	7	31,8
Nada	6	27,3
Viajar	5	22,7
Atividades de lazer	4	18,2
Manutenção das capacidades biopsicossociais	3	13,6
Desporto	2	9

Cerca de 31,8% dos participantes afirmam que no futuro gostariam de alcançar objetivos de vida, 27,3% não gostaria de fazer nada no futuro, 22,7% gostariam de viajar e 18,2% afirmam que gostariam de realizar atividades de lazer.

Tabela 9 - PAM pontos positivos

	<i>n=27</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Convívio	13	48,1
Atividades ao ar livre	10	37,0
Aprender novos conhecimentos	9	33,3
Boa organização	5	18,5
Apreciar as PAM	4	14,8
Tudo	3	11,1
Esquecer coisas más	1	3,7

Quando questionados acerca dos aspetos positivos da participação no PAM, 48,1% dos participantes destacaram o convívio, 37,0% as atividades ao ar livre e 33,3% a aquisição de novos conhecimentos.

Tabela 10 - PAM pontos negativos

	<i>n=27</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Não tem	21	77,8
Falta de cuidados com o jardim	3	11,1
Jardim fechado ao público	2	7,4
Pouca variedade de plantas	2	7,4
Poucas atividades mensais	1	3,7

Relativamente aos aspetos negativos, a maioria dos participantes (77,8%) consideraram que não há aspetos negativos no PAM, 11,1% apontaram a falta de cuidados com o jardim, 7,4% consideraram o jardim estar fechado ao público, e 7,4% consideraram a pouca variedade de plantas.

Tabela 11 - Mudanças que o PAM trouxe

	<i>n=26</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Novos conhecimentos/aprendizagem	12	50,0
Convívio	8	34,6
Passar o tempo	6	23,1
Mais alegria	2	7,7
Não houve	2	23,1
Reviver a profissão	1	3,8

Relativamente às mudanças que o PAM trouxe para a vida dos participantes, 50,0% afirmaram que o PAM, trouxe novos conhecimentos/aprendizagens, 34,6% apontou o convívio, 23,1% ocupação do tempo.

Tabela 12 - Melhorias PAM

	<i>n=19</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Diversificar as atividades	12	63,2
Acessibilidade ao jardim	5	26,3
Melhorar o jardim	5	26,3
Ter um papel mais ativo	2	10,5

No que respeita às melhorias no PAM, 63,2% dos participantes considerou que se deveria diversificar as atividades, 26,3% melhoria das acessibilidades ao jardim e 26,3% melhorias no jardim.

Tabela 13 - Atividades Sociais e Recreativas promovidas pela Câmara Municipal (CMVC)

Atividades Sociais e Recreativas	n=27	
	n	%
Baile	25	92.6
Cinema	23	85.2
Teatro	23	85.2
Hora do Conto	20	74.1
Ateliers	11	40.7
Visitas Guiadas	6	25.9

Quanto às atividades sociais recreativas promovidas pela Câmara Municipal de Viana do Castelo, a maioria dos participantes frequenta o baile, 92,6%, 85,2% participa na atividade cinema e teatro, 74,1% na hora do conto, e 40,7% participa em ateliers.

Satisfação com o Suporte Social e Redes Sociais

Tabela 14 – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

	n=27	
	M (dp)	min-máx
Satisfação Global	57.04 (8.60)	39-73
Satisfação com amigos	20.92 (2.54)	15-25
Intimidade	15.30 (2.83)	7-20
Satisfação com família	12.00 (3.46)	3-15
Atividades sociais	8.81 (2.54)	4

Relativamente à satisfação com o suporte social, de um modo global, os participantes obtiveram um valor médio de 57.04 (dp= 8.60). Verifica-se que a sub-escala com média mais elevada é a satisfação com os amigos com 20.92 (dp= 2.54), seguindo-se a Intimidade com 15.30 (dp= 2.83).

Tabela 15 – Escala Breve de Redes Sociais de Lubben

	n=27	
	n	%
Lubben M (dp)	16.96 (5.61)	
min-máx	3-27	
Isolamento Social	3	11.1
Sem Isolamento Social	24	88.9

No que respeita à Escala de Lubben, os participantes obtiveram uma média de 16.96 (dp= 5.61) sendo que a maioria (88.9) não apresenta risco de isolamento social.

Aspetos sócio-demográficos das dimensões do suporte social.

A análise iniciou-se com a verificação da normalidade das dimensões do suporte social.

Tabela 16 - Teste de normalidade das dimensões do suporte social

	Lubben	ESSS_global	ESSS_SA	ESSS_IN	ESSS_SF	ESSS_AS
Shapiro-	0.960	0.978	0.955	0.952	0.834	0.964
p-value	0.365	0.812	0.281	0.238	0.001	0.450

Face à dimensão da amostra do presente estudo e, tal como se pode confirmar pelo teste de Shapiro-Wilk, os dados não seguem a distribuição normal pelo que, serão usados testes não paramétricos.

Tabela 17 - Descrição das dimensões do suporte social segundo o género

	Género	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p-value
Lubben	Masculino	19,60 (5.08)	19.00 (8.50)	0.4
	Feminino	16,36 (5.66)	17.50 (9.25)	
ESSS_global	Masculino	54,00 (9.87)	56.00 (18.00)	0.4
	Feminino	57.73 (8.38)	58.00 (11.25)	
ESSS_SA	Masculino	21.20 (1.64)	21.00 (2.50)	0.8
	Feminino	20.86 (2.73)	20.5 (4.25)	
ESSS_IN	Masculino	13,80 (3,96)	15,00 (6,00)	0.5
	Feminino	15,63 (2,50)	16,00 (3,50)	
ESSS_SF	Masculino	11,60 (3,91)	14,00 (7,00)	0.6
	Feminino	12,09 (3,45)	13,00 (5,25)	
ESSS_AS	Masculino	7,40 (1,67)	7,00 (3,00)	0.2
	Feminino	9,14 (2,62)	9,50 (3,75)	

O teste Mann-Whitney revelou que não existem diferenças significativas relativamente ao género nas várias sub-escalas da ESSS, assim como no valor global da satisfação com o suporte social e da rede social.

Tabela 18 - Descrição das dimensões do suporte social segundo o grupo etário

	Grupo etário	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p-value
Lubben	54-69	18,29 (5,04)	18,00 (9,25)	0,3
	70+	15,54 (6,04)	18,00 (8,50)	
ESSS_global	54-69	59,50 (9,08)	62,50 (12,25)	0,07
	70+	54,38 (7,49)	56,00 (9,00)	
ESSS_SA	54-69	21,79 (2,15)	21,00 (4,00)	0,09
	70+	20,00 (2,68)	20,00 (4,50)	
ESSS_IN	54-69	15,57 (3,32)	16,00 (3,50)	0,5
	70+	15,00 (2,27)	15,00 (4,00)	
ESSS_SF	54-69	13,07 (2,89)	15,00 (3,50)	0,07
	70+	10,85 (3,76)	11,00 (6,50)	
ESSS_AS	54-69	9,07 (2,40)	9,50 (3,50)	0,7
	70+	8,54 (2,76)	8,00 (5,50)	

Não existem diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com o suporte social nem na escala de Lubben em função da idade.

Tabela 19 - Descrição das dimensões do suporte social segundo a escolaridade.

	Grupo escola	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Lubben	0	14,83 (5,98)	14,00 (10,75)	0,2
	1-4	16,63 (5,94)	17,50 (8,25)	
	5+	20,60 (1,95)	22,00 (3,50)	
ESSS_global	0	52,50 (11,26)	54,00 (20,75)	0,4
	1-4	57,56 (7,81)	58,00 (11,50)	
	5+	60,80 (6,61)	62,00 (12,00)	
ESSS_SA	0	20,50 (2,59)	20,00 (4,75)	0,5
	1-4	20,75 (2,62)	20,50 (3,50)	
	5+	22,00 (2,45)	21,00 (4,50)	
ESSS_IN	0	14,00 (3,85)	15,00 (5,00)	0,7
	1-4	15,50 (2,53)	16,00 (3,75)	
	5+	16,20 (2,39)	15,00 (4,00)	
ESSS_SF	0	8,83 (4,26)	8,50 (7,50)	0,09
	1-4	12,63 (2,92)	14,50 (5,00)	
	5+	13,80 (1,64)	14,00 (2,50)	
ESSS_AS	0	9,17 (2,56)	9,00 (5,25)	0,9
	1-4	8,69 (2,85)	8,50 (5,00)	
	5+	8,80 (1,79)	10,00 (3,00)	

Após a análise da tabela 19 verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na escala de Lubben e na ESSS (global e sub-escalas) em função da escolaridade.

Tabela 20 - Descrição das dimensões do suporte social segundo o local de residência

	Local	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Lubben	Comunidade	18,33 (4,51)	18,00 (8,00)	0,3
	Centro dia	15,25 (6,54)	16,50 (11,25)	
ESSS_global	Comunidade	59,47 (7,42)	59,00 (11,00)	0,2
	Centro dia	54,00 (9,29)	55,50 (16,50)	
ESSS_SA	Comunidade	21,60 (1,84)	21,00 (4,00)	0,1
	Centro dia	20,08 (3,09)	19,50 (5,50)	
ESSS_IN	Comunidade	16,27 (2,40)	16,00 (4,00)	0,07
	Centro dia	14,08 (2,94)	14,50 (3,00)	
ESSS_SF	Comunidade	13,20 (2,48)	14,00 (3,00)	0,1
	Centro dia	10,50 (4,01)	10,00 (7,00)	
ESSS_AS	Comunidade	8,40 (2,87)	8,00 (4,00)	0,3
	Centro dia	9,33 (2,06)	9,00 (3,75)	

Após a análise da tabela 20 verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na escala de Lubben e na ESSS (global e sub-escalas) em função do local.

Tabela 21 - Correlação entre as dimensões do suporte social

	Lubben	ESSS_global	ESSS_SA	ESSS_IN	ESSS_SF	ESSS_AS
Lubben	--					
ESSS_globa	0,34	--				
ESSS_SA	0,35	0,73**	--			
ESSS_IN	0,24	0,66**	0,47*	--		
ESSS_SF	0,24	0,86**	0,57**	0,41*	--	
ESSS_AS	0,27	0,70**	0,22	0,28	0,49**	--

*P<0,05 ** P<0,01;

Conforme se pode observar pela Tabela 21 a escala ESSS_global tem correlação positiva forte com todas as suas sub-escalas.

A ESSS_SA tem uma correlação positiva com a sub-escala ESSS_IN ($r_s=0,47$, $p<0,05$) e a sub-escala ESSS_SF ($r_s=0,57$, $p<0,05$); a sub-escala ESSS_IN, correlaciona-se positivamente ($r_s=0,41$, $p<0,05$) com a sub-escala ESSS_SF. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas ao nível da satisfação com o suporte social e a rede de suporte social.

2. Discussão de Resultados

A discussão dos resultados procura fazer um ponto de situação, por comparação com alguns dos estudos que se aproximam da presente investigação, em termos de objetivos, procedimentos utilizados e síntese dos principais resultados.

Com base no paradigma do envelhecimento ativo, Cabral e Ferreira (2014) referem que há uma série de fatores que determinam a prática de atividades de lazer, sejam elas individuais e/ou coletivas. Fundamentando-se em características de idosos portugueses, os autores destacam como elementos que permitem compreender as formas diferenciadas da ocupação do tempo livre, a idade e género, a ocupação socioprofissional- atual ou passada, as pessoas com quem vive e a configuração das redes pessoais.

Neste sentido, e porque estes fatores explicam uma boa parte da adesão ou não adesão às práticas de envelhecimento ativo procede-se seguidamente à caracterização sociodemográfica dos participantes deste estudo. Participaram 27 indivíduos com idade igual ou superior a 54 anos de idade, sendo que a média de idades situa-se na terceira idade. Tal como é defendido por Baltes (1997), na terceira idade, as forças culturais e sociais, nos países industrializados, têm sido capazes de compensar na sua maioria parte das fraquezas inerentes à arquitetura biológica, sendo que o Jardim PAM foi desenhado e desenvolvido com base neste pressuposto. Ou seja, esta atividade foi pensada e criada de modo a responder às características, necessidades e expectativas dos participantes.

Face à análise dos principais resultados constatamos que os participantes se encontram maioritariamente na terceira idade ou seja estamos perante um grupo de idosos jovens. Ou seja tal como constatado através da literatura indivíduos na terceira idade demonstram um potencial considerável para adquirir novas aprendizagens e disponibilidade para participar em atividades contribuindo para manter bons níveis de funcionalidade. Outro aspeto a ressaltar será o facto da participação neste tipo de atividades implicar algum grau de autonomia e mobilidade física de um modo genérico estas são capacidades salvaguardadas na terceira idade.

A maioria dos participantes (81,5%) é do género feminino. Esta tendência poderá ser reflexo da situação atual, feminização do envelhecimento, estando comprovado que a esperança média de vida, atualmente, é mais favorável para as mulheres (Sowers & Rowe, 2007), havendo dados estatísticos que reforçam a ideia, pois

de acordo com os dados do INE (2012) a expectativa de vida para o género feminino situa-se nos 82,4 face aos 76,3 anos de idade nos homens, constituindo assim, o género feminino a maior parcela populacional. Este resultado será também justificado pelo facto de as mulheres darem preferência a atividades mais ligadas à socialização, como participar em atividades de grupo, dançar e passear, enquanto os homens dão mais preferência a atividades como, ver TV, ouvir rádio e ler (Herédia & Casara 2000).

Verifica-se o predomínio de indivíduos casados (50%), o que poderá estar associado à idade dos participantes (jovens idosos), pois sabe-se que com o avançar da idade as pessoas idosas vão perdendo pessoas significativas, entre elas, o cônjuge (Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

A maioria dos indivíduos (59,3%) apresenta baixos níveis de escolaridade o que vai de encontro aos dados apresentados nos Censos (2011) em que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução, sendo esta proporção superior nas mulheres (64,7% *versus* 41,3% dos homens). Este fenómeno pode ser justificado por um efeito de coorte, pois os atuais idosos viveram numa época e cultura em que a escolaridade obrigatória era até à quarta classe (Sistema Educativo Nacional de Portugal, s.d). Aliado a isto, as mulheres cresciam e eram direcionadas para cuidar da casa e dos filhos, pelo que não frequentavam a escola (Kochhann *et al.*, 2010). Contudo no que respeita ao setor profissional a que pertenceram, enquanto ativos, a maioria (51,9%) desempenhou profissões do setor terciário, seguido do setor primário (25,9%). Este facto pode dever-se a especificidades da amostra.

Atualmente todos os participantes encontram-se reformados, o que poderá demonstrar uma reestruturação do quotidiano através da participação em atividades de lazer e sociais (estratégia de envelhecimento ativo).

Sendo que, quando questionados com as mudanças com a reforma, de uma forma global, associaram a entrada na reforma com a entrada na velhice, o que vai de encontro ao constatado por Fonseca (2004). Segundo o autor, a reforma não pode ser compreendida fora do processo de envelhecimento, quer por ser frequente considerar-se que a velhice começa com a "passagem à reforma", quer porque o maior ou menor sucesso dessa adaptação decorre da forma como o envelhecimento é experimentado por cada pessoa. Esta visão é também partilhada por Cabral e Ferreira (2014), na medida em que a passagem à inatividade marcará a entrada noutra idade social – a terceira idade.

No que respeita às mudanças com a reforma, concretamente, 41,7% afirma que passaram a realizar mais atividades de lazer. Com base na literatura, a passagem à reforma poderá ser um momento para a aposta em atividades que proporcionem bem-estar e prazer, assim como no estabelecimento de relações mais próximas com os outros (Fonseca, 2004). Fonseca (2004) verificou ainda, que as atividades mais selecionadas pelos idosos no seu estudo foram as de ocupação do tempo disponível, muito variadas entre si, numa combinação entre o aprofundamento de interesses e a implementação de novas atividades e projetos e finalmente a concretização de sonhos alimentados ao longo de uma vida inteira, tais como: viajar, passar mais tempo com a família, desenvolver atividades de lazer (leitura, jardinagem, pintura), frequentar uma instituição de formação, conviver com outros, envolver-se em iniciativas sociais ou aderir a programas de voluntariado. Neste sentido os nossos resultados vão no mesmo sentido, sendo que os participantes do nosso estudo apontam atividades que permitem aprender “coisas novas” e/ ou aprofundar competências, conhecimentos prévios. Contudo e contrariamente ao constatado por Fonseca (2004), no estudo existem 27,3% dos participantes que afirmam não querer realizar nada no futuro. Segundo um estudo de Cabral e Ferreira (2014) com idosos portugueses, a idade e o nível de escolaridade são determinantes de adesão de práticas de envelhecimento ativo, o que corrobora os resultados tidos no presente estudo em que 48,1% da amostra tem mais de 70 anos, 22,2% não tem nenhum nível de escolaridade e 59,3% tem apenas a quarta classe. Estes autores afirmam que pessoas com 75 ou mais anos apresentam uma taxa de atividade de apenas 9%, o segmento dos 65-74 anos tem uma taxa de perto de 24% e no segmento mais jovem, entre os 50-64 anos, eleva-se já a 40%. Isso deve-se à própria idade mas, ainda mais, ao aumento da escolaridade das novas coortes: enquanto apenas 1 ou 2% das pessoas sem escolaridade aderem às «boas práticas» e aqueles com o ensino básico têm uma taxa de adesão abaixo de 19%, os idosos com o ensino secundário apresentam já uma taxa de adesão superior a dois terços e os que possuem o ensino superior uma taxa acima dos 80%. O efeito do rendimento familiar, estreitamente associado com a escolaridade, deverá ter, uma evolução similar. Deste modo poder-se-á compreender a percentagem de participantes do presente estudo que não ambicionam fazer nada no futuro.

Ainda relativamente às mudanças com a reforma, verificou-se que 37,5% dos participantes referem ter havido mudanças a nível económico e mudanças com o facto de deixarem de trabalhar. No que respeita ao primeiro, os resultados são distintos, ou

seja, indivíduos que não auferiam de um rendimento mensal fixo (profissões ligadas ao setor primário, ex: agricultura de subsistência) sentiram que com a reforma passaram a dispor de mais poder económico. Enquanto outros sentiram uma diminuição nos seus rendimentos mensais (profissões ligas ao setor terciário). Tomando em consideração a investigação no domínio, algumas mudanças subjacentes à “passagem para a reforma” são de carácter financeiro, pois a reforma comporta geralmente uma perda de rendimentos, que se torna progressivamente mais acentuada, algo que se torna ainda mais sério quando a pessoa mantém encargos financeiros, como gastos com a saúde (Fonseca, 2004). Quando o valor da pensão é baixo, impede, por exemplo, a participação em "atividades pagas", apesar de estimulantes e oportunas sob o ponto de vista desenvolvimental. A maior parte dos indivíduos reformados mostra-se ajustado à nova condição de vida e globalmente satisfeitos com ela, muito embora variáveis como a saúde, os rendimentos económicos disponíveis e as relações sociais e familiares sejam fatores determinantes para a maior ou menor satisfação de vida alcançada (Fonseca, 2004).

A maioria dos participantes (66,9%) vive com a família o que vai de encontro ao descrito por Hooyman e Kiya (2011) quando referem que a maioria dos idosos vive em ambiente familiar, seja com um parceiro, filho, irmão, etc.

Quando questionados acerca dos aspetos positivos da participação no jardim PAM, a maioria dos participantes mencionou o convívio (48,1%), seguindo-se a participação em atividades ao ar livre (37%) e a aprendizagem de novos conhecimentos (33,3%). É de referir que estes foram igualmente os aspetos nomeados pelos participantes como mudanças nas suas vidas decorrentes da participação no Jardim PAM (ainda que o valor atribuído a cada um dos aspetos tenha sido diferente). Neste sentido e no que respeita ao convívio, às atividades ao ar livre e às novas aprendizagens, percebemos através da literatura que serão atividades promotoras de bem-estar pois, segundo Elings (2006), o contato com ambientes naturais, ou seja, atividades ao ar livre, resulta em duas formas de reduzir a fadiga mental, por um lado os elementos naturais da atividade promovem atividades de distanciamento da rotina do dia-a-dia, por outro, porque direcionam a atenção dos indivíduos para outras atividades. Assim, os benefícios da horticultura terapêutica nos idosos promovem a atividade física que por sua vez promovem benefícios físicos, boa saúde e reduzem os fatores de risco de doenças coronárias, entre outras (Elings, 2006). Para além do mais, aumentam o sentido de orientação espacial, a atenção, a interação com os outros, aumentam a funcionalidade,

umentam a capacidade de iniciativa, motivação e a necessidade de experienciar o sucesso (Elings, 2006). Nesta linha, Cabral e Ferreira (2014) assumem que para os indivíduos se manterem ativos deverão ocupar-se em atividades individuais e coletivas que contribuam para uma vida saudável, um estado independente e em contacto com os outros. Neste sentido, participar em atividades que envolvam o exercício físico ou intelectual (aprendizagem de novos conhecimentos), o relacionamento com os outros (convívio), o sentimento de pertença e o reconhecimento social são considerados aspetos promotores de um envelhecimento ativo.

Segundo Kennedy (1998), pessoas mais velhas podem adquirir novos conhecimentos, além de apresentarem altos níveis de desempenho, comparáveis aos de quando eram jovens, quando submetidos a condições ótimas de saúde e ambiente favorável. Assim, estímulos que despertem a vontade do idoso em aprender podem adiar o declínio cognitivo e estimulam a saúde mental (Strom, Strom, Fournet & Strom, 1997). Também Cabral e Ferreira (2014) afirmam que para pessoas com mais de 50 anos, o envelhecimento significa sobretudo “ainda ser capaz de aprender coisas novas” e “ter mais tempo livre” (p.120).

Assim parece que o Jardim PAM é uma atividade promotora do envelhecimento ativo, particularmente do terceiro pilar - a participação social, isto porque a participação em atividades desenvolvidas na comunidade onde se está inserido e que são marcadas pelo envolvimento do grupo de pares, constituem-se como cenários inerentes à vida social do ser humano e à participação ativa nestes contextos (Paúl & Ribeiro, 2012). No mesmo sentido, Cabral e Ferreira (2014) defendem que atividades desenvolvidas num espaço de socialização destinado à terceira idade e que contribuem para colocar a terceira idade no espaço público, surgem como uma forma impulsionadora de formação de redes sociais e de promoção do envelhecimento ativo.

No que respeita aos estilos de vida, estão inseridos na avaliação deste estudo, os cuidados com a alimentação, exemplos de cuidados com a mesma e a medicação. Quanto à alimentação, 66,7% dos participantes afirma ter cuidados a este nível, sendo que, desses cuidados, 50% refere não comer fritos e prática de uma alimentação saudável. A maioria (96,3%) dos participantes toma medicação. Face ao exposto, sabe-se, através da literatura, que a alimentação e a nutrição, a par de outros fatores ambientais, têm um enorme impacto na saúde e bem-estar, condicionantes da qualidade de vida das pessoas mais velhas (Bates *et al*, 2002; ADA, 2005). A qualidade de vida associada ao envelhecimento é descrita pela OMS (2005) como um “conceito amplo e

subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com aspetos importantes do meio ambiente” (p.14). Para esta organização, o conceito de envelhecimento ativo é 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 (OMS, 2005). A designada abordagem, enfatiza a responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da participação nos vários aspetos que caracterizam o seu dia-a-dia, requerendo ações ao nível de três pilares básicos: saúde, segurança e participação social (Paúl & Ribeiro, 2012). Nesta perspetiva, a alimentação não só é determinante para o estado de saúde mas também para a qualidade de vida numa perspetiva holística: cultural, social e psicológica. A adesão a estilos de vida saudáveis pode desempenhar um papel mais importante que a própria genética no envelhecimento (ADA, 2005). Segundo Afonso, Graça e Almeida (2005), no que respeita às formas de cozinhar e de alimentação, os idosos portugueses referem adotar alterações nos procedimentos culinários de forma a se ajustarem às circunstâncias da saúde. Assim, estes autores referem que, num estudo com uma amostra de idosos portugueses, as refeições são preparadas com menos sal e gordura, e recorrem principalmente ao método de confeção grelhado.

No que respeita à toma de fármacos, segundo Pfrimer e Ferriolli (2009), o aumento da idade é frequentemente associado à polimedicação. Segundo um estudo dos autores realizado em 2005, 79% dos idosos a viver em comunidade tomavam regularmente medicamentos, com uma ingestão média de 3,5 fármacos por dia. Percebe-se, também segundo estes resultados, que as características dos idosos do nosso estudo vão de encontro a resultados de outros estudos. Face ao exposto, ressalva-se que, envelhecer de uma forma saudável implica, naturalmente, a existência de boas condições de saúde que são, em parte, correlativas da forma de viver das pessoas. Deste modo, o envelhecimento ativo deve ser fomentado através de ações que dotem as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder de decisão que têm sobre a própria vida, a promoção de mecanismos adaptativos de aceitação e de autonomia, ou seja, para além das condicionantes biológicas, pode-se referenciar conceitos chave deste novo paradigma referentes a processos de autorregulação emocional e motivacional, evidenciando-se a *autonomia*, ou seja o poder de decisão e o controlo individual (por exemplo: ter uma alimentação saudável) (Paúl & Ribeiro, 2012). Assim, contrariamente ao estereotipado, viver estilos de vida saudáveis e participar ativamente no cuidado da

própria saúde são comportamentos essenciais que nunca é tarde demais para se adotar, pois funcionam como fatores protetores face ao declínio funcional, aumentando a longevidade e a qualidade de vida (OMS, 2005).

No que se refere às atividades realizadas no dia-a-dia, a maioria dos participantes 74,1% afirma praticar ginástica, 48,1% afirma participar nas atividades promovidas pela Câmara Municipal, 44,4% realiza hidroginástica, 33,3% realiza caminhadas, 14,8% realiza atividades no centro de dia e lar (44,4% do total da amostra frequenta centro de dia/lar). Também atividades como ver televisão (11,1%), realizar trabalhos manuais (7,4%) e tratar da horta (3,7%) foram referidas.

No que respeita às atividades promovidas pela Câmara Municipal, será importante referir que os participantes da presente amostra participam no baile (92,6%), cinema e teatro (85,2%), hora do conto (74,1%), ateliers (40,75) e, por fim, visitas guiadas (25,9%). Segundo a literatura no domínio manter-se ativo pode significar, ocupar-se em atividades individuais e coletivas que contribuam para manter o indivíduo saudável e independente (Cabral e Ferreira, 2014). Nesta perspetiva, atividades que envolvam o exercício físico ou intelectual, o relacionamento com os outros, e o sentido da utilidade e reconhecimento sociais são consideradas benéficas. Assim sendo, as ocupações e atividades desenvolvidas pelos idosos do presente estudo nos seus tempos livres, permitem identificar um conjunto de práticas tipicamente associadas ao paradigma do envelhecimento ativo (Cabral e Ferreira, 2014).

No presente estudo o valor médio da satisfação com o suporte social é de 57,04 ($dp=8.60$) o que parece sugerir que globalmente estão satisfeitos com o suporte social. Neste sentido, e tendo em consideração a literatura no domínio, o suporte social mostra ser um fator benéfico na vida dos indivíduos evidenciando-se como *buffer* em determinadas circunstâncias de vida geradoras de stress. Para além destas vantagens, segundo Procidano e Smith (1997), “o suporte social tende a fazer aumentar a auto-estima, o humor positivo, e a visão favorável da vida e a fazer diminuir, ou mesmo evitar/prevenir, sintomas de ansiedade e de outras doenças, independentemente dos acontecimentos de vida stressantes” (Pinheiro, 2003, p. 215). Hooyman e Kiyak (2011) afirmam mesmo que “famílias, amigos, vizinhos e conhecidos, funcionários de supermercado, podem ser poderosos antídotos para algumas das consequências sociais negativas do processo de envelhecimento. Os idosos podem recorrer a estas redes informais como uma fonte de apoio social que pode ser informativo, emocional ou instrumental (e.g., ajuda com as tarefas da vida diária)” (p. 340). Os mesmos autores

destacam também os benefícios que, de uma maneira geral, o suporte social pode exercer sobre o indivíduo. Assim, apontam o bem-estar físico e mental, considerando neste ponto o aumento da motivação e da autoconfiança, diminuindo desta forma a hipótese de depressão; sentimentos de controlo pessoal; de autonomia e de competência no indivíduo; promoção de um envelhecimento ativo e resiliência de uma maneira geral; efeito positivo na vivência de acontecimentos potencialmente stressantes, como é o caso da viuvez e do luto; e, por último, redução da deficiência e do risco de mortalidade (Hooyman & Kiyak, 2011). Deste modo, atendendo à literatura no domínio e aos resultados obtidos no presente estudo parece que entre a satisfação decorre essencialmente a satisfação com os amigos (M=20,92), intimidade (M=15,30) e satisfação com a família (M=12,00).

Além disso, verifica-se que as sub-escalas que melhor explicam a satisfação com o suporte social são as relativas aos amigos, com uma média de 57,04, com cada uma delas por si só a explicar mais de dois terços da variância da escala total, indo de encontro aos resultados obtidos por Pais Ribeiro (1999) na validação da escala ESSS para Portugal. Contudo, ressalva-se que a população participante na validação da escala foram estudantes, com idades compreendidas entre os 15 e 30 anos. Assim, mas talvez por motivos diferentes, os resultados são iguais para as duas faixas etárias distintas.

De uma maneira geral, o suporte social é um aspeto extremamente importante para os indivíduos. Para além do efeito *buffer* evidenciado em situações de stress, as relações com família, amigos ou até mesmo vizinhos, podem ser decisivas no bem-estar dos idosos (Pinheiro, 2003). Hooyman e Kiyak (2011) referem que as relações de amizade com o tempo tendem a diminuir, contudo os idosos mantêm pelo menos um amigo íntimo a quem recorrem em situações de emergência. Baker (2002) e Davidson (2006) sustentam que mesmo existindo redes familiares próximas, os idosos podem recorrer primeiramente a amigos e vizinhos por considerarem que estas trocas de amizade são voluntárias e recíprocas. Os idosos cada vez mais não deixam os seus lares para morar com familiares, tendo deste modo de depositar essa confiança em amigos para manter o seu bem-estar. Contudo, noutros casos “algumas redes de amizade podem até expandirem-se e tornarem-se mais fluidas na velhice, como quando um idoso se desloca para uma comunidade de aposentados ou se torna mais envolvidos em atividades cívicas” (Hooyman & Kiyak, 2011, p. 370). Em suma, os amigos e vizinhos, segundo Hooyman e Kiyak (2011), são elementos importantes para prestar apoio quer de carácter emocional, nomeadamente com o estabelecimento de conversas frequentes com o idoso,

quer de caráter instrumental, como o verificar se está tudo bem e se precisam de ajuda, ajudar em algum tipo de transporte e fazer recados.

Relativamente aos resultados referentes à Escala de Lubben, estes apontam que 88,9% dos participantes no estudo não apresentam isolamento social. Já Ribeiro e colaboradores (2012) na validação desta escala obtiveram um valor de risco de isolamento social na ordem dos 15%. Esta percentagem revelou ser similar àquela encontrada no estudo desenvolvido pelo autor da escala original com três populações de idosos residentes na comunidade, e cujos resultados foram 11% (Solothurn – Suíça), 15% (Londres – Inglaterra) e 20% (Hamburgo - Alemanha) (Lubben et al., 2006). No que concerne aos dados eminentemente descritivos obtidos (variação dos resultados da escala e subescalas por grupo etário e em relação ao sexo), apesar da natureza transversal deste estudo limitar interpretações mais aprofundadas, o facto das redes sociais revelarem ser inferiores nos grupos mais velhos (no total e em ambas as subescalas), apresenta-se como algo relativamente espectável e ecoa resultados prévios obtidos com a versão alargada da escala noutra população Portuguesa (Paúl & Ribeiro, 2008). Deste modo, a literatura evidencia que com o avançar da idade há um decréscimo no tamanho da rede, devido à perda de familiares e amigos. (Antonucci & Akiyama, 1987; Bowling, 1994; Stoller & Pugliesi, 1988).

Paúl (2005) constata que variáveis de saúde e redes de suporte social têm uma enorme importância quando se fala de qualidade de vida. As redes sociais, tal como refere Schwarzer e colaboradores (2003), são um dos aspetos fulcrais que sustentam a integração e o apoio social. A rede de suporte do indivíduo poderá ser uma estrutura na vida da pessoa, uma base constante que salvaguarda as suas necessidades, uma base a que pode recorrer se necessitar de auxílio. Assim, parece-nos que os resultados obtidos neste estudo serão indicadores de integração e apoio social.

Conclusão

Com base nos resultados do presente estudo, pode-se concluir que pessoas na terceira idade do género feminino apresentam uma predisposição para participar em atividades de caráter social. Na sua perspetiva as principais vantagens da participação neste tipo de atividades são convívio e aquisição de novos conhecimentos. Quando analisados os resultados da Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) na literatura e no presente estudo constata-se que a sub-escala com média mais elevada é a da Satisfação com os amigos

O envelhecimento ativo corresponderá, assim, a um envelhecimento em boas condições de saúde física, mental e emocional, que implicam autonomia, relacionamento com os outros e participação social. Contudo, o envelhecimento ativo não se restringe à promoção da saúde, na medida em que diz também respeito aos fatores ambientais e pessoais associados ao bem-estar. De um modo geral, o envelhecimento ativo expressa a conquista do envelhecimento como uma experiência positiva, uma vida longa que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, envolvimento social e segurança, não estando circunscrito à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (OMS, 2005). Deve antes considerar leituras subjetivas que permitam manter o envolvimento ajustado com as dimensões individuais, sociais, culturais, espirituais e civis tidas como significativas para a pessoa e não para “o grupo dos mais velhos” que é, como se sabe mas nem sempre se reconhece, altamente heterogéneo (Paúl, 2005). Sendo importante não esquecer que, a Sociedade, a comunidade e a família exercem igualmente um enorme impacto na forma como se envelhece, pelo que atividades que envolvam o exercício físico ou intelectual, o relacionamento com os outros e o sentido da utilidade e reconhecimento sociais são consideradas benéficas (Cabral & Ferreira, 2014).

Com base na literatura, sabemos que a saída do mercado de trabalho e entrada na reforma constitui um momento importante do ciclo de vida que pode implicar uma redução da actividade social e, por conseguinte, uma possível redução da dimensão das redes sociais (Cabral & Ferreira, 2014). No entanto, a passagem à reforma poderá ser um momento para a aposta no estabelecimento de relações mais próximas com os outros e na realização de actividades que proporcionem bem-estar e prazer (Fonseca, 2004).

Se tomarmos em consideração a literatura acerca do *green care*, quando se cruza outro domínio como é o caso do envelhecimento percebe-se que se cruzam duas realidades distintas e extremamente importantes. Ou seja, por um lado, a ligação dos seres humanos ao seu ambiente natural e por outro a velhice, frequentemente associada ao afastamento do ambiente social (Bastos, 2013). Assim, a promoção de atividades de lazer em ambientes tais como jardins proporciona sentimentos de relaxamento, autonomia e participação. Em termos sociais, este tipo de atividades estimula os processos de grupo, promove a coesão social e o desenvolvimento das capacidades sociais e de comunicação, para além do facto de ao ser realizada em grupo poderá aumentar a interação social (Ellings, 2006). Neste sentido, a presente dissertação reuniu um conjunto de evidências que podem contribuir para a compreensão dos benefícios da participação em ações *nature-based*. Percebemos através dos resultados do presente estudo que o Jardim PAM é uma atividade que reúne componentes com potencial de promoção do envelhecimento ativo, particularmente do terceiro pilar- a participação social. Isto porque a participação em atividades desenvolvidas na comunidade onde se está inserido e que são marcadas pelo envolvimento com o grupo de pares, constituem-se como cenários potenciadores da vida social do ser humano e à participação ativa nestes contextos (Paúl & Ribeiro, 2011). No mesmo sentido Cabral e Ferreira (2014) defendem que atividades desenvolvidas num espaço de socialização destinado à terceira idade e que contribuem para colocar a terceira idade no espaço público, surgem como uma forma impulsionadora de formação de redes sociais e de promoção do envelhecimento ativo.

Os resultados do presente estudo vão de encontro aos de outros estudos sobre envelhecimento, quando identificam as ligações sociais no âmbito do desenvolvimento de atividades de lazer e culturais ou outras fora de casa, como importantes preditores de um envelhecimento ativo, contra um potencial isolamento que a transição para a terceira e quarta idades podem trazer. No que respeita à importância das redes interpessoais, muitos estudos têm demonstrado o papel crucial dos laços sociais e do suporte efetivo ou percebido para a qualidade de vida dos mais velhos (e.g., Fernández-Ballesteros et al., 2010). Ou seja, do ponto de vista conceptual o presente estudo parece reforçar os quadros teóricos de onde partiu e no qual foi sustentado, quer em termos do envelhecimento ativo, quer da satisfação com o suporte social.

Relativamente às limitações do estudo poder-se-á considerar as características da amostra, onde um elevado número de pessoas é analfabeta (22,2%) ou com um domínio

mínimo de literacia (59.3% sabe ler e/ou escrever). Além disso o recurso a instrumentos de autorrelato pode ter introduzido algum viés decorrente por exemplo da deseabilidade social. Pese embora o facto de o protocolo ter sido administrado por investigadores familiarizados quer com os instrumentos, quer com o contexto de vida dos participantes.

Consideramos, por fim, que é na transferência/aplicação da teoria para a prática, nomeadamente através da implementação de projetos orientados para o envelhecimento ativo, que se deverão criar condições para que os mais velhos possam participar em atividades com uma génese semelhante à atividade do Jardim PAM, sendo estas atividades fundamentadas pelas vantagens das interações sociais e o contacto com a natureza. Numa altura em que o envelhecimento é perspetivado como uma preocupação, um problema, em que não se sabe o que fazer com pessoas que cada vez vivem por mais e longos anos, o desenho de intervenções como o Jardim PAM e o estudo sistemático dos seus efeitos pode constituir-se como um contributo relevante no sentido de potenciar processos e formas para as pessoas continuarem a viver mais anos, contudo de maneira a que esses anos sejam vividos o melhor possível. A Gerontologia Social pode, assim, ser uma área essencial para a sensibilização, compreensão e intervenção no envelhecimento ativo, fomentando atividades que promovam interação social. Neste sentido, e tendo em linha de conta que esta ciência é muito recente e imprescindível nos anos vindouros é fundamental continuar a construir conhecimentos sólidos através de uma investigação sistemática, com recurso a metodologias robustas e adequadas às temáticas sob investigação, a desenvolver estratégias de intervenção, cientificamente sustentadas, potenciadoras do envelhecimento ativo, assim como contribuir para a formação de profissionais capazes de intervir no sentido da inovação e mudança social. Um desafio para esses mesmos profissionais será reforçar ações de sensibilização acerca de estratégias de envelhecimento ativo, devendo estes ser potenciados nas pessoas desde cedo (ex., abordar esta temática nas escolas).

Para além disso, será necessário construir, participadamente, estratégias locais e nacionais e propostas de mudança, produzindo também conhecimento sobre o envelhecimento e as vivências das pessoas idosas no sentido de as comunidades promoverem espaços públicos, para que estes sejam seguros e acessíveis a todas as pessoas com e sem limitações. Parece-nos também importante fomentar atividades que promovam as relações interpessoais nas comunidades, promovendo a criação de novas redes relacionais, bem como o reforço das existentes (Cabral & Ferreira, 2014)

Assim, será importante que a terceira e quarta idade se assumam como um tempo especial em que as pessoas mais velhas possam continuar a aprender, a assumir novas responsabilidades e acima de tudo um tempo para o fortalecimento das relação com a família e amigos, sendo importante a participação em atividades que permitam estabelecer novos contactos sociais como é o caso do Jardim PAM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., & Akiyama, H. (2009). Convoys of social relations: an interdisciplinary approach. In D. Bengtson, D. Gans, N. Putney, M. Silverstein, & (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 247-260). New York: Springer Publishing Company.
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2001). Impact of positive and negative aspects of marital relationships and friendships on well-being of older adults. *Applied Developmental Science, 5*, 68–75.
- Antonucci, T., Akiyama, H. (1995). Convoys of social relations: Family and friendships within a life span context. In R., Blieszner & V., Bedford (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 355-372). Connecticut: Greenwood Press.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel Numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista portuguesa de saúde pública, 25*, 59-66.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, 3(4)*, 199-204.
- Baker, J. (2002). Neighbors, friends and the other non-kin caregivers of community-living dependent elders. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 57b*, 5158-5167.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*, 366-380.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1 – 34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23*, 611-629.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp.153-173). New York: Springer.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp.153-173). New York: Springer.
- Baltes, P. B., Gerstorf, D., Smith, J. (2006). A systemic-holistic approach to differential aging: longitudinal findings from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 21(4)*, 645-663

- Baltes, P., Mayer, K. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge: University Press.
- Baltes, P.B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development, 1*(3), 123-144.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer*. Lisboa: Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Barroso, V. L. (2008). *Orfãos geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Acedido a 18 de Novembro de 2014, em <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orf%C3%A3os%20Geriatras.pdf>
- Bastos, A. (2013). O Jardim das plantas aromáticas e medicinais & bem-estar: benefícios da intervenção Green Care para envelhecer bem. In I. M. Mourão & L. M. Brito (Eds). *Horticultura social e terapêutica*. Porto: Publindustria.
- Bastos, A., Faria, C., Moreira, E. & Melo de Carvalho, J. (2013). Jardim PAM & Bem estar. ESE-IPVC: Instrumento policopiado
- Bates, C. J., Benton, D. & Biesalski, H. K. (2002). Nutrition and aging: a consensus statement. *The journal of Nutrition Health and Aging, 6*, 103-116.
- Birren, J. (1996). *Encyclopedia of Gerontology*. New York: Pergamon Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ - A social support measure. *Nursing Research, 30*, 277-280.
- Burleson, B. R., Albrecht, T. L., Goldsmith, D. J., & Sarason, I. G. (1994). The communication of social support. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht, & I. G. Sarason, *Communication of Social Support: Messages, Interactions* (pp. 11-30). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Burleson, B. R., Albrecht, T. L., & Goldsmith, D. (1993). Social support and communication: New directions for theory, research and practice. *International Society for the Study of, 9*, 5-9.
- Cabral, M. V. & Ferreira, P. M. (2014). *O envelhecimento activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology, 104*, 107-123.
- Cassinello, M. D. Z. (2007). Envejecimiento Activo. *Infocop, 34*.
- Chappell, N. & Funk, L. (2011). Social support, caregiving, and aging. *Canadian Journal on Aging, 30*(3), 355-370.

- Chaves, M. (2009). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental*. Acedido a 10 de Agosto de 2009 em <http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos/cont/8.pdf>
- Cicirelli, V. G. (2009). Sibling death and death fear in relation to depressive symptomatology in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64, 24-29.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of psysical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Springer: New York.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Connidis, I. A. (2001). *Family ties and aging*. Thousand Oaks: Sage.
- Cornwell, Benjamin; Laumann, Edward; Schumm, L. (2008). The social connectedness of older adults: a national profile. *American Sociological Review*, 73(2), 185-203.
- Davidson, K. (2006). Flying solo in old age: Widowed and divorced men and woman in later life. In J. Vincent, C. Phillipson, & M. Downs (Eds.), *The futures of old age* (pp. 172-180). London: Sage.
- Dias, I., & Rodrigues, E. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C., Paúl & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Lisboa-Porto, Lidel.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Elings, M. (2006). People-plant interaction. The physiological, psychological and sociological effects of plants on people. *Farming for Health*, 43-55.
- Federal Interagency Forum on Aging. (2008). *Older Americans 2008: Key indicators of Well-being*. Washington, DC: Federal Interagency Forum on Aging.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora
- Férrnandez-Ballesteros (2008). Working, empirical and lay definitions and theoretical models. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Active Aging – the contribution of Psychology* (pp.29-59). Hogret & Hubert Publicachers.
- Fernández-Ballesteros, R. Zamarrón, M. D., Diez Nicolás, J. et al. (2011). Productivity in old age. *Research on Aging*, 33(2), 205-226.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Envejecer bien: Qué es y cómo lograrlo. In R. Fernández-Ballesteros, *Vivir con Vitalidad* (12-149). Madrid: Ediciones Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología social: Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología social* (pp. 31-54). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Concepto y modelos teóricos. In R. Fernández-Ballesteros, *Envejecimiento ativo* (pp. 59-99). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., & Zamarrón, M. D. (2007). *Cuestionario Breve de Calidad de vida* (CUBRECAVI) [Short Quality of Life Questionarie]. Madrid: TEA Ediciones.

- Fernández-Ballesteros, R., García, L.F, Abarca, D., Blanc, E. Efklides, A., Moraitou, D., Kornfeld, R., Lerma, J., Mendoza-Nuñez, V., Mendoza-Rubalcava, N., Orosa, T., Paul, C. Patricia, S. (2010). The concept of ageing well in Latin American and European countries. *Ageing and Society*, 30, 41-56.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–98.
- Fonseca, A. (2004). *Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma” – desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Tese de doutoramento em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar- Universidade do Porto, Porto.
- Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 277-289.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontinha, M. C. (2010). *Perspectivas da morte: Relação com o suporte social e a solidão em idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Faculdade de Psicologia. Lisboa, Portugal.
- Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., Fonseca, A., M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade das tarefas produtivas. *Psicologia, saúde & doenças*, 7(1), 137-143.
- Guedea, M. T., Albuquerque, F. J., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A., Seabra, M. A., & Guedea, R. L. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 301-308.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Haubenhof, D., Elings, M., Hassink, J., & Hin, R. (2010). The development of green care in western european countries. *Explore*, 6(2).
- Herédia, V. B. M. & Casara M. B. (2000). *Tempos vividos: identidade, memória e cultura do idoso*. Caxias do Sul: EDUCS.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2011). The importance of social supports: Family, friends, neighbors, and communities. In N. R. Hooyman, & H. A. Kiyak, *Social Gerontology: A multidisciplinary perspective (9^{ed.})* (pp. 339-391). Boston: Pearson.
- INE (2012). Censos 2011- resultados definitivos. Acedido a 18 de Novembro de 2014, em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: attachment roles and social support. In P. B. Baltes, & O. G. Brim (Eds.), *Life span development and behavior* (pp. 253-256). New York: Academic Press.

- Kaplan, R. (1973). Some psychological benefits of gardening. *Environment and Behavior*, 5, 145-162.
- Kennedy, C. E. (1998). Old age. In C. J. Titmus (Ed.), *Lifelong education for adults: an international handbook*. pp. 1176-8. Leeds: Pergamon press University.
- Kochhann, R., Varela, J., Lisboa, C., & Chave, M. (2010). The Mini Mental State Examination, review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement Neuropsychol*, 4(1), 35-41.
- Kohli, M., Hank, K., & Künemund, H. (2009). The social connectedness of older Europeans: patterns, dynamics and contexts, *Journal of European Social Policy*, 19 (4).
- Lawton, M. P (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 349-357.
- Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lima, A., Silva, H., Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 12(27), 795-807.
- Lopes, P. A (2004). *Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um Estudo comparativo e correlacional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719.
- Lu, P. C. (2007). Sibling relationships in adulthood and old age. *Current Sociology*, 55, 621-638.
- Lubben, N. (1988). Lubben Social network Scale. *Family and Community Health*, 44-53.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L. & Brashears, M. (2006). Social isolation in America, *American Sociological Review*, 71(3), 363–375.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C, Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 2(9), 10-16.
- Nascimento, E., & Figueiredo, V. L. M. (2002). A terceira edição das Escalas Wechsler de Inteligência. Em: Primi, R. (Org). *Temas em Avaliação Psicológica* (pp.61-79). Campinas: IBAP - Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.
- Neri, A. (2001) *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. Comunicação apresentada no 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas.
- Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neto, F., Barros, J. & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano e J. Marques (Eds.). *A ação educativa: análise psico-social* (pp.105-117). Leiria: E.S.E.L/A.P.P.O.R.T.
- Novak, M. & Campbell, L. (2006). *Aging and society: A Canadian Perspective* (5ªed). Toronto: Nelson.

- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Osório, A. R. (2007). Os idosos na sociedade atual. In A. R. Osorio & F. C. Pinto (Coords), *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2008). Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19(1): 53-60.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim de vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C. Fonseca, A. M., Martín, I. & Amado, J. (2005) A satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos Portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca, (Eds), *Envelhecer em Portugal, Psicologia Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. Ribeiro, O. (2012) Introdução. In: Paul, C. Ribeiro, O. (coord.). “Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento”. Lisboa: Lidel – edições técnicas lda.,p. xvii
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Cruz, F., & Cerejo, A. (2001). EXCELSA - Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia, Teoria Investigação e Prática*, 2, 415-426.
- Pavot, W. & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and emerging construct of life satisfaction. *The journal of Positive Psychology*, 3, 137-152.
- Pinheiro, M. R. (2003). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Pinto, J., Garcia, A., Bocchi, S., & Carvalhaes, M. (2006). Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 753-764.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte. *Análise Psicológica*, XVII, 547-558.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Ativo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Coord.), *Manual de Envelhecimento Ativo* (pp.1-12). Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S. & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Kairós Gerontologia*, 15(1), 217-234.
- Rodiek, S (2002). Influence of an Outdoor Garden on Mood and Stress in Older Persons. *Journal of Therapeutic Horticulture, Volume XIII*, 13-21.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). The structure of successful aging. In J. W. Rowe, & R. L. Kahn, *Successful aging* (pp. 36-58). New York: DTP-Trade Paperback.
- Rudinger, G., & Thomae H. (1990). The Bonn longitudinal study of aging: coping, life adjustment, and life satisfaction. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 265-295). Cambridge: University Press
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Sarason, B.R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (Eds.): *Social Support: An Interactional View* (pp. 9-25). New York: Wiley.
- Schaie, K.W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. New York: Cambridge University Press.
- Schroots, J. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal of Aging*, 14 (1), 44-66.
- Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2003). Social Support. In A. Kaptein, J. Weinman, & (Eds.), *Introduction to health* (pp. 1-23). Oxford: Blackwell.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sistema Educativo Nacional de Portugal (s.d). Breve Evolução Histórica do sistema educativo. Acedido a 19 de Novembro de 2014, em <<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0C DIQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.oei.es%2Fquipu%2Fportugal%2Fhistoria.pdf&ei=bVsVLjaFYSWyASi34LYDw&usq=AFQjCNGBbwT-ZIH-12SnySeDPZZ11Pg86Q&sig2=fmrDS5NtDaS0q16BPf4Rkg&bvm=bv.80120444,d.aWw>>
- Sousa, L., Patrão, M. & Vicente, H. (2012). Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coords). *Manual de Gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 255-271). Lisboa: Lidel Editores.
- Sowers, M. K. & Rowe, S. W. (2007). Global Aging. In J. A. Blackburn & C. N. Durlmus (Coords). *Handbook of Gerontology* (pp. 3-16). United States of America.
- Strom, R., Strom, S., Fournet, L., & Strom, P. (1997). Cooperative learning in old age: Instruction and assessment. *Educational Gerontology*, 23(6), 581-599.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.
- Theurer, K, & Wister, A. (2010). Altruistic behaviour and social capital as predictors of wellbeing among older Canadians. *Aging and Society*, 30, 157-181.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.

- Valla, V. (1999). Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de saúde Pública*, 15(2), 7-14.
- Vallespir, J. & Morey, M. (2007). A participação dos idosos na sociedade: integração vs. Segregação. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Coords.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp. 225-251). Lisboa: Instituto Piaget.
- Veloz, M., Nascimento-Schulze, C. & Camargo, B., (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 479-501.
- Walker, K., MacBride, A., & Vachon, M. (1977). Social Support Networks and the Crisis of Bereavement. *Social Science and Medicine*, 35, 35-41.
- Wechsler, D. (2004). WAIS-III: Manual para administração e avaliação. Tradução de M. C. Villena. São Paulo: Casa do Psicólogo (Original publicado em 1997).
- Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos* (3ªed). Lisboa: CEGOC-TEA
- Wick, G. (2012). The aging issue. *Karger Gazette*, 72, 1-3.
- Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9, 371-386.
- Yesavage J., Brink T., Rose T., Lum, Huang, Adey & Leirer (1983). Development and validation of ageriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Reserch*, 17, 37-49
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of personality assessment*, 52, 30-41.