



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECIMENTO, REDES SOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA

Um estudo sobre Programas de Intervenção Autárquica

Lara da Costa Batista



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Lara da Costa Batista

Envelhecimento, redes sociais e qualidade de vida:
um estudo sobre Programas de Intervenção
Autárquica

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Carla Faria
Professora Doutora Sónia Dias

Setembro de 2019

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carla Faria estou grata por todo o apoio em todas as fases do desenvolvimento de todo o projeto, pelo enorme conhecimento transmitido e por toda a disponibilidade prestada ao longo destes três anos, sendo sem dúvida uma peça fundamental para a realização deste projeto.

À Professora Doutora Alice Bastos por todo o acompanhamento, apoio e estímulo no sentido de finalizar esta etapa da minha vida. Agradeço ainda que me tenha ajudado a encontrar estratégias de superação dos pormenores mais desafiantes e por nunca me ter deixado desistir.

À Professora Doutora Sónia Dias, coorientadora deste projeto, agradeço por ter abraçado este desafio desde o início, pela total disponibilidade e o apoio na análise e interpretação da informação e por todo o conhecimento transmitido.

À Professora Doutora Raquel Gonçalves pelas palavras amigas e pela disponibilidade desde o começo na ajuda e procura de informação e ainda por ter passado toda a experiência, da realização de um projeto destes.

A todos os voluntários que participaram neste estudo e Instituições parceiras deste projeto que tornaram possível a realização do estudo.

À minha Mãe e ao meu Padrasto, por me terem apoiado sempre, por me terem encorajado sempre e principalmente por terem tornado possível a realização deste sonho. Um obrigado nunca será suficiente para agradecer todo o esforço por eles feito.

Ao meu namorado Joel, por ser um apoio fundamental, por me ter motivado em todos os momentos, por me ter incentivado a finalizar este projeto e a torná-lo real. Não tenho palavras capazes de transmitir o sentimento de gratidão que tenho para com ele.

À minha avó, que foi desde o princípio uma inspiração, ela manterá sempre no meu pensamento o amor que tenho por esta profissão e por ela.

Resumo

Contexto e objetivos. O envelhecimento é uma consequência natural de qualquer sociedade, mas o grande desafio que se coloca é encontrar respostas para que a população envelhecida não perca qualidade de vida, e “consiga agregar qualidade aos seus anos adicionais de vida” (Passos, 2016, p.28). Desta forma, na literatura gerontológica foi emergindo uma leitura positiva do envelhecimento – envelhecimento bem-sucedido (EBS), sendo possível identificar três modelos fundamentais para a compreensão do EBS: o modelo biomédico de Rowe e Kahn (1997), o modelo da otimização seletiva com compensação de Baltes e Baltes (1990) e o modelo da Proatividade Preventiva Corretiva (PPC) (Kahana & Kahana, 1996). Paralelamente, a OMS (2002) propõe o conceito de envelhecimento ativo (EA) que tem como principal objetivo promover políticas públicas que aumentem a expectativa de uma vida mais saudável e a qualidade de vida para todos os indivíduos em processo de envelhecimento. Neste contexto, as redes sociais revelam fundamentais para o processo de envelhecimento pois contribuem para a capacidade adaptativa do indivíduo, a manutenção da saúde física e mental, e apresentam-se como um fator determinante da qualidade de vida (QdV; Sluzki, 2010). Assim, a QdV é definida pela OMS (1998, p.41) como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”, tem sido assumida como um dos principais indicadores do modo como as pessoas vivem e envelhecem. Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo geral de investigação analisar as relações entre rede social e a qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos que participam em programas/projetos de intervenção autárquica (PIA), sendo que especificamente se pretende: (1) caracterizar os participantes em termos sociodemográficos e de envolvimento social; (2) avaliar a rede social e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da sua participação em PIA; e (3) analisar a associação entre a rede social e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da participação social

Método. Fazem parte do estudo 104 participantes com 55 ou mais anos, 52 que participam em Programas de Intervenção Autárquica (Grupo PIA) e 52 que não participam (Grupo Comparação). O Grupo de Comparação foi emparelhado com o Grupo PIA em termos de género e grupo etário. Para a recolha de dados foram utilizados: Questionário Sociodemográfico e de Participação Social elaborado para o efeito (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018), Escala WHOQOL-Bref (WHOQOL-Group, 1998; Canavarró *et al.*, 2010) e Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSN-6; Lubben, 1998; versão portuguesa de Ribeiro, *et al.* 2012).

Resultados. Os 104 participante têm uma idade média de 72,6 anos, a maioria são mulheres (80,8%) e casados ou em união de facto (61,5%). No que se refere à rede social, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da rede social entre os dois grupos, sendo que o risco de isolamento social é superior nos participantes do Grupo de Comparação (15,38%). Já em termos a QdV registaram-se diferenças estatisticamente significativas, entre o Grupo PIA e o Grupo de Comparação, no domínio geral ($t = 2,366$; $p = 0,020$), com o Grupo Comparação a apresentar valor médio mais elevado ($M = 67,5$; $DP = 15,9$ vs. $M = 60,6$; $DP = 14,1$). Quando comparada a QdV em relação ao grupo de pertença e género foram identificadas na QdV/geral diferenças significativas entre os homens do Grupo PIA e os homens do Grupo de Comparação (Grupo Comparação: $M = 76,3$; $DP = 7,1$ vs. Grupo PIA: $M = 60,1$; $DP = 14,4$). Também na QdV/geral, dentro do Grupo PIA foi marginalmente significativa a diferença entre o género masculino e feminino ($F: M=60,1$; $DP=14,4$; $M: M=62,5$; $DP=13,2$). Dentro dos mesmo grupos foram também encontradas diferenças significativas no Domínio psicológico ($F: M=72,4$; $DP=11,1$; $M=80,0$; $DP=11,4$) e no Domínio ambiente ($F: M=65,9$; $DP=11,9$; $M: M=68,1$; $DP=10,4$). Por fim, foram encontradas relações estatisticamente significativas entre rede social e QdV nos dois grupos. Especificamente, no Grupo PIA as redes sociais (Lubben total, família e amigos) estão positiva e significativamente associadas com o Domínio relações sociais da QdV (Domínio das relações sociais e Lubben família - $r=0,406$; $p=0,003$; Domínio das relações sociais e Lubben amigos $r=0,324$; $p=0,019$; e Domínio das relações sociais e Lubben total - $r=0,433$; $p=0,001$). Já no Grupo de Comparação, o Lubben

família está positivamente correlacionado com o Domínio ambiente ($r=0,288$; $p= 0,038$); o Lubben amigos com os Domínios psicológico ($r=0,282$; $p=0,043$) e relações sociais ($r=0,274$; $p=0,049$); e o Lubben total com os Domínios psicológico ($r=0,305$; $p=0,028$) e ambiente ($r=0,288$; $p=0,038$).

Conclusão. Os resultados deste estudo reúnem evidências relativas à importância dos Programas de intervenção autárquica (PIA) e das atividades que implementam para a promoção do EBS. Desta forma chamamos à atenção para a necessidade de continuidade da implementação deste tipo de programas, tendo em conta as necessidades da população idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento bem-sucedido; Redes Sociais; Qualidade de vida; Participação social; Programas de intervenção autárquica; Gerontologia Social.

Abstract

Context and objectives. Aging is a natural consequence of any society, but the great challenge is to find answers so that the ageing population does not lose quality of life, and "can add quality to their additional years of life" (Steps, 2016, p.28). Thus, in the gerontological literature, a positive reading of aging - successful aging (EBS) emerged, and it was possible to identify three fundamental models for the understanding of EBS: the biomedical model of Rowe and Kahn (1997), the model of selective optimization with compensation of Baltes and Baltes (1990) and the model of Corrective Preventive Proactivity (PPC) (Kahana & Kahana, 1996). At the same time, the WHO (2002) proposed the concept of active aging (AS), whose main objective is to promote public policies that increase the expectation of a healthier life and the quality of life for all individuals in the aging process. In this context, social networks are fundamental to the aging process because they contribute to the individual's adaptive capacity, the maintenance of physical and mental health, and are a determining factor of quality of life (QoL; Sluzki, 2010). Thus, QoL is defined by the WHO (1998, p.41) as "the individual's perception of his or her position in life, within the context of the culture and value systems in which he or she is inserted and in relation to his or her goals, expectations, patterns and concerns", and has been assumed as one of the main indicators of how people live and age. In view of the above, the general objective of this study is to analyse the relationships between the social network and the quality of life of people over 65 years of age who participate in municipal intervention programmes/projects (PIA), is specifically intended to: (1) characterise the participants in socio-demographic terms and in terms of social involvement; (2) assess the social network and the quality of life of older people according to their participation in IRPs; and (3) analyse the association between the social network and the quality of life of older people according to their social participation.

Method. The study included 104 participants aged 55 and over, 52 participating in Municipal Intervention Programs (PIA Group) and 52 not participating (Comparison Group). The Comparison Group was paired with the PIA Group in terms of gender and age group. For data collection, the following were used: Sociodemographic and Social Participation Questionnaire prepared for this purpose (AUTHORS), WHOQOL-Bref Scale (WHOQOL-Group, 1998; Canavarró et al., 2010) and Lubben Social Networks Bref Scale (LSN-6; Lubben, 1998; portuguese version of Ribeiro, et al.2012).

Results. The 104 participants have an average age of 72.6 years, the majority are women (80.8%) but married or cohabiting (61.5%). With regard to the social network and the risk of social isolation was higher among the participants of the Comparison Group (15.38%). In terms of QoL, statistically significant differences were found between the PIA Group and the Comparison Group in the general ($t = 2.366$; $p = 0.020$), with the Comparison Group having the highest mean value ($M = 67.5$; $SD = 15.9$ vs. $M = 60.6$; $SD = 14.1$). When comparing the QoL in relation to the rupture of belonging and gender, significant differences were identified in the QoL/general between men of the PIA Group and men of the Comparison Group (Comparison Group: $M = 76.3$; $SD = 7.1$ vs. PIA Group: $M = 60.1$; $SD = 14.4$). Also in QoL/general, within the IAP Group, the difference between male and female gender was marginally significant (F : $M=60.1$; $SD=14.4$; M : $M=62.5$; $SD=13.2$). Within the same groups, significant differences were also found in the psychological domain (F : $M=72.4$; $SD=11.1$; $M=80.0$; $SD=11.4$) and the environmental domain (F : $M=65.9$; $SD=11.9$; M : $M=68.1$; $SD=10.4$). Finally, statistically significant relationships were found between social network and QoL in both groups. Specifically, in the PIA Group, social networks (total Lubben, family and friends) are positive and significantly associated with the QoL social relations domain (domain of social relations and Lubben family - $r=0.406$; $p=0.003$; domain of social relations and Lubben friends $r=0.324$; $p=0.019$; and domain of social relations and total Lubben - $r=0.433$; $p=0.001$). In the Comparison Group, the Lubben family is positively correlated with the environmental domain ($r=0.288$; $p=0.038$); the Lubben friends with the psychological domain ($r=0.282$; $p=0.043$) and social relationships ($r=0.274$; $p=0.049$); and the total Lubben with the psychological domain ($r=0.305$; $p=0.028$) and environment ($r=0.288$; $p=0.038$).

Conclusion. The results of this study gather evidence on the importance of the Municipal Intervention Programs (PIA) and the activities they implement for the promotion of EBS. Thus,

we call attention to the need to continue implementing this type of programs, taking into account the needs of the elderly population.

Keywords: Successful aging; Social Networks; Quality of life; social participation; Programs of municipal intervention; Social Gerontology.

Índice	
Introdução	17
Capítulo I – Revisão da literatura	23
1. O fenómeno do Envelhecimento Humano	25
1.1. Envelhecimento individual e coletivo	25
1.2. Envelhecimento Normal, Patológico e ótimo	26
1.3. A Gerontologia e a Gerontologia Social	27
1.4. O contributo de Bass para a Gerontologia Social	30
2. Envelhecimento Bem-sucedido e o “social engagement” /participação social.....	31
2.1. Modelos do Envelhecimento Bem-sucedido (EBS)	31
2.2. Envelhecimento Ativo (EA)	36
2.3. O “social engagement” / participação social	38
2.4. EBS e o “social engagement”	40
3. Redes sociais e Suporte Social	42
4. Qualidade de vida e envelhecimento	46
Capítulo II – Método	53
1. Plano de investigação e participantes	55
2. Instrumentos de recolha de dados	55
3. Procedimentos de recolha de dados	59
4. Estratégias de Análise de Dados.....	59
CAPÍTULO III- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	61
1. Descrição dos participantes e participação em Programas de Intervenção Autárquica (PIA).....	63
1.1. Caracterização Sociodemográfica dos participantes	63
1.2. Caraterização do Grupo PIA	64
1.3. Atividades socio recreativas para além dos PIA.....	67
2. Análise da Rede Social e Qualidade de Vida (QdV)	72
2.1 Rede Social	72
2.2. Qualidade de vida (QdV) geral e respetivos domínios	76
3. Análise comparativa entre a Rede Social e QdV e respetivos domínios.....	80
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO	83
Referências bibliográficas	92
Anexos	100

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	59
Tabela 2. Tipologia dos PIA	60
Tabela 3. Motivos que incentivaram a participação nos PIA	60
Tabela 4. Categorização do tempo de participação nos PIA	61
Tabela 5. Periodicidade atual de participação nos PIA	61
Tabela 6. Assiduidade aos PIA	61
Tabela 7. Participação em atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA.....	62
Tabela 8. Tipologia de atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA.....	62
Tabela 9. Realização, no último ano, de novas atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA.....	63
Tabela 10. Tipologia das novas atividades recreativas e sociais, realizadas no último.....	63
Tabela 11. Tipologia das atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA realizados no último ano.....	64
Tabela 12. Grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro e trabalhar para a sua concretização.....	65
Tabela 13. Participação em atividades recreativas e sociais, comparando passado e presente.....	66
Tabela 14. Participação em atividades recreativas e sociais comparativamente a pessoas da mesma idade.....	66
Tabela 15. Dimensões individuais da LSN6-6 para o grupo PIA e de comparação.....	68
Tabela 16. Funcionamento interpessoal segundo cada grupo.....	69
Tabela 17: Nível de isolamento social.....	69
Tabela 18. Comparação das dimensões totais do Lubben em função do grupo de pertença e da idade.....	70
Tabela 19. Comparação das dimensões totais do Lubben em função do grupo de pertença e do género.....	71
Tabela 20. Valores médios e variação dos domínios da QdV nos dois grupos.....	72
Tabela 21. Comparação dos domínios da QdV em função do grupo de pertença e da idade.....	73
Tabela 22. Comparação dos domínios da QdV em função do grupo de pertença e género.....	74
Tabela 23. Valores para a correlação de Pearson entre as facetas da QdV e as dimensões do LSN6-6 para o Grupo PIA.....	76

Tabela 24 Valores para a correlação de Pearson entre as facetas da QdV e as dimensões do LSN6-6 para o Grupo de Comparação77

LISTA DE ABREVIATURAS

EA- Envelhecimento Ativo

EBS- Envelhecimento Bem-Sucedido

QdV- Qualidade de vida

OMS- Organização Mundial de Saúde

PIA – Programas/Projetos de Intervenção Autárquica

PPC – Proatividade Preventiva Corretiva

SOC – Seleção, Otimização e Compensação

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

WHO – *World Health Organization*

PAM – Plantas Aromáticas e Medicinais

Introdução

O termo envelhecimento bem-sucedido (EBS) tem, nas últimas décadas, sido utilizado por diversos autores que partilham uma visão positiva do envelhecimento. Desta forma, o envelhecimento da população é o fenómeno que, predominantemente, caracteriza a demografia mundial e a configuração das sociedades atuais. O duplo envelhecimento da base e do topo da pirâmide demográfica (Rosa & Chitas, 2010) cumulativo com o envelhecimento das estruturas etárias intermédias (Kuchemann, 2012) fizeram de Portugal um dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo (Rosa, 2012). Assim, o aumento do número de pessoas idosas e da esperança média de vida, faz com que o envelhecimento e o modo como nos adaptamos a esse processo.

A necessidade de mais e maiores conhecimentos acerca dos idosos, do processo de envelhecimento, de modo como ele se encaixa na história de vida de cada indivíduo e das suas consequências sobre a condição de vida quotidiana, ganhou uma nova pertinência. Emerge então uma nova disciplina a Gerontologia que investiga a velhice e o envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspetos do envelhecimento normal e patológico, tendo em conta o potencial para o idoso se desenvolver ao longo do curso de vida (Elder Jr, 1998). Este novo campo científico caracteriza-se como um campo de estudo multidisciplinar, que recebe contribuições metodológicas e conceptuais de ciências como biologia, psicologia e ciências sociais (Almeida, 2012) e tem como foco de estudo o envelhecimento, a velhice e o idoso (Fernandéz-Ballesteros, 2002).

No âmbito da Gerontologia emergiu uma área específica – a Gerontologia Social, sendo que o termo foi usado pela primeira vez em 1964, por Clark Tibbits. Segundo Paúl (2005a), a Gerontologia Social foca o seu interesse na importância que as condições socioculturais e ambientais podem exercer no processo de envelhecimento e na velhice, bem como nas consequências sociais desse processo e nas ações sociais que podem maximizar o processo de envelhecimento. É uma área científica de formação recente que constitui uma exigência e necessidade das sociedades contemporâneas.

O termo envelhecimento bem-sucedido (EBS), tem nas últimas décadas, sido utilizado por diversos autores, sendo por estes partilhado como uma visão positiva do envelhecimento. Desde então, vários autores têm desenvolvido conceptualizações e critérios para determinar a possibilidade de envelhecer com sucesso, com origem científica diferente, são três os principais modelos de EBS. O modelo biomédico de Rowe e Kahn (1997, 1998), que defende que o EBS é a capacidade para manter três comportamentos ou características do envelhecimento bem-sucedido, com a respetiva

ordenação hierárquica: (1) baixo risco de doença e incapacidade relacionada; (2) elevada função mental e física; e (3) envolvimento ativo com a vida. Numa perspetiva mais psicológica, Baltes e Baltes (1990), no seu modelo de Otimização Seletiva com Compensação, referem que o EBS tem de ser pensado em termos de critérios múltiplos subjetivos e objetivos, bem como reconhecer as variações individuais e culturais. Já a partir da perspetiva sociológica, surgiu o modelo Proatividade Preventiva Corretiva (PPC) (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005), que reconhece que as disposições psicológicas (como a esperança e a autoestima) podem afetar tanto as adaptações pró-ativas quanto os resultados de qualidade de vida, sendo que adaptações pró-ativas se conceptualizam, segundo os autores, em termos comportamentais e não cognitivos.

Na sociedade atual tem-se tentado implementar uma visão positiva do envelhecimento. A OMS (2002) fomentou o conceito de Envelhecimento Ativo (EA), nos finais dos anos 90, para descrever o envelhecimento como ótimo. Desta forma, a OMS (2002) propõe uma definição processual do envelhecimento ativo baseado em três componentes fundamentais: (1) para manter um funcionamento ótimo, (2) um modelo teórico sobre os determinantes do EA; e (3) uma resposta política imposta pelo desafio de um mundo em processo de envelhecimento progressivo. O EA tem como principal objetivo aumentar a expectativa de uma vida mais saudável e a QdV para todos os indivíduos em processo de envelhecimento, nomeadamente aqueles que estão frágeis e em condições débeis. Mais ainda, o EA, procurar demonstrar aos indivíduos que participar na sociedade de acordo com as suas possibilidades e capacidades é permitir que desenvolva e compreenda que tem potencial e capacidade de manter ou maximizar o seu bem-estar físico, social e mental, ao longo de todo o curso de vida. A conceção de EA integrava quatro pilares básicos: (1) saúde, que faz referências ao bem-estar físico, mental e social das pessoas mais velhas; (2) participação ativa, tanto individual como coletiva numa sociedade de acordo com as necessidades, capacidades e sobretudo através das relações interpessoais; (3) segurança e proteção das pessoas idosas que necessitam de assistência (OMS, 2005); e (4) aprendizagem ao longo da vida (OMS, 2015)

Um dos pilares fundamentais do EA - a participação social, um fator fundamental para o bem-estar da população idosa, implica ter em conta as relações familiares, assim como as redes sociais, uma vez que estas tendem a sofrer alterações significativas ao longo do tempo, resultantes do processo de envelhecimento marcado por transições como a reforma, a viuvez e as situações de dependência. Assim sendo, não é surpreendente que a participação social tenha sido uma componente chave de muitos modelos conceituais de funcionamento humano ou

de envelhecimento bem-sucedido e foco de uma quantidade substancial de investigações. A participação social dos idosos tem sido tema de teorização e o foco de um considerável número de estudos empíricos (Levasseur et. al., 2010).

Em síntese, a participação social é fundamental para promover uma estratégia de EBS ou EA, quer em termos individuais quer em termos coletivos. Como observado anteriormente, o envolvimento em atividades sociais de base comunitária pode ser uma mais-valia na estratégia de EBS..

As redes sociais contribuem para a capacidade adaptativa do indivíduo, bem como para a manutenção da própria saúde física e mental (Sluzki,2010), podendo, genericamente, caracterizar-se, como afirmam, Dunst e Trivette (1990), como sendo o conjunto de recursos fornecidos por outros indivíduos, representando assim a totalidade das relações que o indivíduo tem ao seu dispor.

Desta forma, a rede social nas pessoas idosas desempenha um papel primordial, uma vez que são determinantes para o seu bem-estar psicológico, sendo que estes estão sujeitos a um maior risco de perdas sociais importantes, tais como a morte de cônjuge, amigos/pares e a diversos constrangimentos, designadamente, problemas de saúde, mudanças geográficas, e limitações funcionais (Rodrigues, Tavares, Dias, Pegorani, Marchiori, & Tavares, 2017).

As redes sociais são consideradas um fator determinante da qualidade de vida (QdV) das pessoas idosas, designadamente por lhes permitir lidar com ambientes stressantes ou experiências de vida difíceis. Assim, por QdV entende-se, segundo a OMS (2002), *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. Esta definição de QdV é complexa, uma vez que engloba a saúde física, o nível de dependência, o estado psicológico, as crenças pessoais, as relações sociais e a relação com o meio circundante. Ao analisar a literatura no domínio constata-se não existir uma definição unânime para o conceito presenciando-se uma diversidade de definições e de tipologias. Guse e Masesar (1999) explicam que a ausência de definição unânime de QdV tem sido defendida de duas maneiras opostas: há concordância geral acerca da definição e dos componentes da QdV ou não há uma definição e medida *“gold standard”*, pelo que fica a liberdade para utilizar qualquer definição e medida, ou seja, todas as definições e medidas seriam boas.

Neste contexto, estabelece-se como objeto geral deste estudo analisar as relações entre rede social e a qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos que participam em programas/projetos de intervenção autárquica (PIA), sendo que especificamente se pretende: (1) caracterizar os participantes em termos

sociodemográficos e de envolvimento social; (2) avaliar a rede social e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da sua participação em PIA; e (3) analisar a associação entre a rede social e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da participação social.

Para concretizar estes objetivos de investigação, a presente dissertação desenvolve-se em três capítulos: (I) revisão da literatura no domínio, (II) método, e (III) apresentação e discussão dos Resultados. No primeiro capítulo procede-se ao enquadramento teórico e empírico dos conceitos sob investigação, primariamente com uma abordagem às principais teorias e modelos que sustentam a Gerontologia, com maior enfoque nas perspetivas positivas de envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo, seguidas da análise dos conceitos de QdV, o “*social engagement*” e as redes sociais. No segundo capítulo apresentam-se as opções metodológicas do estudo, caracterizando os participantes, instrumentos de avaliação e procedimentos de recolha e tratamentos dos dados. Por fim no último capítulo descrevem-se os principais resultados que são depois discutidos à luz do enquadramento conceptual e empírico construído.

Capítulo I – Revisão da literatura

1. O fenómeno do Envelhecimento Humano

O envelhecimento é um processo contínuo, multidirecional e multidimensional, que sofre alterações e mudanças por influência de fatores genético-biológicos e socioculturais, que podem ser de natureza normativa ou não-normativa, assinalado por ganhos e perdas e por interatividade entre o indivíduo e a cultura (Baltes, 1987).

Desta forma a idade cronológica não é um critério adequado para imputar a condição de velho a uma pessoa, assim os investigadores procuram outros critérios ou indicadores, nomeadamente a idade funcional, para perceber esta condição. Segundo Fernández-Ballesteros (2002), o modo como funciona o nosso corpo, nos sentimos e emocionamos, nos relacionamos com os outros, e nos envolvemos com os outros e com vida, seriam alguns dos fatores através dos quais se poderia aferir o quão velhos somos

Contudo Paúl (2005a) refere que a conceitualização de envelhecimento e as atitudes perante os mais velhos têm vindo a modificar-se, uma vez que as formas de conceitualizar o envelhecimento e a velhice são diversas e provêm de diferentes áreas disciplinares, sendo que tal se justifica pelo enorme leque de conceptualizações que se associam ao facto de o envelhecimento ser considerado um campo multidisciplinar (Dias & Rodrigues, 2012).

1.1. Envelhecimento individual e coletivo

Para Rosa (2012), na sociedade contemporânea, o envelhecimento pode ser perspectivado de duas formas distintas: o envelhecimento como fenómeno individual e o envelhecimento enquanto fenómeno coletivo.

No que diz respeito ao envelhecimento individual, distinguem-se dois aspetos: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico.

O envelhecimento cronológico refere-se à idade, sendo este um processo universal, progressivo e inevitável. Rosa (2012) refere que envelhecemos desde que somos concebidos, tratando-se, portanto, de um processo que faz parte da transformação do ser humano. Por sua vez, o envelhecimento biopsicológico, é menos linear e não é fixo em termos de idade comparativamente ao envelhecimento cronológico. Este tipo de envelhecimento é influenciado por determinantes, como o género, ambiente, condicionantes genéticos, padrões culturais e sociais, ou seja, é vivido de forma única, cada indivíduo envelhece de maneira e em tempos distintos e únicos.

Segundo Rosa (2012), o envelhecimento individual está muito ligado à “velhice”, sendo esta valorizada de forma distinta conforme os indivíduos e as sociedades onde estes se inserem.

A mesma autora considera que no envelhecimento coletivo, tem que ter em conta duas vertentes: o envelhecimento demográfico (ou da população) e o envelhecimento societal (ou da sociedade).

No envelhecimento demográfico, os indivíduos são classificados indistintamente em categorias fixas: - jovem entre 0 – 14 anos, ativa entre 15 – 64 anos e idosa de 65 anos ou mais. Através do aumento de número de pessoas idosas na população que por sua vez leva ao aumento do índice de envelhecimento, são indicadores que confirmam o envelhecimento demográfico da população. Contudo, apesar do uso de qualquer indicador acima referido, a população envelhece no momento em que estatisticamente a população idosa é mais significativa (Rosa, 2012).

Quanto ao envelhecimento societal, Rosa (2012) defende que ele parece resultar do envelhecimento demográfico, contudo essa afirmação não é totalmente correta, uma vez que é possível termos uma população a envelhecer, mas a sociedade não. Segundo Rosa (2012) “A marca visível do envelhecimento societal é a de uma sociedade deprimida, que se sente ameaçada com a sua própria evolução etária e com as mudanças que em si acontecem” (p. 24). O envelhecimento societal corresponde à estagnação de certos pressupostos organizativos da sociedade.

O envelhecimento individual corresponde ao envelhecimento cronológico e biopsicológico, e refere-se a um processo universal e progressivo, sendo que a velhice é vista de forma diferente conforme as pessoas ou as sociedades.

Por outro lado, o envelhecimento coletivo, associa-se ao envelhecimento demográfico e ao envelhecimento societal, uma vez que todos os indivíduos são classificados do mesmo modo por categorias fixas existentes. E é a partir destas categorias que se define o envelhecimento.

Ao falar-se de envelhecimento é muito comum pensar-se especificamente na idade a partir da qual se pode considerar que um indivíduo é considerado mais velho, desta forma é pertinente referir que, de acordo com a World Health Organization (OMS, 2002), a pessoa mais velha é aquela que tem 60 ou mais anos. No caso de Portugal, a pessoa idosa é concetualizada como o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2005).

Assim verifica-se que o envelhecimento da população já é uma tendência de dimensão mundial, embora seja na Europa que se localiza a maior parte das populações mais envelhecidas do mundo (Rosa & Chitas, 2013)

1.2. Envelhecimento Normal, Patológico e ótimo

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento pode ser normal (saúdável), patológico ou ótimo. Por envelhecimento normal entende-se aquele

que ocorre sem o efeito da presença de patologias, seguindo o curso normal ou normativo e está essencialmente focado na saúde. Por envelhecimento patológico entende-se aquele que é influenciado e/ou antecipado devido à presença de várias patologias, frequentemente crônicas. Já o envelhecimento ótimo para além do foco na saúde do indivíduo, preocupa-se também, com a participação do indivíduo na sociedade. De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), pode considerar-se o envelhecimento ótimo ou bem-sucedido como o produto do “processo de adaptação que ocorre ao longo da vida e através do qual se atinge um ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional, motivacional e social” (p.97).

Podemos concluir que no processo de envelhecimento as condições históricas, socioeconómicas, culturais e pessoais do indivíduo levam a uma variedade e heterogeneidade, uma vez que existem várias e distintas formas de envelhecer (variabilidade interindividual), nomeadamente envelhecimento normal, patológico ou ótimo.

Assim, no processo de envelhecimento podem ocorrer declínios na saúde, a nível físico, psicológico e social, de tal modo que alguns indivíduos apresentam grandes declínios à medida que envelhecem e outros apresentam apenas declínios normativos do envelhecimento.

O estudo do envelhecimento bem-sucedido foca-se na compreensão dos preditores, mecanismos e processos individuais, interpessoais e sociais que permitem ao ser humano atingir com mestria objetivos de desenvolvimento, através da otimização das variáveis contextuais, contribuindo para que o indivíduo potencialmente apresente desempenhos acima da média da população com características demográficas, sociais, culturais e históricas similares, sendo que este conceito e os principais modelos teóricos serão analisados posteriormente.

1.3. A Gerontologia e a Gerontologia Social

A necessidade de mais e maiores conhecimentos acerca dos idosos, do processo de envelhecimento, de como ele se encaixa na história de vida de cada indivíduo e das suas consequências sobre a condição de vida quotidiana, ganhou uma nova pertinência a partir do fim da II Guerra Mundial, induzida por um fenómeno importante: o aumento significativo da esperança média de vida e o correspondente envelhecimento da população.

Neste sentido, com a crescente expansão deste grupo etário, que se tornou um grupo relevante social e estatisticamente, surge a Gerontologia, uma nova disciplina científica (Fonseca,2006).

Proposta por Metchnicoff em 1903, a Gerontologia (do grego gero = envelhecimento + logia = estudo) surge como um campo multi e interdisciplinar que procura descrever e explicar as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento através de marcadores socioculturais, psicológicos, biológicos e genéticos. A gerontologia investiga a velhice e o envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspetos do envelhecimento normal e patológico, tendo em conta o potencial para o idoso se desenvolver ao longo do curso de vida. Caracteriza-se como um campo de estudo multidisciplinar, que recebe contribuições metodológicas e conceptuais de disciplinas como biologia, psicologia e ciências sociais (Almeida, 2012) e tem como foco de estudo, - o envelhecimento, a velhice e o idoso (Fernandéz-Ballesteros, 2002).

Segundo Alkema e Alley (2006), os desafios da Gerontologia enquanto campo integrado do conhecimento inclui barreiras como a interdisciplinaridade, a adoção de uma linguagem comum entre os especialistas e estudiosos do envelhecimento, a integração do conhecimento biopsicossocial e das teorias já produzidas. No campo da prática, o desafio consiste em articular as teorias com a prática a fim de melhorar as condições de vida e de saúde dos idosos e da população que envelhece. A gerontologia é, também, uma ciência de carácter interventivo, com vista à melhoria das condições de vida dos idosos em contextos quer públicos quer privados (Fernandez-Ballasteros, Robine, Walker e Kalache, 2004).

O aparecimento da Gerontologia como ramo de estudo, levou conseqüentemente ao surgimento de novos ramos derivados da gerontologia, tais como, a Gerontologia Social que partilha os mesmos objetos de estudo, mas com foco no lado mais social do envelhecimento.

O termo Gerontologia Social surge pela primeira vez, em 1964, por Clark Tibbits para descrever a área da Gerontologia que, segundo Paúl (2005a), foca o seu interesse na importância que as condições socioculturais e ambientais podem exercer no processo de envelhecimento, bem como nas conseqüências sociais desse processo. É uma área científica de formação recente do conhecimento, que procura saber sobre a relação entre o envelhecimento humano e coletivo, tendo em consideração o impacto que o processo de envelhecimento pode ter na família, nas finanças e nas obrigações sociais na vida do indivíduo (Paúl, 2005a). Na Gerontologia Social, os investigadores são confrontados com uma ampla variedade de problemas de investigação que vão desde o nível abstrato (o que são os efeitos do envelhecimento da população sobre presente e futuro de estruturas sociais) ao prático (o que podem melhorar as políticas públicas). Compreender adequadamente estes problemas exige não só dados, mas também explicação (teoria), contudo a teoria

desempenha um importante papel na investigação sobre o envelhecimento (Bengtson, Burgess & Parrott, 1997)

Em contraste com o desenvolvimento da teoria nas ciências básicas, o progresso teórico tem sido mais desafiador no que respeita à Gerontologia Social. Apesar do estudo do envelhecimento ser recente, existe imensa informação. Contudo, não se sabe tanto quanto se gostaria sobre como e porquê existe tanta variação no envelhecimento. As perguntas porquê e como (porquê e como envelhecemos) requerem teoria para serem respondidas (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein, 2009).

Muitas são as formas de conceptualizar o envelhecimento e a velhice, desde a biologia, a psicologia ou a sociologia. Contudo, nenhuma destas teorias, em separado, será capaz de explicar adequadamente o processo de envelhecimento, uma vez que, como já foi enfatizado anteriormente, as mudanças do tempo no desenvolvimento humano são múltiplas e com várias causas (Fernandéz-Ballesteros, 2002). Fernandéz-Ballesteros (2002) descreve sumariamente o contributo de cada bloco teórico para a explicação do processo de envelhecimento: as teorias biológicas explicam as alterações no organismo do indivíduo, no decorrer do processo de envelhecimento; as teorias psicológicas do envelhecimento permitem descrever as mudanças que, com o tempo e a idade, se produzem no funcionamento psicológico dos indivíduos; as teorias sociais do envelhecimento explicam em contexto social, o quão é complexo e diversificado o processo de envelhecimento.

Embora para a ciência seja importante o conhecimento aumentar gradualmente e por etapas regulares que o trabalho orientado pela teoria tem o potencial de aprimorar a inovação científica ao mesmo tempo em que incorpora a generalização teórica. Sem teoria, os investigadores não possuem uma base para desenvolver e testar hipóteses, interpretar os achados ou gerar mais perguntas para avançar o conhecimento. (Schroeder, Ferrari, & Maestrelli, 2009)

Todas estas questões relativas ao desenvolvimento na vida adulta e velhice levaram à emergência da Gerontologia. Para que os fenómenos desenvolvimentais da idade adulta e da velhice pudessem ser estudados, era fundamental ultrapassar os modelos biológicos baseados no pressuposto de que o desenvolvimento apenas ocorria na infância e na juventude (sendo a vida adulta e a velhice apenas marcadas por declínios). Tal foi conseguido através da constatação de que o desenvolvimento não ocorria apenas na infância e juventude, mas também na vida adulta e velhice e que o desenvolvimento não se referia apenas a aspetos biológicos, mas também psicológicos e sociais. Todas as teorias que emergiram durante o século XX

permitiram explicar a multidireccionalidade desenvolvimental, bem como a heterogeneidade associada ao envelhecimento.

1.4. O contributo de Bass para a Gerontologia Social

Em 2009, surge a teoria integrada da Gerontologia Social, apresentada por Bass (2009) que tem como base uma série de elementos que foram emergindo com o passar dos anos. Bass (2009), na sua proposta em vez de se basear numa filosofia simples optou por combinar constituintes, de forma a dar coerência á compreensão que o próprio individuo tem acerca do processo de envelhecimento.

A teoria integrada (Bass, 2009) combina uma macro perspetiva que pretende avaliar como é que o contexto externo (contexto social, económico, ambiental, cultural e político) tem influência na saúde e no comportamento do individuo e com a microperspetiva pretende avaliar o nível individual e familiar ao longo das mesmas proporções. Estas perspetivas destacam a disposição de recursos que apoiam a população envelhecida e estudam como o individuo responde ao seu próprio envelhecimento.

Segundo Bass (2009), o envelhecimento ocorre em diferentes contextos, que mudam ao longo de diferentes períodos de tempo, os quais são influenciados por eventos históricos, nas diferentes nações e regiões geográficas. Ao longo do ciclo de vida, acumulam-se vantagens e desvantagens, que servem para a compreensão da experiência da velhice, as experiências acumulam-se e influenciam as capacidades, o acesso a recursos, redes e ações em fases posteriores da vida. Esta perspetiva multifacetada reconhece ainda a influência do poder político, que pode ser desencadeado por ideologias políticas ou movimentos em massa para a compreensão da experiência do envelhecimento.

De acordo com o Bass (2009), existem alguns obstáculos aos avanços do conhecimento na Gerontologia, desta forma o autor defende para uma maior aproximação entre investigadores será necessário dispor de ferramentas conceptuais e metodológicas para tal.

Segundo Bass (2009), teoria integrada da Gerontologia Social, está em constante movimento. Desta forma, o autor propõe uma nova representação gráfica, em forma de uma teia tridimensional, com vários elementos que interagem entre si e que sofrem inúmeras influências em vários momentos no tempo.

A esquematização desta teoria tem uma dimensão vertical onde estão representados o tempo, a experiência acumulada, a história e os eventos que influenciam o indivíduo, sendo que este se encontra no centro. Os quatro elementos que unem a estrutura, referem-se à economia (circunstâncias macro e

microeconómicas e recursos/bens individuais), à política, à cultura (família, religião e expectativas e tradições culturais) e ao coletivo. Cada um dos elementos interativos representa as diversas interações que os indivíduos têm com as diferentes estruturas ao longo do tempo.

Segundo Bastos e colaboradores (2013), a representação gráfica desta teoria tem a particularidade de agregar uma grande multiplicidade de perspectivas, podendo o investigador/interventor focalizar-se num dos aspetos da torre – o indivíduo, ou então a estrutura social, ou ainda as circunstâncias económicas, ou políticas ou ambientais. Sendo assim este é um bom ponto de partida para a interdisciplinaridade.

2. Envelhecimento Bem-sucedido e o “social engagement”/participação social

O envelhecimento é uma consequência natural de qualquer sociedade, mas o grande problema que se coloca é encontrar respostas para que a população envelhecida não perca qualidade de vida, e “consiga agregar qualidade aos seus anos adicionais de vida” (Passos, 2016, p. 66). Desta forma, seguidamente são analisados os vários os modelos que abordam o envelhecimento bem-sucedido

2.1. Modelos do Envelhecimento Bem-sucedido (EBS)

A tentativa de definir e estabelecer critérios de EBS tem vindo a acontecer ao longo das várias décadas e conta com vários modelos distintos. Robert Havighurst em 1961, deu um maior destaque ao conceito defendendo que o mesmo se baseia no envolvimento do indivíduo em novos papéis sociais, todavia este conceito já havia sido uma temática discutida por Cícero há séculos atrás (Rowe & Cosco, 2016).

Segundo Rowe e Kahn (1997, 1998), no seu modelo biomédico, o EBS não é necessariamente sinónimo de riqueza e depende de escolhas, comportamentos e esforços individuais. Os autores acima citados, no seu modelo defendem que o EBS é a capacidade para manter três comportamentos ou características, com a respetiva ordenação hierárquica: (1) baixo risco de doença e incapacidade relacionada; (2) elevada função mental e física; (3) envolvimento ativo com a vida. Ou seja, ausência de doença e incapacidade facilita a manutenção da saúde mental e física, a manutenção da função mental e física, por sua vez, capacita (mas não garante) o envolvimento ativo com a vida. Os teóricos veem esta combinação dos três elementos como uma representação completa da conceção de EBS, referindo um conjunto de sugestões para envelhecer bem.

Rowe e Kahn (1997, 1998), veem esta combinação dos três elementos como uma representação completa da concepção de EBS, referindo um conjunto de sugestões para envelhecer bem.

É desta forma que manter uma elevada função mental e física, através da adoção de comportamentos e estilos de vida que reduzem a perda da funcionalidade, assim como a conservação das redes relacionais mais próximas, possibilita à pessoa idosa, a desejada independência funcional.

Neste contexto, Rowe e Kahn (1997, 1998) consideram que o EBS vai além do potencial, envolvendo atividade, designado por "envolvimento com a vida". O envolvimento ativo com a vida toma muitas formas, mas o EBS está mais focado nos relacionamentos com outras pessoas, com a comunidade e um comportamento que é produtivo.

Desta forma, um nível funcional elevado, engloba o aspeto físico e cognitivo, que são fundamentais no desenvolvimento da atividade, o que nos leva novamente à terceira componente. Tendo em conta que existem múltiplas configurações possíveis da terceira componente – *envolvimento ativo com a vida* – e face às lacunas do seu modelo, Rowe e Kahn (2015) operacionalizam esta componente em duas dimensões: (1) relacionamentos interpessoais; e (2) atividades produtivas, que sejam significativas para a pessoa, não apenas na velhice, mas também em idades anteriores.

Segundo Rowe e Kahn (1997), as relações interpessoais são os contactos com os outros, as trocas de informação, o suporte emocional e a prestação direta de auxílio. Relativamente ao envolvimento em atividades produtivas ou significativas, Rowe e Kahn (1997) descrevem como sendo aquela atividade que permite promover valor no seio da sociedade, independentemente de ser ou não remunerada, tais como ser cuidador informal ou praticar voluntariado.

Além disso, Rowe e Kahn (1997) referem um último tópico integrante da componente de envolvimento com a vida – a resiliência ao stress. A resiliência ao stress baseia-se em "*stressfull life events*", por exemplo, situações de doença, incapacidade resultado de acidente, ou por outro lado, a reforma antecipadamente forçada, a súbita diminuição dos rendimentos. Isto permite compreender como as pessoas lidam e ultrapassam crises para continuarem a dar resposta aos ditos critérios de sucesso. Já que estas funções necessárias para lidar com estes eventos stressantes deveriam ser avaliadas antes das pessoas lidarem com os mesmos, existe falta de robustez empírica na avaliação da resiliência ao stress.

Segundo Rowe e Kahn (1987), o ser humano apresenta um impulso natural para manter e desenvolver relações sociais. Desta forma, valores elevados de envolvimento social e manutenção de um compromisso ativo com a vida, implicando a

continuidade das relações e interação com outros e a realização de atividades produtivas, geradoras de valor estão significativamente associados altos níveis de saúde física e mental.

Por outro lado, numa perspectiva mais psicológica, Baltes e Baltes (1990), referem que o envelhecimento bem-sucedido tem de ser pensado em termos de critérios múltiplos subjetivos e objetivos, bem como reconhecer as variações individuais e culturais. Desta forma os autores apresentam sete proposições sobre o EBS. Assim, os autores consideram que: (1) há diferenças substanciais entre o envelhecimento normal, patológico e ótimo; (2) há muita heterogeneidade/variabilidade no processo de envelhecimento; (3) há muita reserva latente, este conceito refere-se à plasticidade; (4) as capacidades de reserva relacionadas com a idade são limitadas. (5) o declínio relacionado com a idade, nas mecânicas cognitivas, pode ser compensado através do conhecimento das pragmáticas e da tecnologia; (6) o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez menor com o envelhecimento; e (7) o *self* mantém-se resiliente na velhice.

Com base nestas proposições, sobre a natureza do envelhecimento, os autores derivaram uma série de princípios gerais, no que diz respeito a estratégias potenciais para o envelhecimento bem-sucedido. No entanto, como um padrão, sugerem uma abordagem coordenada e focada.

Em primeiro lugar, parece desejável envolver-se num estilo de vida saudável, a fim de reduzir a probabilidade de envelhecimento patológico (proposição 1). Em segundo lugar, devido à heterogeneidade, direção e diversidade do envelhecimento é importante evitar soluções simples e incentivar a flexibilidade individual e societal (proposição 2). Em terceiro lugar, é desejável fortalecer as capacidades de reserva (proposição 3) por meio de atividades educacionais, motivacionais e relacionadas com a saúde, bem como nutrir convívios sociais. Os limites à capacidade de reserva (proposição 4) e o papel compensatório do conhecimento e da tecnologia (proposição 5) sugerem outro princípio estratégico geral. Por causa da perda de capacidade adulta, particularmente nos limites da capacidade, os adultos mais velhos necessitarão de apoios compensatórios especiais. Por fim, a mudança de equilíbrio na relação entre ganhos e perdas (proposição 6) e a continuação da resiliência do *self* (proposição 7) sugerem a consideração de estratégias que facilitem ajustes à realidade objetiva (Baltes & Baltes, 1990).

Numa perspectiva psicológica centrada na plasticidade humana, Baltes e Baltes (1990) começaram a articular uma estratégia prototípica de envelhecimento bem-sucedido e nomearam-na de "otimização seletiva com compensação (SOC). O modelo em questão contempla três estratégias: seleção, otimização e compensação.

Em primeiro lugar, há o elemento de seleção, que explica a tarefa de adaptação da pessoa e da sociedade para concentrar-se nos domínios que são de alta prioridade e que envolvem exigência ambiental, motivação individual, habilidades e capacidade biológica. Assim, o processo de seleção implica um ajuste das expectativas do indivíduo para que exista a percepção da satisfação subjetiva e do controlo pessoal.

O segundo elemento, otimização, recai sobre a perspectiva de que os indivíduos para aumentar as suas reservas gerais e a qualidade e quantidade dos seus recursos de vida envolvem-se em comportamentos maximizadores. Estudos de intervenção sobre a plasticidade cognitiva demonstraram que os idosos continuam a ser capazes de implementar processos de otimização (Baltes & Baltes, 1990).

O terceiro elemento, a compensação, também resulta, como a seleção, das restrições na plasticidade individual ou potencial adaptativo, tornando-se operacional quando as capacidades comportamentais específicas são perdidas ou são reduzidas abaixo de um padrão exigido para o funcionamento.

Baltes e Baltes (1990) consideram que a manutenção das atividades sociais e a participação ativa na sociedade está intimamente ligada ao envelhecimento bem-sucedido, através da promoção do bem-estar e da funcionalidade do corpo e da mente. Além disso, a manutenção das atividades também tem repercussões ao nível da satisfação pessoal e promove o sentimento de competência (Sequeira, 2010).

Por sua vez, numa perspectiva sociológica, surgiu o modelo da Proatividade Preventiva Corretiva (PPC) (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005), que reconhece que as disposições psicológicas (como a esperança e a autoestima) podem afetar tanto as adaptações pró-ativas quanto os resultados de qualidade de vida, sendo que adaptações pró-ativas se conceptualizam em termos comportamentais e não cognitivos.

O indivíduo apresenta-se como a parte central do modelo, com os seus recursos internos (esperança, altruísmo, autoestima, estratégias de *coping* e satisfação com a vida), adaptações proativas (preventivas, corretivas e emergentes) e os recursos externos (financeiros, sociais e emergentes), o qual é influenciado pelo contexto espacial e temporal, estando constantemente exposto a fatores de stress cumulativos

Este modelo abrangente de EBS especifica como os fatores de stress decorrentes de doenças crónicas, eventos de vida de longo prazo recentes e incongruência pessoa-ambiente na ausência de “amortecedores”, desencadeou uma cadeia de eventos levando a resultados adversos na qualidade de vida.

Desta forma, o Modelo de Proatividade Preventiva Corretiva, tem como foco principal a explicação das adaptações comportamentais, sendo que estas dividem-se em três grupos: (1) adaptações preventivas; (2) adaptações corretivas e (3) adaptações emergentes. No que toca às adaptações comportamentais preventivas desempenham um papel importante na prevenção da ocorrência de várias doenças crónicas e integram um conjunto de diversos aspetos tais como a promoção da saúde, este aspeto já se encontra presente no Modelo de Rowe e Kahn (1997, 1998) e foi considerada relevante por Baltes e Baltes (1990). No que diz respeito ao segundo grupo de ajustamentos, as adaptações corretivas, estas focam-se na organização do suporte formal e informal, na substituição de papéis, pressuposto que também apresenta enorme relevância para a promoção do bem-estar e saúde no modelo de Rowe e Kahn (1997, 1998). Por fim, as adaptações comportamentais emergentes, focam-se num novo leque de possibilidades para a gestão de fatores de stress com os quais as pessoas com doenças crónicas se debatem no dia-dia, através do uso da tecnologia.

Em suma, Kahana e Kahana (1996), no seu Modelo de Proatividade Preventiva Corretiva, veem os adultos mais velhos como agentes ativos que para aumentar a sua qualidade de vida, através da adoção de comportamentos preventivos e corretivos. Os esforços proactivos são facilitados pela posse de recursos externos e internos. Os autores apresentam múltiplos exemplos de como as pessoas idosas podem atuar para melhorar ou manter a qualidade de vida, mas a posição do indivíduo na estrutura social é um dos aspetos a ter em linha de conta uma vez que as leis e as políticas públicas afetam a possibilidade de adaptação proactiva.

Segundo Kahana e Kahana (1996), os recursos internos e externos contribuem para a manutenção do bem-estar psicológico, das redes sociais e das atividades sociais entre idosos que sofrem de stress normativos do envelhecimento. O modelo de Proatividade Preventiva Corretiva refere que as adaptações pró-ativas (o exercício, a prática de atividades, planear o futuro, a participação social) têm influência sobre vários aspetos da qualidade de vida (sintomatologia depressiva e atividades sociais). Ou seja, os idosos podem manter um EBS mesmo face a fatores de stress relacionados com a saúde e sociais, recorrendo a recursos acumulados para lidar ativamente com os desafios do envelhecimento. Isto é, o idoso deve manter-se ativo, através da participação social, através da prática de exercício físico, prática de atividades sociais.

Concluindo, é pertinente que o EBS continue a ser um tema importante na Gerontologia, dado que, seja como processo ou como resultado, este tem uma

presença sustentada na literatura gerontológica, bem como tem sido encarado como um aspeto importante no trabalho empírico (Rowe & Cosco, 2016).

2.2. Envelhecimento Ativo (EA)

Após uma abordagem aos modelos e conceitos de EBS, importa clarificar conceitos e ideias relativas ao Envelhecimento Ativo (EA).

A OMS (2002) fomenta o conceito de EA, nos finais dos anos 90, para descrever o envelhecimento ótimo. Desta forma, a OMS (2002) propõe uma definição processual do envelhecimento ativo baseado em três componentes fundamentais: (1) para manter um funcionamento ótimo, é necessário o curso de vida; (2) um modelo teórico sobre os determinantes do EA e finalmente, (3) uma resposta política imposta pelo desafio de um mundo em processo de envelhecimento progressivo.

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

O EA tem como principal objetivo aumentar a expectativa de uma vida mais saudável e a qualidade de vida para todos os indivíduos em processo de envelhecimento, nomeadamente aqueles que estão frágeis e em condições débeis, mas também procurar demonstrar aos indivíduos que participar na sociedade de acordo com as suas possibilidades e capacidades é permitir que o indivíduo desenvolva e compreenda que tem potencial e capacidade de manter ou maximizar o seu bem-estar físico, social e mental, ao longo de todo o curso de vida. Apesar de existirem perdas, envelhecer com qualidade é cada vez mais uma possibilidade ao alcance da maioria dos indivíduos, pelo recurso a estratégias que permitam uma adaptação face a essas mesmas perdas (Fonseca, 2012).

A conceção inicial do EA integrava três pilares básicos: (1) saúde, que faz referências ao bem-estar físico, mental e social das pessoas mais velhas; (2) participação ativa, tanto individual como coletiva numa sociedade de acordo com as necessidades, capacidades e sobretudo através das relações interpessoais; e (3) segurança e proteção das pessoas idosas que necessitam de assistência (OMS, 2005). Contudo, surge um quarto elemento, designadamente (4) aprendizagem ao longo da vida (OMS, 2015).

Segundo a OMS (2015, p.44), atualmente o EA é definido como “(...) o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”. Tal significa que os indivíduos não envelhecem todos da mesma forma, o que nos leva a crer que o envelhecimento permite a variabilidade intraindividual. Logo, indivíduos ativos na realização de intervenções em contextos sociais e políticos, entre outros, mantêm uma grande plasticidade que, conseqüentemente, se revela maximizador para um funcionamento ótimo ao longo do ciclo de vida (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Voltando a um dos pilares fundamentais do EA - a participação social, que é um fator fundamental para o bem-estar da população idosa, temos de ter em conta as relações familiares, assim como as redes sociais uma vez que estas tendem a sofrer alterações significativas ao longo do tempo, resultantes do processo de envelhecimento marcado por transições como a reforma, a viuvez e as situações de dependência.

A diminuição da qualidade das relações sociais associada a uma vida social menos ativa leva ao isolamento, que se reflete no estado de saúde física e mental da pessoa idosa o que se traduz na diminuição da contribuição ativa da pessoa idosa na sociedade (Cabral, et.al., 2013). Neste sentido, é fundamental estimular a pessoa idosa de forma a que esta se mantenha ativa na sua comunidade. O que inclui a participação em instituições locais, associações religiosas e sociais, universidades sêniores, voluntariado entre outras.

Segundo Cabral e colaboradores (2013), a participação social está associada melhores níveis de bem-estar, satisfação, saúde e qualidade de vida favoráveis à população idosa.

Em suma, a OMS (2005) refere que, pelo facto do EA ser um marco político, tem de se ter em conta uma série de princípios norteadores da ação política, tais como: (1) a atividade não deve focar-se apenas na prática de exercício físico ou atividade laboral, mas também dar ênfase à questão social; (2) o EA é aplicável a pessoas de todas as idades, saudáveis e ativas, ou frágeis e com necessidade de cuidados; (3) as metas do individuo são de âmbito preventivo, restaurativo e paliativo; (4) o EA também se foca na promoção da autonomia, independência e interdependência, bem como na solidariedade intergeracional; (5) combina a ação política “de cima para baixo” com o empoderamento dos cidadãos; (6) é uma abordagem fundamentada em direitos; (7) potencia a responsabilidade do indivíduo relativamente ao aproveitamento das oportunidades que lhe são dadas.

2.3. O “social engagement”/participação social

A participação social pode ser um resultado objetivo (observado por alguém, com base no desempenho) ou um resultado subjetivo (relatado pelo indivíduo, satisfação com a experiência) e requer a interação entre fatores pessoais e ambientais (Levasseur, Richard, Gauvin & Raymond, 2010). Até certo ponto, a participação social é um processo que reflete a influência da idade, o sexo e a identidade sociocultural da pessoa e necessita de ajuste às normas sociais e culturais. Conforme destacado por algumas definições, a participação social pode ser influenciada por medidas políticas (Levasseur, Richard, Gauvin & Raymond, 2010).

Assim sendo, não é surpreendente que a participação social tenha sido uma componente chave de muitos modelos conceituais do funcionamento humano ou do envelhecimento bem-sucedido e foco de uma quantidade substancial de estudos. A participação social dos idosos tem sido tema de teorização e o foco de um considerável número de estudos empíricos (Levasseur et. al., 2010).

A ideia de que a participação de uma pessoa mais velha na atividade social, por mais definida que seja, é boa para a saúde e o bem-estar não tem apenas um forte apelo intuitivo, mas sem dúvida também encontra ressonância nas próprias experiências e relacionamentos com adultos mais velhos (Levasseur et. al., 2010).

Uma questão particularmente saliente a este respeito é a variedade na conceitualização, definição e avaliação tanto do “social engagement” como da participação social. Há pouca consistência no uso e no significado preciso dos conceitos que são utilizados para diferentes tipos de envolvimento social, tais como redes sociais, apoio social, atividade social, envolvimento social, integração social, participação social (Pinto & Neri, 2017).

Desta forma, no trabalho de Levasseur e colaboradores (2010) são várias as definições para “*social engagement*” das quais destacamos “respostas comportamentais adaptativas resultantes do equilíbrio entre as competências pessoais e a adaptação ambiental (o grau de adaptação pessoa-ambiente pode alterar a probabilidade de que respostas comportamentais adaptativas ou não-adaptativas, como o envolvimento social versus o isolamento, sejam escolhidas)” (Levasseur et. al., 2010) e “várias atividades da pessoa executadas dentro do contexto de seu ambiente social; algumas [...] atividades [...] escolhidas para promover tarefas únicas e metas abrangentes ou para manter um estado de valor atual (por exemplo, cantar no coro da igreja ou inscrever-se em uma excursão para idosos); [...] outras atividades, como cuidados pessoais e tarefas domésticas [...], servem ao objetivo de independência e sobrevivência; [...] a mais óbvia forma de envolvimento social é a interação direta com

familiares, parentes, amigos, vizinhos ou colegas de trabalho e a construção e manutenção de relações sociais” (Luoh & Herzog, 2002, p.490).

Lariviere (2008, p. 45) define participação social como “fazer atividades que envolvam uma ação do indivíduo e que contribuam para os outros”. Também Utz, Carr, Nesse e Wortman (2002, p. 523) definem participação social como “interação social com pessoas que não sejam cônjuge; formal (por exemplo, frequência de reuniões, participação religiosa e obrigações voluntárias) e funções sociais informais (por exemplo, contato telefônico e interações sociais com amigos)”.

Maioritariamente, as definições de participação social analisadas por Levasseur e colaboradores (2010) focavam o envolvimento da pessoa em atividades, possibilitando interações com os outros na sociedade e na comunidade.

Levasseur e colaboradores (2010) mencionam seis níveis de envolvimento do indivíduo com os outros que são discutidos num *continuum* que permite distinguir a participação social (do nível 3 ao 6) de conceitos correspondentes, embora diferentes, como a participação (do nível 1 ao 6) e o envolvimento social (“*social engagement*”) (do nível 5 para o 6). Seguidamente serão apresentados os níveis propostos por Levasseur e colaboradores (2010): (1) Realizar uma atividade como preparação para conviver com outros; (2) Estar com outros; (3) Interagir com os outros sem estar a realizar uma atividade em específica; (4) Realizar uma atividade com os outros; (5) Ajudar os outros; (6) Contribuir para a sociedade.

Desta forma, segundo Levasseur e colaboradores (2010), os níveis 5 e 6 definem o conceito de “social engagement”, sendo o nível 5 referente às atividades a partir das quais o indivíduo ajuda os outros, isto é, torna-se um cuidador informal ou pratica voluntariado. No nível 6, a pessoa é um agente que contribui em maior escala para a sociedade através de atividades cívicas como organizações ou eventos relacionados com a política. Os níveis de 3 a 6 definem o conceito de participação abrangendo a interação com o outro, a partilha com o outro, o ajudar o outro e o contribuir para a sociedade. Assim conseguimos perceber que o conceito de “social engagement” está inserido dentro dos parâmetros do conceito de participação social, o que leva a que estes conceitos sejam muitas vezes confundidos ou assumidos como sinónimo.

Com esta proposta de Levasseur e colaboradores (2010) é possível obter algum nível de diferenciação, uma vez que não existe ainda um consenso na definição e diferenciação dos conceitos de participação social e “social engagement”, contudo torna-se cada vez mais evidente o refinamento da investigação neste domínio, e uma crescente aproximação da leitura no sentido da participação social na velhice.

A área da participação visa a possibilidade de propiciar educação e oportunidades de aprendizagem durante o curso de vida, permitindo a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento económico, trabalho formal e informal, assim como, privilegiar as atividades voluntárias, de acordo com as necessidades individuais, preferências e capacidades, e por fim incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar comunitária e social.

2.4. EBS e o “social engagement”

A conceção geral da participação social no presente estudo baseia-se no pressuposto de que a participação social envolve o contato social, contribuindo com recursos para a sociedade e recebendo recursos da sociedade (Levasseur et al., 2010). Assim, o conceito implica diferentes formas e níveis de envolvimento ativo, bem como o envolvimento com a comunidade e a rede social.

Segundo Leon (2005) existe um crescente reconhecimento de que o “social engagement” é importante para o envelhecimento bem-sucedido. Partindo de uma revisão da literatura acerca do envelhecimento, Leon (2005) observou que na gerontologia a participação social está ligada ao envolvimento social, “social engagement”. Note-se que o envolvimento social é uma das características do envelhecimento bem-sucedido, de acordo com a perspetiva de Rowe e Kahn (1998). Face a esta posição é preciso ter em conta que a *atividade* e o *envolvimento social* (“*social engagement*”), de qualquer tipo, desempenha um papel fundamental na velhice.

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

No que diz respeito à participação social, esta é abordada em vários estudos sobre o envelhecimento enfatizando que a participação social ativa emparelhada um elevado nível de atividade é uma componente essencial para obter um EBS. Se olharmos para o modelo biomédico de Rowe e Kahn (1997) que salienta que o envolvimento ativo com a vida é um dos fatores que contribuem para um EBS, percebe-se que se encontra no mesmo alinhamento do anteriormente descrito. Também o EA da OMS (2002) salienta a importância da participação social.

Segundo Freitas (2011), a participação social divide-se em duas componentes: manutenção de relações sociais e prática de atividades produtivas. Neste seguimento e relativamente aos idosos, para Freitas (2011) o isolamento é um fator de risco para a saúde, e ter suporte social de natureza emocional ou instrumental é deveras positivo para a pessoa idosa, contudo não existe um apoio universal que chegue a todo o grupo etário, ou seja, nem todos os indivíduos chegam a receber esse apoio eficazmente necessário.

Também Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca (2006) abordam esta questão referindo que a participação em atividades sociais uteis, que integrem temas de carácter social, cultural, lúdico, servirá de motivação para os idosos ganharem e ou aumentarem o gosto pela vida. Desta forma é importante que o idoso seja parte integrante da planificação e gestão das atividades institucionais de forma a poder desenvolver sentimentos de pertença e se sentir útil e motivado á realização das atividades, uma vez que ao participar na planificação poderá incluir gostos pessoais.

Também a nível político existe a preocupação e o reconhecimento do "social engagement", participação e inclusão em todos os aspetos da vida como direitos humanos fundamentais. Assim, o fomento da participação implica garantir a justiça de oportunidades e a segurança social básica dentro de uma organização democrática da sociedade e da economia, bem como a criação de ambientes sociais e físicos amigáveis à idade, reconhecendo o direito dos cidadãos de compartilhar seu espaço de vida, ao longo do curso de vida. Neste contexto, as medidas de fomento da participação social e da prática podem ser identificadas na promoção do envolvimento e capacitação dos indivíduos (Gonçalves e colaboradores, 2006)

Teorizar a participação social e a vida comunitária levanta a questão dos valores e princípios vitais que indivíduos e grupos se referem quando vivem em conjunto, uma vez que desenvolvem e compartilham recursos comuns (Rainer, 2014).

Além disso, Ristau (2011) sugere que avaliar a sociedade, não se refere apenas à quantidade de riqueza material que oferece aos seus membros, mas sim até que ponto a sociedade permite que as pessoas realizem uma matriz de atividades importantes relacionadas, por exemplo, com a mobilidade ou a participação social, além disso, essas questões parecem ser de relevância vital para idosos.

Em síntese, a participação social é fundamental para promover uma estratégia de EA ou EBS quer em termos individuais quer em termos coletivos. Como observado anteriormente, o envolvimento em atividades sociais de base comunitária pode ser uma mais-valia na estratégia de envelhecimento bem-sucedido.

3. Redes sociais e Suporte Social

O ser humano estabelece, ao longo do ciclo de vida, múltiplas relações sociais que promovem e enriquecem o seu desenvolvimento (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola & Faccenda, 2011).

As redes sociais contribuem para a capacidade adaptativa do indivíduo, bem como para a manutenção da sua própria saúde física e mental (Sluzki, 2010), podendo genericamente, caracterizar-se, como afirmam, Dunst e Trivette (1990), como sendo o conjunto de recursos fornecidos por outros indivíduos, representando assim a totalidade das relações que o indivíduo tem ao seu dispor.

No entender de Kohli e Künemund (2010), o envelhecimento introduz alterações nas redes sociais (*social networks*) das pessoas mais velhas, relativamente à família, amigos, vizinhos, colegas e prestadores de serviços. De acordo com a mesma fonte, as redes sociais podem ser classificadas segundo a sua densidade e coesão, a difusão da informação no seu interior, a multiplicidade de relacionamentos ou a quantidade e qualidade do conteúdo das trocas. No entender destes autores, na conceptualização das ligações sociais na velhice começou-se por dar inicialmente ênfase “às atividades” e aos “papéis” desempenhados pelos mais velhos. Posteriormente realçaram-se as “relações intergeracionais” e as “trocas sociais”, centrando-se então os investigadores não nas respostas individuais, divididas, mas antes nas “dimensões da rede”.

Esta diversidade relacional está intimamente ligada aos vários papéis sociais desempenhados nas diferentes etapas da vida. As relações interpessoais são pautadas pela influência mútua das características pessoais e do contexto em que ocorrem, modificando-se ao longo do tempo (Antonucci, Birditt, & Akiyama, 2009). A alteração mais significativa reporta-se à rede social do indivíduo, que ao longo do ciclo vital sofre mudanças em função do contexto familiar, do trabalho e da participação na comunidade. Acontecimentos como a reforma, a mudança de residência (Paúl, 2005b) e diminuição da capacidade física fazem com que ocorra uma diminuição de contactos sociais (Araújo, Ribeiro, Teixeira & Paúl, 2016).

Indo ao encontro do referido anteriormente, numa sociedade contemporânea o envelhecimento encontra-se associado as modificações relativas à participação ativa do idoso, visto que com a entrada nesta fase da vida, os idosos são alvo de mudanças a vários níveis - familiar, laboral, ocupacional e nos papéis a desempenhar (Sequeira, 2010).

Desta forma, a rede social das pessoas idosas desempenha um papel primordial, uma vez que são determinantes para o bem-estar psicológico dos idosos, sendo que estes estão sujeitos a um maior risco de perdas sociais importantes tais

como, a morte de cônjuge ou de amigos/pares e a diversos constrangimentos, designadamente, questões de saúde, mudanças geográficas, limitações funcionais (Rodrigues, 2010). Ou seja, torna-se relevante a rede social nas pessoas idosas, pois a sua diminuição é associada à diminuição da qualidade de vida, ao *stress* quotidiano, ao aumento de dificuldades funcionais e de incidência de doenças, bem como a ocorrência de morte em caso de períodos curtos de doença. Ao tema da redução das redes sociais também se associa a solidão, interligado a este conceito está o isolamento e o viver só (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Hooyman e Kiyak (2008) esclarecem que as redes sociais englobam as inter-relações estabelecidas entre pessoas, influenciando o fluxo de recursos e oportunidades. Redes sociais mais amplas permitem às pessoas vivenciar com regularidade experiências positivas, concedem um sentimento de estabilidade e a assunção de papéis socialmente reconhecidos na comunidade. Todavia, na etapa final do ciclo de vida os contextos de integração social diminuem, as redes sociais tornam-se mais heterogêneas e, simultaneamente, pode ocorrer um aumento da necessidade de suporte social provocada por mudanças na saúde, na cognição e nas relações emocionais (Hooyman & Kiyak, 2008).

Seguindo esta linha de pensamento, é importante referir alguns conceitos irrelevantes inseridos nesta temática, uma vez que estes são muitas vezes confundidos. Rede social caracteriza-se pelas relações sociais e pelas suas características, refere-se à forma como as relações estruturam os comportamentos e como se apresentam em cada circunstância específica, caracteriza-se pela integração social (Martins, 2005). Rede de suporte é a que visa ajudar a pessoa em situação concreta (Martins, 2005), já suporte social refere-se ao tipo de ajuda que se recebe da rede social (Sequeira, 2010), de modo a capacitar o indivíduo a lidar com o *stress*.

Segundo Fonseca (2006), nem sempre as relações sociais constituem uma fonte de suporte, por vezes afetam negativamente o indivíduo quando lhe provoca sentimentos que enfraquecem o seu autoconceito o que posteriormente conduz a uma redução do seu bem-estar, à doença e à incapacidade, e conseqüentemente pode interferir com a qualidade do relacionamento social, dificultando ou impedindo a reciprocidade do suporte e dos laços. Os idosos poderão ter as suas necessidades instrumentais satisfeitas se as redes de suporte social forem dominadas por familiares. Contudo, tendem a exprimir maior satisfação com a vida se os amigos predominarem (Fonseca, 2006). Para além disto, este autor refere que a quantidade de contatos não prediz bem-estar. A interação com amigos está correlacionada positivamente com o bem-estar emocional e a relação com um confidente é mais importante para a

satisfação com a vida do que a quantidade de interações com a família ou amigos (Fonseca, 2006).

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

Contudo, existem algumas diferenças nas dinâmicas das redes sociais tendo em conta homens e mulheres. As redes sociais nos homens estão relacionadas com o trabalho e sofrem um declínio aquando da reforma; por outro lado, as redes sociais das mulheres são compostas, maioritariamente, por familiares e amigos e sofrem um declínio com a perda destes amigos e familiares (Bowling, 2007).

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

A literatura existente tem demonstrado que as reduções nos contactos sociais neste período de vida não se devem à redução de contacto com as redes de apoio, onde se incluem a família e os amigos próximos, mas sim à diminuição nos contactos com membros periféricos da rede social. Na realidade, o contacto com amigos próximos e familiares parece manter-se de forma estável (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2013).

Todavia, o que importa é perceber a relação entre as redes sociais e o envelhecimento.

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

significativo do tamanho da rede familiar com a ruralidade. De uma forma geral, o referido estudo refere uma associação positiva entre o tamanho da rede social e a competência dos idosos.

É de salientar que o estudo piloto do EXCELSA - European Longitudinal Study of Aging (Fernández-Ballesteros et.al., 2004) utilizou como instrumento de medida a Escala de Redes Sociais de Lubben (1988) para analisar as redes de apoio o que, em Portugal, permitiu verificar a diminuição da extensão da rede ao longo dos anos e uma correlação positiva entre o nível de escolaridade e o aumento do número de confidentes (Paúl, Fonseca, Cruz, & Cerejo, 2001). Observaram-se, ainda, grandes diferenças na composição da rede em homens e mulheres no que respeita ao número de familiares e confidentes, registando as mulheres uma rede mais alargada. Para além destes aspetos, verificou-se um aumento da rede familiar nos idosos rurais. No que concerne às diferenças entre países, este estudo demonstrou não existirem alterações significativas nas suas realidades sociais, concluindo-se que “Portugal tem uma rede familiar significativamente menor do que a Espanha e maior do que a Polónia; tem uma rede de confidentes menor do que a Itália e 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).

É ainda de salientar que em termos de género, de acordo com Nogueira, Lima, Martins e Moura (2009), as mulheres têm mais relações sociais do que os homens, porque demonstram mais habilidades pessoais, são mais calorosas, têm mais facilidade em estabelecer relações de intimidade e são mais próximas à família. As mulheres proporcionam mais apoio, maior contacto com os membros da sua rede, e independentemente da idade, apresentam um maior número de pessoas na sua rede e os contactos estabelecidos são mais diretos que os dos homens (Nogueira *et al.*, 2009).

Mais recentemente, Paúl (2017) realizou um estudo sobre envelhecimento ativo e redes de suporte social, onde se abordou o papel das redes sociais e do suporte percebido na QdV de idosos autónomos a residir na comunidade. Através da evidência empírica e da investigação em Portugal foram discutidas características das redes sociais família e amigos. Com este estudo a autora concluiu que as redes sociais podem estar associadas a maior qualidade de vida (QdV) do idoso bem como a extrema importância da construção de uma rede social e do suporte social ao longo do ciclo de vida.

Em suma, as redes sociais são consideradas um fator determinante da QdV das pessoas idosas, designadamente por lhes permitir lidar com ambientes

stressantes ou experiências de vida difíceis. Desta forma, as redes sociais e as relações criadas no âmbito, são conseqüentemente um impulsionador de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, sendo que interagir, fora da rede familiar, em contexto social é fundamental para o processo de envelhecimento.

Para além disto, a participação na vida social tem sido sugerida como um fator decisivo para o bem-estar das pessoas, constituindo um dos três pilares do modelo de EA proposto pela OMS (2005). Assim, é importante nesta fase da vida reforçar os laços sociais, solidificando a integração na família e a aproximação à comunidade através da participação em organizações, instituições locais e redes de vizinhança, desmistificando a ideia de uma velhice continuamente associada ao abandono e ao isolamento (Araújo et. al., 2016).

Em suma, para o indivíduo as suas redes sociais, e as relações significativas que cria com o outro, é um investimento afetivo positivo que constitui uma variante maximizadora ao longo do ciclo de vida (Paúl, 2005).

4. Qualidade de vida e envelhecimento

Para Farenzena, Argimon, Moriguchi e Portuguez (2007) é impossível estudar o processo de envelhecimento sem abordar QdV. Neste sentido e pelo enorme interesse na temática QdV, pela proliferação de definições pouco claras e pelos inúmeros instrumentos de avaliação desenvolvidos sem base científica, a OMS, na década de 90 forma um grupo de peritos pertencentes a diferentes culturas WHOQOL Group (1994), com o objetivo de debater o conceito de QdV e construir um instrumento para a sua avaliação transcultural. Este grupo considerou que o conceito deveria basear-se em três princípios básicos: subjetividade (a sua definição deveria depender do ponto de vista do indivíduo); multidimensionalidade (a sua definição deve abarcar diferentes aspetos ou dimensões) e presença de dimensões positivas (autonomia) e negativas (dependência).

Assim, QdV é definida pela OMS (1998, p.41) como *“a percepção do individuo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. Esta definição de QdV é complexa, uma vez que engloba a saúde física, o nível de dependência, o estado psicológico, as crenças pessoais, as relações sociais e a relação com o meio circundante.

A QdV pode ainda ser definida de acordo com duas dimensões: a objetiva e a subjetiva (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012). Relativamente à dimensão objetiva esta pode ser verificada por observadores externos, e inclui, poder económico, emprego, a habitação, a educação, características da rede informal, competências

comportamentais do indivíduo, entre outros. No que diz respeito à dimensão subjetiva, esta pode ser averiguada de modo indireto, são as percepções sobre as experiências e valores individuais, incluindo a felicidade e a satisfação com a vida.

Tendo em consideração o desenvolvimento e a conjugação destes elementos no processo de envelhecimento, são analisados e avaliados seis domínios propostos pelo *Grupo WHOQOL*: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade (religião e crenças pessoais). Portanto, a definição de QdV é difícil, por se tratar de um constructo subjetivo e determinado por inúmeras variáveis interligadas ao longo da vida, inclusive no processo de envelhecimento humano. Compreender o envelhecimento como um processo sócio vital multifacetado e consciencializar-se de que se trata de um fenómeno irreversível, é bastante relevante para que todos os profissionais, governos, sociedade em geral e os próprios idosos, vejam a velhice não como um fim, mas como um momento do ciclo da vida que requer cuidados específicos, o qual pode e deve ser desfrutado com qualidade.

Para tal, na década de 90, a OMS deu início a um grupo de peritos de diversas culturas, designado por - WHOQOL Group -, que desenvolveu uma escala para avaliar a QdV em adultos. Inicialmente, foi criado um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões, o WHOQOL-100. Posteriormente, com a necessidade da criação de um instrumento breve que exija pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de QdV da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref (Canavarró et al., 2010). O WHOQOL-Bref integra um conjunto de 26 itens, sendo organizado em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e incluindo também uma faceta geral (faceta geral de QdV), esta última constituída por dois itens que permitem estimar a QdV geral, assim como a percepção global da saúde. As respostas para as perguntas do WHOQOL-BREF são dadas numa escala do tipo Likert de cinco pontos. Esta escala de avaliação de QdV não tem ponto de corte, quanto maior a pontuação, que varia de 0 a 100, melhor a qualidade de vida.

A QdV é hoje em dia um tema de extrema importância uma vez que viver não se restringe apenas a uma forma de subsistência, mas sim a uma forma de promoção da saúde em vez da doença. A preocupação com a QdV na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos, a partir do momento em que o aumento de crescimento do número de idosos e da sua longevidade passou a ser uma experiência compartilhada por um número crescente de indivíduos que vivem em diversas sociedades (Neri, 2001).

Ao analisar a literatura no domínio constata-se não existir uma definição unânime para o conceito presenciando-se uma diversidade de definições e de

tipologias. Guse e Masesar (1999) explicam que a ausência de definição unânime de QdV tem sido defendida de duas maneiras opostas: há concordância geral acerca da definição e dos componentes da QdV ou não há uma definição e medida “*gold standard*”, pelo que fica a liberdade para utilizar qualquer definição e medida, ou seja, todas as definições e medidas seriam boas.

Desta forma, as medidas de QdV podem fornecer informações sobre aspetos pessoais e sociais, bem como medir a incapacidade e bem-estar psicológico, incorporando o ponto de vista da pessoa e focalizando a avaliação e tratamento na pessoa, em vez de se focar tanto no problema em si. O recente interesse no conceito de QdV por parte de investigadores das ciências sociais e da saúde e entre políticos tem-se concentrado no debate sobre definição e medidas da QdV (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2009).

De acordo com Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009), os instrumentos de avaliação de QdV podem designar-se por genéricos ou específicos. Uma vez que os genéricos avaliam vários aspetos da QdV e do estado de saúde do idoso, estes podem ser utilizados em indivíduos independentemente da doença ou da condição física e simultaneamente em pessoas saudáveis. Contudo, estes podem falhar na sensibilidade para detetar aspetos particulares e específicos da QdV e de determinado tipo de doença. Quanto aos instrumentos específicos estes podem detetar particularidades da QdV em determinadas doenças e nos efeitos de tratamentos, podendo fornecer informações relevantes para a gestão dos indivíduos, apresentando também dificuldade no processo de validação psicométrica do instrumento pelo reduzido número de itens, além da falha na capacidade para comparar QdV em diferentes condições clínicas.

Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) afirmam que os instrumentos utilizados para medir a QdV junto das pessoas idosas, no geral, não se adequam aos idosos, uma vez que são unidimensionais, o que leva a que os idosos se percecionem com uma boa QdV, que de acordo com outros instrumentos de avaliação não a teriam. Posto isto, uma vez que o conceito de QdV carece da subjetividade do indivíduo e da variabilidade do próprio conceito, é possível afirmar que para a maioria dos idosos, QdV está associado ao bem-estar, a realização pessoal, a felicidade, entre outros.

Por outro lado, Santos, Santos, Fernandes e Henriques (2002) consideram que a QdV tem sido uma preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e, atualmente constitui um compromisso pessoal na procura contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar inseparável das condições e do modo de viver, que passa pela saúde, residência, educação, lazer, transporte,

liberdade, trabalho, autoestima, entre outras. Esta popularidade do conceito é, de facto, um dos principais obstáculos à sua discussão científica.

Neste sentido, a investigação no domínio considera que uma boa QdV na velhice depende de um conjunto de fatores nomeadamente a longevidade, boa saúde física e mental, boa saúde física percebida, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, estatuto social, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade das redes de relações informais (Neri, 2001). No mesmo sentido, surge a perspetiva de Lawton (1991) que sustenta multidimensionalidade da QdV na velhice e ainda adiciona os critérios intrapessoais e socio-normativos, relativos a pessoa-ambiente, desde o presente, o passado e o futuro.

Assim sendo, Lawton (1991) construiu o modelo da QdV na velhice contendo quatro dimensões conceptuais nomeadamente a competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo.

A competência comportamental representa a avaliação sicionormativa do funcionamento da pessoa quanto à saúde, ao uso do tempo e às dimensões sociais e cognitivas. Estas competências refletem-se no quotidiano na autonomia e independência, tendo em conta aspetos objetivos, subjetivos e contextuais, englobando as aptidões físicas, cognitivo-emocionais e sociais em inter-relação com as possibilidades do ambiente (Lawton, 1991).

Quanto ao domínio das condições ambientais, este refere-se a ambientes tanto no sentido espacial como cidades, habitações e instituições, bem como no sentido social abrangendo políticas públicas, formação de recursos humanos e índices de desenvolvimento social. Segundo Neri (2001), o ambiente deve ser conciliável com as competências do indivíduo, de forma a compensar as perdas, prevenir acidentes e promover autonomia e independência.

No que diz respeito à QdV percebida, esta refere-se à avaliação subjetiva da competência comportamental que o indivíduo faz mediante seus próprios critérios e parâmetros, da sua competência comportamental. Este é um domínio subjetivo paralelo a outro objetivo, a competência no cotidiano (Neri,2001).

O bem-estar é um construto referente à avaliação que a pessoa faz sobre sua vida. Neste domínio está refletida a avaliação que o indivíduo faz dos domínios anteriores.

Keyes, Shmotkin e Ryff (2002) realizaram um estudo sobre os construtos de bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, assumidos como indicadores da QdV. A amostra foi composta por 3032 participantes, sendo 51,5% mulheres e 48,5% homens. Os resultados revelaram uma correlação estatisticamente significativa com a idade e o

nível de escolaridade. Em contraste, adultos e idosos com elevado bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico tendem, moderadamente, a apresentar um menor grau de escolaridade do que adultos com a combinação de baixo bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico. Adultos e idosos com elevado bem-estar subjetivo e elevado bem-estar psicológico tendem a ter um nível mais alto de escolaridade do que adultos com a combinação de baixo bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico. Os autores concluíram que as variáveis idade e nível de escolaridade exercem influência nas combinações de bem-estar, no qual se torna nítido que a idade que o indivíduo possui e o nível de escolaridade estão relacionados de acordo com valores de cada grupo social. Este estudo, indica claramente uma relação positiva entre um elevado bem-estar, com bons índices de escolaridade, isto é, pessoas de meia-idade e idosos que possuem alto nível de escolaridade são provavelmente mais prósperas na vida e têm melhor percepção da QdV.

Por outro lado, Irigaray e Trentini (2009) verificaram que o conceito de QdV na velhice incluiu critérios subjetivos e objetivos, sendo que os valores individuais e a sociedade em que o indivíduo se insere são influenciadores. Foram ainda apontados determinantes positivos da QdV, tais como ter alegria na vida, amor, amizade e fundamentalmente “ter saúde” e determinantes menos positivos tais como a política, a falta de segurança e as desigualdades sociais

Contudo, segundo Bastos, Faria, Amorim e Carvalho (2013), é ainda possível destacar seis componentes nucleares da QdV na velhice, nomeadamente: (1) *variáveis psicológicas* – que inclui o controlo da competência individual, o ajustamento cognitivo, as experiências e as comparações sociais; (2) *saúde e estatuto funcional* – preditor de QdV, apesar deste sentimento ser maior nas pessoas saudáveis, as pessoas doentes não atribuem tanta importância ao fator saúde; (3) *relações sociais, suporte e atividade* - as relações tem um papel fulcral na QdV, e em primeiro lugar refere-se os papéis sociais e as atividades desenvolvidas; (4) *condições económicas e independência* - para além da saúde, as condições económicas são os principais preditores de QdV, estando em causa a questão da independência; (5) *condições ambientais* - a decisão de escolher onde viver na velhice também é fator fulcral no tópico da QdV, pois a casa, a vizinhança e todo o ambiente envolvente são essenciais para que o idoso se sinta satisfeito; e (6) *atividades de lazer e mobilidade* - estes pontos são essenciais para que o idoso viva de forma autónoma e também são fatores de QdV e satisfação com a vida.

Qadri e colaboradores (2013) realizaram um epidemiológico sobre o conceito QdV, fazendo parte da amostra 660 participantes, com 60+ anos. A recolha de dados foi realizada através da escala WHOQOL-Bref. Obtiveram uma pontuação média de

79,3 ± 10,9 pontos com a aplicação dos instrumentos, o que indica que os participantes deste estudo na maioria apresentam uma boa QdV.

Datta, Datta e Majumdar (2015) realizaram um estudo, que teve como objetivo procurar ligações entre os diferentes domínios da QdV e os aspetos sociodemográficos numa amostra de 472 pessoas mais velhas com idade mínima de 60 anos. Como instrumento de avaliação foi utilizada a escala WHOQOL-Bref. Os resultados indicam que a QdV dos mais velhos está fortemente relacionada com os fatores sociodemográficos, nomeadamente a idade avançada, o sexo feminino e um baixo nível de escolaridade que estão associados a uma perceção de QdV inferior.

De acordo com um estudo realizado por Campos, Ferreira e Vargas (2015), o EA é diferente entre os géneros, mais concretamente os autores realizaram um estudo com o objetivo de construir um indicador de EA e testar a sua associação com a QdV e possíveis determinantes de acordo com o género. A amostra era composta por 2052 idosos, sendo a maioria mulheres (51,4%) e a média de idades dos participantes de 71 anos. Os resultados indicam que os fatores mais importantes para o EA são QdV e participação em grupos comunitários. No que diz respeito às mulheres, as que fazem parte grupo do EA, apresentam nos domínios da QdV mais pontuação do que as que são do grupo de envelhecimento normal, o mesmo acontece com os homens. Face a isto, os autores concluíram que o EA é um forte preditor da perceção positiva de QdV.

Rodrigues, Tavares, Dias, Pegorari, Marchiori e Tavares (2017) realizaram um estudo com o objetivo de identificar quais os fatores socioeconómicos e de saúde relacionados com a QdV. Deste estudo fez parte uma amostra de 1691 participantes, com idade mínima de 60 anos. Para a recolha de dados foram utilizadas as escalas WHOQOL-OLD e WHOQOL-Bref. Em termos de resultados Rodrigues e colaboradores (2017) concluíram que um número elevado de doenças leva consequentemente a pontuações inferiores, ou seja, a pior perceção da QdV por parte dos participantes.

Tendo em consideração as diversas perspetivas analisadas, importa salientar que a QdV varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o contexto social em que se insere, as experiências de vida e outras nuances pessoais. Além disso, a pessoa idosa está sujeita a este e outros determinantes do processo de envelhecimento que podem consequentemente levar a uma diminuição da QdV.

Na literatura encontramos, além dos já referidos, ainda outros determinantes dependentes do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem (Paúl & Fonseca, 2005).

Segundo Bond e Corner (2004), na perspetiva da Gerontologia Social, deve-se ter em consideração dois aspetos fundamentais. O primeiro consiste no facto de os

fatores e critérios que influenciam uma boa QdV dos idosos serem, provavelmente, os mesmos que se aplicam aos indivíduos de outras faixas etárias, isto é, o fator idade não é, normalmente, um pressuposto que nos leve a fazer diferenciações quanto aos fatores e critérios que definem a QdV. O segundo vai ao encontro da ideia de que, na sociedade contemporânea, a experiência de ser uma pessoa idosa é determinada muito mais por fatores económicos e sociais, do que pelas suas características biológicas ou individuais.

Segundo a investigação no domínio, podemos afirmar que é elevada a importância dos relacionamentos sociais como recursos na QdV. Além disso, a interação social pode contribuir para a adaptação ao envelhecimento. As redes sociais estão claramente ligadas à QdV, no seu todo e nas várias dimensões que avalia. Estudos realizados com idosos da população portuguesa a residir na comunidade evidenciam que a participação social de forma ativa e regular apresenta-se como um indicador de melhor QdV (Teixeira,2010).

Capítulo II – Método

1. Plano de investigação e participantes

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo integra-se no paradigma quantitativo, pois através deste é possível uma recolha e análise de dados para responder às questões de investigação, recorrendo à medição numérica e estatística para estabelecer com precisão os modelos de comportamento de uma população. Este método tem como principal objetivo, colaborar para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, possibilitar a generalização dos resultados, predizer e controlar os acontecimentos (Hernández, 2006).

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, uma vez que pretende descrever de forma simples fenómenos e/ou um conceito relativo a uma determinada população, “*de maneira a estabelecer as características desta população*” (Fortin & Salgueiro, 1999, p. 163) – e ao mesmo tempo correlacional, porque se espera verificar relações existentes entre as variáveis em estudo. Por fim é um estudo transversal, uma vez que a avaliação das variáveis foi efetuada num único momento. Fortin e Salgueiro, (1999) referem que este tipo de estudo avalia a frequência de certo acontecimento ou de um problema numa população, num determinado momento.

Recorreu-se a uma amostra não probabilística, que, de acordo com Fortin e Salgueiro (1999), consta de um procedimento de seleção, mediante o qual cada elemento da população não possui a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Assim, constituiu-se neste estudo, uma amostra de 104 idosos, divididos em 2 grupos o Grupo PIA (N=52) referindo-se aos indivíduos que participavam em programas de intervenção autárquica e o Grupo de Comparação (N=52), sendo estes os indivíduos que não participavam em programas de intervenção autárquica. Para o presente estudo definiram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: a) pessoas com idade compreendida entre os 55 e os 84 anos, (b) a residir na comunidade, (c) sem patologia mental grave ou incapacidade que impossibilitem a participação no estudo. Para a composição do grupo PIA teve-se, ainda, em consideração indivíduos que participassem nos programas/projetos municipais.

2. Instrumentos de recolha de dados

Para cumprir os objetivos delineados neste estudo, recorreu-se a instrumentos já existentes e validados que permitem analisar os resultados e compará-los. Desta forma, foi utilizado o protocolo de investigação e o consentimento informado, do **Projeto AgeNortC– Envelhecimento, Participação Social e Deteção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade**. Este protocolo é composto por um

Questionário sociodemográfico e de participação Social elaborados para o efeito, bem como os seguintes instrumentos de avaliação: a) Mini Mental State Examination (MMSE, Folsten, Folsten & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro, et al., 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); b) Lubben Social Network Scale – desenvolvida por Lubben (1988) e validada para a versão portuguesa como Escala Breve de Redes Sociais de Lubben por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl (2012) c) Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffen, 1985; versão portuguesa de Neto, Barros & Barros, 1990); d). Escala de Bem Estar Psicológico- versão reduzida (Ryff-18; Ryff, 1989; Ryff & Keys, 1995; versão portuguesa de Novo, Silva & Peralta, 1997, 2004); e) Questionário de Otimização Seletiva com Compensação (SOC_Q12; Baltes, Baltes, Freund & Lang, 1999; Freund & Baltes, 1998, 2002; adaptação em curso); f) Índice de Lawton (IADL; Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa de Sequeira, 2007); e g) World Health Organization Quality of Life-Bref Form (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1995) na versão portuguesa como Escala de avaliação de Qualidade de Vida – Bref (Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho & Corona, 2010).

Tendo em conta os objetivos deste estudo, apenas serão analisados os dados provenientes das/os seguintes escalas/instrumentos: (1) **Questionário sociodemográfico e de participação social** (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018); (2) World Health Organization Quality of Life-Bref Form (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1995) na versão portuguesa como **Escala de avaliação de Qualidade de Vida – Bref** (Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho & Corona, 2010) e (3) Lubben Social Network Scale – desenvolvida por Lubben (1988) e validada para a versão portuguesa como **Escala Breve de Redes Sociais de Lubben** (Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012).

Questionário sociodemográfico e de Participação Social (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018). No âmbito desta investigação foi desenvolvido e utilizado um instrumento com o objetivo de recolher dados para a caracterização sociodemográfica e avaliar questões relativas a participação social da amostra. O questionário sociodemográfico e de participação social é constituído por questões de natureza fechada e aberta e divide-se em três partes: a) Dados Sociodemográficos; b) Participação em programas/projetos de intervenção autárquica; c) Participação social global.

A componente *Dados sociodemográficos* possibilita a avaliação de um conjunto de dados de cariz sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas/escolaridade), assim como de aspetos relativos à vida profissional e

familiar, à religião/espiritualidade e à saúde. A componente *Participação em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica* pretende questionar o indivíduo acerca da sua participação nos referidos programas/projetos, tendo em consideração variados aspetos, como a tipologia de programas nos quais está envolvido, os motivos que incentivaram a inscrição nesses mesmos programas, o tempo e frequência atual de participação, assim como a sua assiduidade. Por fim, *Participação social global* procura recolher informação relativamente à participação do indivíduo em outras atividades sociais e recreativas, comparando a sua frequência atual com a do passado, e a sua frequência em relação às outras pessoas da mesma idade, as atividades em que esteve envolvido no último ano; ao grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro e em trabalhar para os concretizar.

World Health Organization Quality of Life-Bref Form (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1995) na versão portuguesa como Escala de avaliação de Qualidade de Vida – Bref de Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho e Corona (2010). A OMS, através do Grupo WHOQOL, desenvolveu uma escala para avaliar a qualidade de vida em adultos, tendo por base uma perspetiva transcultural. O carácter subjetivo da qualidade de vida e a sua natureza multidimensional foram considerados como características fundamentais pela equipa que desenvolveu esta medida (The WHOQOL Group, 1995 como citado em Farenzena, Argimon, Moriguchi & Portuguez, 2007). Inicialmente, foi criado um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões, o WHOQOL-100. Posteriormente, com a necessidade da criação de um instrumento breve que exija pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o grupo de qualidade de vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2010). O WHOQOL-Bref integra um conjunto de 26 itens, sendo organizado em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e incluindo também uma faceta geral (faceta geral de QdV), esta última constituída por 2 itens que permitem estimar a QdV geral, assim como a perceção global da saúde.

O domínio físico inclui 7 itens e um conjunto de facetas que se referem a aspetos tais como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, AVD, dependência de medicação ou tratamentos, e capacidade de trabalho. O domínio psicológico é composto por 6 itens e integra facetas relativas a questões como os sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração. Quanto ao domínio das relações sociais, este integra 3 itens, sendo as suas facetas relacionadas com o apoio social, as relações sociais e a atividade sexual. Por fim o domínio ambiente é o mais extenso e mede a segurança física e proteção,

ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação/ lazer, ambiente físico e transporte. Como cada uma destas facetas é avaliada por uma pergunta, as respostas para as perguntas do WHOQOL-BREF são dadas numa escala do tipo Likert de cinco pontos. Dependendo da sua natureza as perguntas são respondidas através de quatro tipos de escala: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Das 26 questões apenas três (questão 3, 4 e 26) estão enunciadas de forma negativa, isto é, quanto maior a pontuação menor a QdV. Esta escala de avaliação de QdV não tem ponto de corte, quanto maior a pontuação, que varia de 0 a 100, melhor a qualidade de vida.

A Lubben Social Network Scale – desenvolvida por Lubben (1988) e validada para a versão portuguesa como Escala Breve de Redes Sociais de Lubben por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl (2012). A Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS - Lubben Social Network Scale) é um instrumento desenvolvido especificamente com o intuito de avaliar o isolamento social na população idosa e constitui um dos mais utilizados junto desta população, afigurando-se como a gold standard da avaliação das redes sociais em gerontologia. Utilizada extensivamente em estudos internacionais (Fernández-Ballesteros, Zamarro, Rundinger, Schroots, Hekkinen, Drusin & Rosenmayr, 2004) e nacionais (Paúl & Ribeiro, 2008), esta escala foi originalmente desenvolvida no fim dos anos 80 por Lubben (Lubben, 1988) e é constituída por 10 itens que avaliam o nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e vizinhos.

Trata-se de uma escala que tem sido amplamente utilizada para avaliação do apoio social em diversos domínios da saúde, identificando situações de risco, nomeadamente na doença oncológica (Novotny, Smith, Guse, Rummans, Hartmann, Alberts & Sloan, 2010), na depressão (Tang, Lum, Ng, Ungvari & Chiu, 2006) e na osteoporose (Rutledge, Matthews, Lui; Stone & Cauley, 2003).

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: (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?”. Considerando-se, neste conjunto de questões, que a relação familiar pode ser por nascimento, casamento, adoção etc. Os três itens são repetidos em relação aos amigos, considerando que nas relações de amizade estão incluídos aqueles que vivem na vizinhança do respondente.

A pontuação total da escala resulta do somatório dos seis itens, variando entre 0 e 30 pontos, já que cada item varia entre 0 e 5 pontos. O maior risco de isolamento social está indicado para as pontuações inferiores a 12.

3. Procedimentos de recolha de dados

Os dados são elementos de informação recolhidos junto dos participantes, cuja recolha segue um plano previamente estabelecido através do recurso aos instrumentos escolhidos (Freixo, 2009). Assim, para a recolha da informação pretendida foi levada a cabo a aplicação dos questionários constituintes do protocolo de investigação do projeto AgeNortC.

Os participantes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão pré-estabelecidos. A todos participantes foi solicitado o consentimento informado (esclarecido e livre), depois de lhes ter sido fornecida toda a informação relativa à natureza e objetivos da investigação. Foram também informados da liberdade de colocarem as questões que entendessem como pertinentes, do direito de recusarem a participação no projeto, da possibilidade de poderem desistir no decorrer do processo, sem qualquer tipo de implicação negativa. Foi garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida e na análise dos dados, de forma que seja impossível o reconhecimento dos participantes.

Posto isto, numa primeira fase foi aplicado o protocolo aos participantes do Grupo PIA com recurso à heteroadministração e, posteriormente, foi aplicado o protocolo ao Grupo de Comparação, sendo que os participantes deste grupo foram emparelhados com os dos Grupo PIA em termos de género e grupo etário.

4. Estratégias de Análise de Dados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso à versão 24 do *software* IBM© SPSS *Statistics*, que permitiu a aplicação de métodos com vista a examinar a associação de variáveis.

As características sociodemográficas e os resultados relativos à avaliação individual das escalas aplicadas neste estudo foram tratados através de procedimentos de análise descritiva. Como tal, recorreu-se à frequência absoluta para descrever as variáveis categóricas e ordinais, às médias e a medidas de dispersão (desvio-padrão) bem como valores extremos: mínimo e máximo. Os mesmos procedimentos foram utilizados para tratar a informação relativa ao levantamento das atividades que os participantes realizam e dos aspetos da participação social, contudo somente através da frequência absoluta e relativa, em percentagem.

Recorreu-se também à utilização de testes de hipóteses paramétricos e não-paramétricos, de acordo com as suas condições de aplicabilidade aos dados em causa. Nomeadamente foi usado o *teste paramétrico t de Student para amostras independentes*, de forma a averiguar se as médias da variável nos dois grupos em comparação diferem significativamente uma da outra (Martins, 2011). O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis que averigua se há diferenças entre três ou mais grupos independentes (Martins, 2011). Uma vez que este teste não informa quais os grupos que diferem, mas apenas que existe pelo menos um grupo que tem um comportamento diferente, serão aplicados testes post-hoc para avaliar quais os grupos em que existem diferenças. Neste caso, foi aplicado o teste post-hoc de comparação múltipla LSD- Recorreu-se também ao teste de associação – coeficiente de correlação de Pearson, consiste num teste que averigua se duas (ou mais) variáveis estão associadas. Para além disso e na presença de uma associação significativa entre as variáveis, este coeficiente de correlação permite-nos avaliar a direção (positiva ou negativa) e magnitude (variando +1 e -1) dessa mesma associação (Martins, 2011).

CAPÍTULO III- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados, primeiramente, os resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes, e seguidamente, os resultados referentes ao seu envolvimento em atividades socio-recreativas. Posteriormente, serão também expostos os resultados referentes à avaliação dos aspetos do envelhecimento como, as redes sociais e a qualidade de vida.

1. Descrição dos participantes e participação em Programas de Intervenção Autárquica (PIA)

1.1. Caracterização Sociodemográfica dos participantes

Para o presente estudo, conforme a Tabela 1, fizeram parte da amostra 104 participantes, 52 pertencentes ao Grupo PIA (programas de intervenção autárquica) e os outros 52 ao Grupo de Comparação (não participam em programas de intervenção autárquica). Os participantes são todos residentes no concelho de Viana do Castelo e, maioritariamente mulheres, 80,8%. Do total de participantes, com idades compreendidas entre os 55 e os 84 anos ($M=72,6$, $DP=5,88$), 4 pertencem ao grupo dos 55-64 anos, 64 ao grupo dos 65-74 e 36 pertencem ao grupo dos 75-84 anos.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou vive em união de facto (61,5%), seguindo-se por 27,9% os participantes viúvos, 5,8% separados (as) ou divorciados(as) e 4,8% dos participantes são solteiros. Sobre o nível de escolaridade, a maioria dos inquiridos pertence ao grupo com 1 a 4 anos de escolaridade (80,8%), seguindo-se o grupo com um nível de escolaridade entre os 10 e os 12 anos (7,7%), o grupo com escolaridade entre 7 e 9 anos (4,8%), os participantes sem escolaridade (3,8%) e por fim o grupo com um nível de escolaridade entre os 5 e 6 anos (1,9%). No grupo com maior frequência, escolaridade entre 1 e 4 anos, observou-se que a escolaridade média foi de cerca de 2 anos ($M=2,3$; $DP=1,0$).

No que se refere à situação profissional os participantes, encontram-se predominantemente reformados (91,3%). Apenas 3 participantes estão desempregados (5,9%) e são ainda 4 os que se encontram a trabalhar (3,8%).

Quanto ao rendimento mensal, a maioria dos participantes tem rendimentos entre 421€-750€ (28,8%), seguindo-se aqueles cujo rendimento se encontra no patamar 751€-1000€ (27,93%). Rendimentos entre 250€-420€ e 1001€-2000€ são aferidos na mesma percentagem, por 15,4% dos participantes e apenas 3,8% tem um rendimento < 250€. Importa salientar que na Tabela 1 se observam três valores omissos.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Idade <i>M</i> (<i>DP</i>)	72,4 (5,8)		72,9 (6,0)		72,6 (5,9)	
(<i>mín</i> – <i>máx</i>)	61 – 83		55 – 84		55 – 84	
55 – 64	2	3,8	2	3,8	4	3,8
65 – 74	32	61,5	32	61,5	64	61,5
75 – 84	18	34,6	18	34,6	36	34,6
Género						
Feminino	42	80,8	42	80,8	84	80,8
Masculino	10	19,2	10	19,2	20	19,2
Estado Civil						
Solteiro(a)	2	3,8	3	5,8	5	4,8
Casado(a)/União de facto	32	61,5	32	61,5	64	61,5
Separado(a)/Divorciado(a)	5	9,6	1	1,9	6	5,8
Viúvo(a)	13	25,0	16	30,8	29	27,9
Nível de Escolaridade						
Sem escolaridade	--	--	4	7,7	4	3,8
1º - 4º anos	46	88,5	38	73,1	84	80,8
5º - 6º anos	1	1,9	1	1,9	2	1,9
7º - 9º anos	2	3,8	3	5,8	5	4,8
10 - 12º anos	3	5,8	5	9,6	8	7,7
Ensino superior	--	--	1	1,9	1	1,0
Situação Profissional						
Empregado	--	--	4	7,8	4	3,9
Desempregado	3	5,9	--	--	3	2,9
Reformado	48	94,1	47	92,2	95	93,1
Rendimento Mensal						
Inferior a 250€	3	5,9	1	2,0	4	4,0
De 250€ a 420€	9	17,6	7	14,0	16	15,8
De 421€ a 750€	13	25,5	17	34,0	30	29,7
De 751€ a 1000€	21	41,2	8	16,0	29	28,7
De 1001 a 2000€	5	9,8	11	22,0	16	15,8
Superior a 2000€	--	--	6	12,0	6	5,9
Tem filhos	45	91,8	49	94,2	94	93,1
N.º de Filhos <i>M</i> (<i>DP</i>)	2,6 (1,2)		2,9 (1,9)		2,7 (1,6)	
(<i>min</i> - <i>máx</i>)	1-6		1-12		1-12	
Vive com outras pessoas	37	71,2	40	76,9	77	74,0

1.2. Caracterização do Grupo PIA

Relativamente à participação em atividades de intervenção autárquica (Tabela 2), os participantes referiram participar no projeto “Envelhecer com qualidade” e no programa “Vencer a idade com saúde”. As duas atividades do projeto “Vencer a idade com saúde”, são as que possuem maior afluência. Na hidroginástica registou-se uma frequência de 73,1% e, a ginástica de 71,2%. No projeto “Envelhecer com qualidade”,

as atividades mais frequentadas são o baile (44,2%) e o jardim PAM. O Teatro (13,5%), o cinema (7,7%) e as oficinas (5,8%) são as atividades que registaram menor frequência.

Tabela 2. Tipologia dos PIA

	Grupo PIA			
	<i>n</i> = 52			
	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Envelhecer com qualidade				
Baile	23	44,2	29	55,8
Cinema	4	7,7	48	92,3
Oficinas	3	5,8	49	94,2
Teatro	7	13,5	45	86,5
Jardim PAM	14	26,9	38	73,1
Vencer a idade com saúde				
Ginástica	37	71,2	15	28,8
Hidroginástica	38	73,1	14	26,9

Conforme a Tabela 3, dos motivos que incentivam os elementos deste estudo a participar nas atividades do programa de intervenção autárquica (PIA), destacam-se a categoria manter a saúde com 78,8% (n=41); ocupar o tempo com 57,7% (n=30); praticar atividade física com 44,2% (n=23); participar em atividades de que gosta e conhecer novas pessoas, ambas com 38,5% (n=40). Em minoria foram dados outros motivos tais como envolvimento com os outros (9,6%), envolvimento em atividades (7,7) e recomendações médicas (5,8%). De salientar que vários participantes referiram mais do que um motivo.

Tabela 3. Motivos que incentivaram a participação nos PIA

	Grupo PIA	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
Ocupar o tempo	30	57,7
Conhecer novas pessoas	20	38,5
Manter a saúde	41	78,8
Praticar atividade física	23	44,2
Participar em atividades de que gosta	20	38,5
Outro		
Envolvimento com os outros	5	9,6
Envolvimento em atividades	4	7,7
Recomendação médica	3	5,8

O número de anos que os intervenientes do estudo já frequentam os PIA foi categorizado em quatro classes: < 1 ano, 1-3 anos, 4-6 e 6+ anos. Estes resultados

são apresentados na Tabela 4. Podemos observar que 18 (34,6%) dos participantes frequentam programas de intervenção autárquica entre 1 ano e 3 anos, 17 dos participantes (32,7%) participam há mais de 6 anos, 13 dos participantes (25%) participam entre 4 a 6 anos, e por fim 4 participantes frequentam à menos de 1 ano.

Tabela 11. Categorização do tempo de participação nos PIA

	Grupo PIA	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
<1 ano	4	7,7
1-3 anos	18	34,6
4-6 anos	13	25,0
+6 anos	17	32,7

Neste seguimento, observando a Tabela 5, relativa à periodicidade na participação das atividades, 11 participantes realizam-nas uma vez por semana (21,2%), 10 participantes apenas realizam a/as atividade/s uma vez por mês (19,2%) e a maior frequência, de 29 participantes, foi registada na categoria das duas vezes por semana (55,8%). É de salientar que apenas um participante realiza a/as atividade/s quatro vezes por semana (1,9%) e que um inquirido não respondeu a esta questão.

Tabela 12. Periodicidade atual de participação nos PIA

	Grupo PIA	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
Uma vez por semana	11	21,2
Duas vezes por semana	29	55,8
Uma vez por mês	10	19,2
Outra		
Quatro vezes por semana	1	1,9

Quanto à assiduidade na participação dos programas de intervenção autárquica salienta-se que apenas um interveniente do estudo referiu não participar assiduamente nas atividades.

Tabela 13. Assiduidade aos PIA

	Grupo PIA	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
Sim	51	98,1
Não	1	1,9

1.3. Atividades socio recreativas para além dos PIA

Relativamente à participação em atividades recreativas e sociais que não estão integradas nos PIA (Tabela 7), no grupo PIA apenas 18 participantes (34,6%) afirma frequentar este tipo de atividade e a mesma resposta foi dada por 25 participantes (48,1%) do grupo de comparação.

Tabela 14. Participação em atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	18	34,6	25	48,1	43	41,3
Não	34	65,4	27	51,9	61	58,7

As principais atividades que os inquiridos referem, para além das incluídas nos PIA são: atividade física, envolvimento com os outros, atividades de lazer e voluntariado (ver Tabela 8)

Metade dos participantes do Grupo PIA, que participam noutras atividades, referiram participar em atividades que se enquadram na tipologia de envolvimento com os outros. A prática de atividade física e de atividades de lazer registaram ambas uma percentagem de 22,2% e apenas 5,6%, ou seja, 1 inquirido está envolvido num projeto de voluntariado.

No que se refere ao Grupo de Comparação a atividade física e as atividades de lazer foram as que registaram maior frequência, ambas com 36%. Menores frequências foram registadas para as atividades de envolvimento com os outros (20%) e o voluntariado (8%).

Tabela 15. Tipologia de atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 43	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Atividade física	4	22,2	9	36,0	13	30,2
Envolvimento com os outros	9	50,0	5	20,0	14	32,6
Atividades de lazer	4	22,2	9	36,0	13	30,2
Voluntariado	1	5,6	2	8,0	3	7,0

Conforme a Tabela 9, dos 51 elementos do Grupo PIA, apenas 5 (9,8%) responderam afirmativamente, ou seja, participaram/realizaram, no último ano, novas atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA. Destes 5 inquiridos, 3 (60%)

participaram em atividades que proporcionam o envolvimento com outros, 1 praticou atividade física e o outro, atividades de lazer (ver Tabela 10). Quanto ao Grupo de Comparação houve apenas um dos participantes que, no último ano, praticou uma nova atividade recreativa classificada como atividade de lazer.

Tabela 16. Realização, no último ano, de novas atividades recreativas e sociais novas não integradas nos PIA

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 51		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 103	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	5	9,8	1	1,9	6	5,8
Não	46	90,2	51	98,1	97	94,2

Tabela 17. Tipologia das novas atividades recreativas e sociais, realizadas no último ano, não integradas nos PIA

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 5		<i>n</i> = 1		<i>n</i> = 6	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Atividade física	1	20,0	--	--	1	16,7
Envolvimento com os outros	3	60,0	--	--	3	50,0
Atividades de lazer	1	20,0	1	100,0	2	33,3

Na Tabela 10 apenas são enumeradas as atividades que os participantes iniciaram pela primeira vez no último ano. No entanto, se considerarmos a totalidade de atividades realizadas pelos elementos que constituem estes dois grupos temos uma listagem mais diversificada (Tabela 11). Em termos gerais, as atividades em que se registam maiores frequências são: visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos (89,4%), frequentar a igreja ou serviços religiosos (87,5%), ajudar familiares/amigos/vizinhos sem ser pago por isso (86,5%), ir a restaurantes, cafés, assistir a eventos desportivos ou espetáculos culturais (76%), fazer viagens ou excursões com outras pessoas (61,5%). As atividades referidas como sendo as menos frequentes foram o voluntariado (10,6%) e participar numa associação/grupo (34,6%).

Tabela 11. Tipologia de atividades recreativas e sociais realizadas no último ano, não integradas nos PIA

	Grupo PIA				Grupo Comparação				Total			
	<i>n</i> = 52				<i>n</i> = 52				<i>n</i> = 104			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ir a restaurantes, cafés, assistir a eventos desportivos ou espetáculos culturais	37	71,2	15	28,8	42	80,8	10	19,2	79	76,0	25	24,0
Fazer viagens ou excursões com outras pessoas	39	75,0	13	25,0	25	48,1	27	51,9	64	61,5	40	38,5
Visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos	46	90,2	5	9,8	47	92,2	4	7,8	93	89,4	9	8,7
Participar numa associação/grupo	25	49,0	26	51,0	11	21,2	41	78,8	36	34,6	67	64,4
Frequentar a igreja ou serviços religiosos	47	90,4	5	9,6	44	88,0	6	12,0	91	87,5	11	10,6
Ajudar familiares/amigos/vizinhos sem ser pago por isso	46	88,5	6	11,5	44	84,6	8	15,4	90	86,5	14	13,5
Fazer voluntariado	4	7,7	48	92,3	7	13,5	45	86,5	11	10,6	93	89,4

Na Tabela 12 está registado o grau de entusiasmo dos participantes na realização e concretização de planos para o futuro, numa escala entre 0 (Nada entusiasmado) e 10 (totalmente entusiasmado). O Grupo PIA apresenta 48,1% dos participantes entre o grau sete e o dez, 34,6% entre o grau quatro e seis, e 17,3% entre o grau zero e o grau três. Quanto ao grupo de comparação, observou-se um comportamento semelhante registando-se uma frequência ligeiramente superior nos graus de entusiasmo entre o sete e o dez, 58%. O grau de entusiasmo entre o quatro e o seis registou-se em 28% dos participantes deste grupo e os restantes 14% estão associados a um grau de entusiasmo situado entre o zero e o cinco.

Tabela 12. Grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro e trabalhar para a sua concretização

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 50		<i>n</i> = 102	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0 (Nada entusiasmado)	1	1,9	6	12,0	7	6.9
1	3	5,8	--	--	3	2.9
3	5	9,6	1	2,0	6	5.9
4	2	3,8	--	--	2	2.0
5	13	25,0	14	28,0	27	26.5
6	3	5,8	--	--	3	2.9
7	5	9,6	3	6,0	8	7.8
8	7	13,5	7	14,0	14	13.7
9	7	13,5	8	16,0	15	14.7
10 (Totalmente entusiasmado)	6	11,5	11	22,0	17	16.7

Nas Tabelas 13 e 14 estão registadas as opiniões dos inquiridos acerca da sua perceção quanto á participação em atividades recreativas e sociais comparando passado/presente e comparando a sua atividade com a de outras pessoas da mesma idade.

Os elementos do Grupo PIA, quando inquiridos acerca da frequência com que participavam no passado e participam no presente nas atividades recreativas e sociais, 46,2% afirmaram que a frequência é maior atualmente do que no passado, seguindo-se 40,4% que afirmaram que a frequência se mantinha e apenas 13,5% dos participantes diminuíram a sua participação relativamente ao passado. .

No Grupo de Comparação verifica-se um comportamento diferente, 44,2 % dos inquiridos afirmam que a frequência é menor atualmente comparativamente com o passado, 38,5% dos participantes afirma que a frequência se mantém e apenas 17,3 % afirma que a frequência é maior no presente do que no passado.

Podemos assim concluir que comparativamente com o passado, os participantes do Grupo PIA têm, no presente, uma maior frequência de participação em atividades recreativas e sociais. Em contraponto os participantes do Grupo de Comparação têm atualmente uma menor frequência de participação nas mesmas. Ou seja, para o Grupo PIA houve um aumento de participação em atividades e no Grupo de Comparação uma diminuição.

Tabela 13. Participação em atividades recreativas e sociais, comparando passado e presente

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Maior do que antes	24	46,2	9	17,3	33	31,7
Igual a antes	21	40,4	20	38,5	41	39,4
Menor do que antes	7	13,5	23	44,2	30	28,8

No que diz respeito à opinião dos participantes acerca da sua percepção quanto à participação em atividades recreativas e sociais comparativamente com outras pessoas da mesma idade, metade dos participantes do Grupo PIA considera que a sua participação é igual à maioria das pessoas da sua faixa etária e 44,2% considera a sua participação maior do que a maioria das pessoas da sua idade. É de salientar que apenas três indivíduos (5,8%) consideraram ter uma participação menor do que a da maioria das pessoas. No Grupo de Comparação 42,3% considera a sua participação igual à da maioria das pessoas, 32,7% considera ter uma menor participação e apenas 25% afirmam que a sua participação é maior do que a da maioria das pessoas da sua idade.

É de salientar que ambos os grupos, a maior frequência se registou na opção em que a sua participação é igual à da maioria das pessoas, contudo no grupo PIA apenas 5,8% dos participantes considera a sua participação menor do que a maioria das pessoas e em contrapartida 32,7% dos participantes do grupo de comparação afirma o mesmo, mostrando que estes participantes têm a percepção de que participam com menor frequência em atividades recreativas e sociais, comparado com outras pessoas do grupo etário.

Tabela 14. Participação em atividades recreativas e sociais comparativamente a pessoas da mesma idade

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Maior do que a maioria das pessoas	23	44,2	13	25,0	36	34,6
Igual à maioria das pessoas	26	50,0	22	42,3	48	46,2
Menor do que a maioria das pessoas	3	5,8	17	32,7	20	19,2

2. Análise da Rede Social e Qualidade de Vida (QdV)

2.1 Rede Social

Na análise da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSN6-6), verifica-se na Tabela 15., que no Grupo PIA e no Grupo de Comparação o valor médio mais elevado relativo aos subtotais Lubben família e Lubben amigos, se encontra no item Lubben Família (Grupo PIA: M=9,35; DP=2,18 vs Grupo Comparação: M=10,08; DP=2,81). É de salientar que as pontuações médias nos dois grupos são sempre mais elevadas nos itens individuais que estão associados às redes familiares, com exceção no item Fam1, “Quantos *familiares/amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?*” (Grupo PIA: M=4,02; DP=0,82 vs Grupo Comparação: M=4,27; DP=0,82). que tem um valor inferior quando comparado com o item individual Amigo1, “Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?” (Grupo PIA: M=4,06; DP=1,14 vs Grupo Comparação: M=3,54; DP=1,43).

Quanto aos itens individuais do item Amigo, verificamos que o item Amigo1 e o Amigo 2, tem uma pontuação média mais elevada nos participantes do Grupo PIA (Amigo1:: M=4,06; DP=1,14; Amigo2: M=2,27; DP=1,53) comparativamente ao Grupo de Comparação (Amigo1: M=3,54; DP=1,43; Amigo2: M=2,06; DP=1,51). Estes resultados podem ser explicados pelo facto dos participantes do Grupo PIA , no desenvolver das atividades inseridas no projeto terem desenvolvido novas amizades alargando a sua rede social, uma vez que a pontuação média do Lubben amigos é superior no Grupo PIA (M=7,90; DP=3,27), quando comparada com o do Grupo de Comparação (Lubben total amigos: M=7,31; DP=3,95).

Tabela 15. Dimensões individuais da LSN6-6 para o grupo PIA e de comparação

Grupo amostral	Grupo PIA (N=52)		Grupo de comparação (N=52)	
	M(dp)	Min-máx (0-30)	M(dp)	Min-máx (0-30)
Características				
Família				
Fam1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	4,02(0,82)	2-5	4,27(0,82)	2-5
Fam2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	2,92(1,38)	0-5	3,04(1,37)	1-5
Fam3. Com quantos familiares se sente próximo para falar sobre assuntos pessoais?	2,40(0,95)	0-4	2,77(1,32)	0-5
Lubben família	9,35(2,18)	4-13	10,08(2,81)	5-15
Amigos				
Amigo1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	4,06 (1,14)	1-5	3,54(1,43)	0-5
Amigo2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	2,27(1,53)	0-5	2,06(1,51)	0-5
Amigo3. Com quantos amigos se sente próximo para falar sobre assuntos pessoais?	1,58 (1,45)	0-5	1,71(1,54)	0-5
Lubben amigos	7,90 (3,27)	1-15	7,31(3,95)	0-15
Lubben total	17,25(4,49)	6-27	17,38(5,95)	6-28

Recorde-se que na escala LSN6-6 os valores oscilam entre 0 e 30 pontos, que na sua amplitude teórica, 0 corresponde ao mínimo de pontuação e 30 ao máximo. Segundo a Tabela 16, no que diz respeito à rede social dos participantes deste estudo, em geral, verificou-se uma média da pontuação global de 17,25 ($DP=4,49$) no Grupo PIA e uma média de 17,38 ($DP= 5,95$) no Grupo de Comparação. Uma vez que o maior risco de isolamento social está indicado para pontuações inferiores a 12, os resultados obtidos pelos dois grupos mostram valores médios superiores.

Com o objetivo de analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo PIA e o Grupo de Comparação para as dimensões totais: Lubben família, Lubben amigos e Lubben total, foi aplicado o teste t-Student. De acordo com os resultados obtidos, apresentados na Tabela 16, podemos afirmar que nas três dimensões totais não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 16. Funcionamento interpessoal segundo cada grupo

Componentes	Grupo PIA (N=52)		Grupo comparação (N=52)		Teste t (sig)
	M(dp)	Min- máx (0-30)	M(dp)	Min-máx (0-30)	
Lubben total	17,25(4,49)	6-27	17,38(5,95)	6-28	0,130 0,897
Lubben amigos	7,90(3,27)	1-15	7,31 (3,95)	0-15	-0,839 0,404
Lubben família	9,35 (2,18)	4-13	10,1(2,81)	5-15	1,481 0,142

No entanto, se analisarmos mais detalhadamente (ver Tabela 17) podemos verificar que no Grupo de Comparação 15,38% dos participantes apresenta risco de isolamento social, isto é, 8 participantes, num total de 30 pontos, obtiveram resultados inferiores a 12 pontos. No caso do Grupo PIA são apenas 5 os participantes nesta situação.

Tabela 17. Nível de isolamento social

Características	Grupo PIA N=52	Grupo de comparação N=52
Maior risco de isolamento social n (%)	5 (9,62%)	8 (15,38%)
Menor risco de isolamento social n (%)	47(90,38%)	44 (84,62%)

Seguidamente iremos comparar as dimensões totais do Lubben em função do grupo de pertença e idade e em função do grupo de pertença e género. Em ambos os estudos, foi utilizado inicialmente o teste de hipótese não paramétrico de Kruskal-Wallis, de forma a analisar se algum dos grupos apresenta um comportamento estatisticamente diferente.

Segundo a Tabela 18, após a aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis, para comparar as dimensões totais do Lubben em função do grupo de pertença e da idade podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas três dimensões totais analisadas.

É apenas de salientar que as pontuações médias para todas as dimensões totais são ligeiramente superiores na faixa etária 55-74, tanto no Grupo PIA como no Grupo de Comparação, quando comparadas com a faixa etária 75-84.

Tabela 18. Comparação das dimensões totais do Lubben em função do grupo de pertença e da idade

	Grupo PIA		Grupo Comparação		χ^2 (3)	<i>p</i>
	55-74 anos	75-84 anos	55-74 anos	75-84 anos		
	<i>n</i> = 34	<i>n</i> = 18	<i>n</i> = 34	<i>n</i> = 18		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)					
Lubben total	17,38(4,105)	17 (5,258)	17,91 (5,864)	16,39 (6,156)	1,337	0,720
Lubben amigos	7,94 (3,015)	7,83 (3,792)	7,62 (3,931)	6,72(4,026)	2,101	0,552
Lubben família	9,44 (2,063)	9,17 (2,431)	10,29 (2,813)	9,67(2,849)	2,933	0,402

Para comparar as dimensões totais do Lubben em função do grupo de pertença e do género, voltamos a aplicar o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Estes resultados podem ser consultados na Tabela 19, a partir dos quais podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos nas três dimensões analisadas.

Podemos apenas salientar que no Grupo PIA, o género feminino obteve uma pontuação total média ligeiramente superior à obtida para o género masculino ($M=17,26$; $DP=4,510$ vs $M=17,20$; $DP=4,638$). E no Grupo de Comparação o género masculino obteve uma pontuação média superior à obtida para o género feminino ($M=20,06$; $DP=7,214$ vs $M=16,62$; $DP=5,432$). De salientar que as diferenças entre as pontuações médias nos dois géneros são, em todas as dimensões totais, mais acentuadas no Grupo de Comparação do que no Grupo PIA.

Tabela 19. Comparação das dimensões totais do Lubben em função do grupo de pertença e do género

	Grupo PIA		Grupo Comparação		χ^2 (3)	p
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
	n = 42	n = 10	n = 42	n = 10		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Lubben total	17,26 (4,510)	17,20 (4,638)	16,62 (5,432)	20,06 (7,214)	4,530	0,210
Lubben amigos	7,88 (13,5)	8 (3,830)	6,81 (3,704)	9,40(4,452)	5,047	0,168
Lubben família	9,38 (2,316)	9,20 (3,830))	9,81(2,671)	11,2 (3,259)	4,408	0,221

2.2. Qualidade de vida (QdV) geral e respetivos domínios

Segundo a Tabela 20, no que se refere à qualidade de vida, os participantes do Grupo PIA classificam a sua QdV/geral com uma pontuação média de 60,6 (DP=14,1) e os participantes do grupo de comparação uma pontuação média de 67,5 (DP=15,9), uma vez que este instrumento não tem ponto de corte, quanto maior a pontuação, que varia de 0 a 100, melhor a qualidade de vida. Este fato demonstra que o valor médio dos dois grupos se encontra a cima do valor médio da escala considerada.

Relativamente aos domínios da QdV, atendendo aos dados da Tabela 20, verificamos que em ambos os grupos, o Domínio psicológico (Grupo PIA: M=73,9; DP=11,5) e Grupo de Comparação (M=72,4; DP=13,2) e o Domínio das relações sociais (Grupo PIA: M=69,1; DP=13,6 e Grupo comparação: M=71,8; DP=14,7) são os domínios que apresentam as pontuações médias mais elevadas. O Domínio físico (Grupo PIA: M=65,7; DP=13,8 e Grupo de Comparação: M=65,8; DP=17,0) é aquele em que se registaram pontuações médias ligeiramente mais baixas.

É de salientar que as pontuações médias mais elevadas em todos os domínios, com exceção do Domínio psicológico, encontram-se presentes no Grupo de Comparação, ou seja, no grupo de participantes que não frequentam os programas de intervenção autárquica.

Para verificar se existem diferenças significativas entre os dois grupos de participantes no estudo nos vários domínios da QdV recorreu-se novamente ao teste paramétrico t de Student.

Desta forma, observamos que existem diferenças estatisticamente significativas, entre o Grupo PIA e o Grupo de Comparação no Domínio D0, correspondente ao Domínio QdV/geral, $p=0,020 < 0,05$. Ou seja, são os participantes do Grupo de Comparação que demonstram maior satisfação com a qualidade de vida em geral.

Tabela 20. Valores médios e variação dos domínios da QdV nos dois grupos

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Test T (sig)
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> =52		
	<i>Média (DP)</i>	<i>Min-Máx (0-100)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Min-Máx (0-100)</i>	
D0: QdV / geral	60,6 (14,1)	25,0-87,5	67,5 (15,9)	25,0-100,0	2,366* 0,020
D1: Domínio Físico	65,7 (13,8)	35,7-96,4	65,8 (17,0)	32,1-100,0	0,023 0,982
D2: Domínio Psicológico	73,9 (11,5)	54,2-100,0	72,4 (13,2)	45,8-95,8	-0,596 0,553
D3: Domínio Relações Sociais	69,1 (13,6)	33,3-100,0	71,8 (14,7)	25,0-100,0	0,980 0,330
D4: Domínio Ambiente	66,3 (11,5)	34,4-84,4	69,1 (12,7)	46,9-96,9	1,138 0,258

(*) $p < 0,05$

Seguidamente iremos analisar a QdV em função do grupo de pertença e idade e em função do grupo de pertença e género. Nos dois estudos foi utilizado inicialmente o teste de hipótese não paramétrico de Kruskal-Wallis. Este teste não informa quais os grupos que diferem, mas apenas que existe pelo menos um grupo que tem um comportamento diferente. Para avaliar a existência de diferenças entre os vários grupos são realizados testes post-hoc- Neste caso foi ainda aplicado o teste de comparação múltipla LSD.

Analisando o nível de QdV em função do grupo de pertença e da idade (Tabela 21), observou-se que o Domínio psicológico é o que apresenta uma pontuação média mais elevada em todas as faixas etárias, à exceção do Grupo de Comparação com idades entre os 75-84 anos. Neste caso o Domínio das relações sociais é aquele que

apresenta uma pontuação média mais elevada. De modo geral, o Domínio físico é referido como o mais deficitário em ambas as faixas etárias nos dois grupos.

Na Tabela 21 estão também registados os resultados obtidos com a aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis aos quatro grupos em estudo, definidos em função do grupo de pertença e da idade.

Podemos apenas observar diferenças marginalmente significativas no Domínio D0 ($p=0,063<0,1$). Efetuando o teste de comparação múltipla LSD, verificamos que existem diferenças significativas entre os Grupos PIA e Comparação na faixa etária 55-74 anos. Neste caso a QdV é superior no Grupo de Comparação ($M = 68,0$; $DP = 15,7$ vs. $M = 59,2$; $DP = 12,8$).

Tabela 21. Comparação dos domínios da QdV em função do grupo de pertença e da idade

	Grupo PIA		Grupo Comparação		χ^2 (3)	<i>p</i>
	55 – 74 anos	75 – 84 anos	55 – 74 anos	75 – 84 anos		
	<i>n</i> = 34	<i>n</i> = 18	<i>n</i> = 34	<i>n</i> = 18		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)					
D0: QdV/geral	59,2 (12,8)	63,2 (16,3)	68,0 (15,7)	66,7 (16,6)	7,304	0,063**
D1: Domínio físico	67,8 (14,5)	61,9 (11,8)	68,8 (16,7)	60,1 (16,6)	6,241	0,100
D2: Domínio psicológico	73,0 (12,5)	75,5 (9,2)	73,9 (11,4)	69,7 (16,0)	1,540	0,673
D3: Domínio relações sociais	69,9 (15,2)	67,6 (10,3)	71,8 (15,2)	71,8 (14,0)	1,498	0,683
D4: Domínio ambiente	67,4 (10,9)	64,4 (12,8)	71,8 (12,9)	63,9 (10,7)	5,023	0,170

(**) $p < 0,1$

Comparando os domínios da QdV em função do grupo de pertença e do género (Tabela 22) observaram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios D0 ($p=0,009$) e D2 ($p=0,030$). Para além disso verificou-se também a existência de diferenças marginalmente significativas no domínio D4 ($p=0,098$).

Os testes de comparação múltipla permitiram verificar que relativamente a QdV/geral existem diferenças significativas entre os homens do Grupo PIA e os homens do Grupo de Comparação (Grupo Comparação: $M = 76,3$; $DP = 7,1$ vs. Grupo PIA: $M = 60,1$; $DP = 14,4$).

Também na QdV/geral, dentro do Grupo PIA foi marginalmente significativa a diferença entre o género masculino e feminino (F: $M=60,1$; $DP=14,4$; M: $M=62,5$; $DP=13,2$). No domínio psicológico (F: $M=72,4$; $DP=11,1$; M: $M=80,0$; $DP=11,4$) e do ambiente (F: $M=65,9$; $DP=11,9$; M: $M=68,1$; $DP=10,4$) as diferenças significativas encontradas foram também dentro dos mesmo grupos. Note-se que nas três situações o valor médio associado à QdV/geral é superior no género feminino.

Tabela 22. Comparação dos domínios da QdV em função do grupo de pertença e género

	Grupo PIA		Grupo Comparação		χ^2 (3)	P (sig)
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
	n = 42	n = 10	n = 42	n = 10		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
D0: QdV/ geral	60,1 (14,4)	62,5 (13,2)	65,5 (16,7)	76,3 (7,1)	11,575	0,009*
D1: Domínio físico	64,2 (13,5)	72,1 (13,7)	64,2 (17,5)	72,5 (13,9)	5,038	0,169
D2: Domínio psicológico	72,4 (11,1)	80,0 (11,4)	70,4 (12,7)	80,8 (12,3)	8,912	0,030*
D3: Domínio relações sociais	68,7 (14,5)	70,8 (9,8)	70,4 (14,4)	77,5 (15,2)	1,735	0,629
D4: Domínio ambiente	65,9 (11,9)	68,1 (10,4)	67,3 (12,6)	76,6 (10,3)	6,301	0,098**

(*) $p < 0,05$ (**) $p < 0,1$

3. Análise comparativa entre a Rede Social e QdV e respetivos domínios

De forma a verificar se existe alguma correlação entre os 5 domínios da QdV e as 3 dimensões totais do LSN6-6, recorreremos à análise da correlação de Pearson, da qual se obtiveram os valores apresentados na Tabela 23 (Grupo PIA) e 24 (Grupo comparação).

No Grupo PIA verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre domínio D3 (relações sociais), da escala QdV e as dimensões do Lubben família, ($r=0,406$; $p=0,003$), o Lubben amigos, ($r=0,324$; $p=0,019$), e o Lubben total, ($r=0,433$; $p=0,001$). Isto significa que quanto maior a QdV no domínio das relações sociais, melhores serão as redes sociais relativamente aos familiares e amigos.

No Grupo de Comparação, o domínio D2 (psicológico) está positivamente correlacionado com a dimensão Lubben amigos, ($r=0,282$; $p=0,043$) e a dimensão Lubben total, ($r=0,305$; $p=0,028$). Maior perceção de bem-estar psicológico está associado a melhor rede relacional com os amigos e em geral.

Neste grupo também há uma correlação estatisticamente significativa entre domínio relações sociais e o Lubben amigos, ($r=0,274$; $p=0,049$). Assim, uma maior qualidade das relações sociais está associada a um maior contacto com a rede de amizades.

Por fim, o D4 (domínio ambiente) está positivamente correlacionado com o Lubben família, ($r=0,288$; $p=0,038$) e o Lubben total, ($r=0,288$; $p=0,038$). Maior a qualidade do ambiente face ao que nos envolve está associada á qualidade das relações entre os familiares e consequentes relações.

Tabela 23. Valores para a correlação de Pearson entre os domínios da QdV e as dimensões do LSN6-6 para o Grupo PIA

Grupo PIA								
<i>n</i> = 52								
	D0	D1	D2	D3	D4	Lubben família	Lubben amigos	Lubben total
D0: QdV/geral	1	0,362**	0,416**	0,088	0,357**	-0,42	-0,137	-0,120
D1: Domínio físico		1	0,341*	0,220	0,445**	-0,166	-0,043	-0,112
D2: Domínio psicológico			1	0,209	0,525**	0,058	0,257	0,215
D3: Domínio relações sociais				1	0,239	0,406**	0,324*	0,433**
D4: Domínio ambiente					1	0,002	0,148	0,109
Lubben família						1	0,333*	0,727**
Lubben amigos							1	0,889**
Lubben total								1

(*) $p < 0,05$ (**) $p < 0,1$

Tabela 24. Valores para a correlação de Pearson entre os domínios da QdV e as dimensões do LSN6-6 para o de Grupo Comparação

Grupo Comparação								
<i>n</i> = 52								
	D0	D1	D2	D3	D4	Lubben família	Lubben amigos	Lubben total
D0: QdV/geral	1	0,615**	0,404**	0,184	0,403**	0,095	0,072	0,093
D1: Domínio físico		1	0,543*	0,148	0,618**	0,214	0,201	0,235
D2: Domínio psicológico			1	0,418**	0,537**	0,250	0,282*	0,305*
D3: Domínio relações sociais				1	0,066	0,148	0,274*	0,252
D4: Domínio ambiente					1	0,288*	0,229	0,288*
Lubben família						1	0,536*	0,828**
Lubben amigos							1	0,917**
Lubben total								1

(*) $p < 0,05$ (**) $p < 0,1$

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Na discussão dos principais resultados deste estudo, retomamos os objetivos estabelecidos: (1) caracterizar os participantes em termos sociodemográficos e de envolvimento social; (2) avaliar a rede social e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da sua participação em PIA; e (3) analisar a associação entre a rede social e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da participação social.

Relativamente às características sociodemográficas dos participantes, a amostra é constituída por 104 participantes, 52 pertencentes ao Grupo PIA e os restantes 52 ao Grupo de Comparação, com idades compreendidas entre os 55 e os 84 anos e com uma média de idades de 72,6 (DP=5,88). Em termos de género, observa-se que a amostra é maioritariamente do sexo feminino (80,8%), quanto à escolaridade a maioria dos participantes frequentou o ensino até ao quarto ano (80,8%), no entanto há 3,8% de pessoas não escolarizadas. Em termos de estado civil, observa-se que a situação de casado/união de facto surge em 61,5% dos participantes, esta realidade mantém-se tanto no grupo de referência como no grupo de comparação. No que ao agregado familiar diz respeito, observa-se que o número de filhos varia entre 1 e 12 (M=1,6).

Posto isto, acerca destas características, podemos salientar que o facto de a amostra ser maioritariamente do sexo feminino pode justificar-se, segundo Rosa (2012), pelo facto do género feminino ter uma esperança média de vida à nascença superior, comparativamente ao género masculino, sendo que estes resultados vão no mesmo sentido do estudo de Oliveira e Mendes (2010) referindo que a esperança média de vida é maior no sexo feminino do que no masculino.

Além disso, verificamos ainda que a maioria dos participantes é casado ou encontra-se em união de facto, justifica-se, segundo a mesma autora (Rosa, 2012) pelo predomínio do grupo etário 65 – 74 anos, assim como pela esperança média de vida à nascença ser de 76 e 82 anos, para os homens e mulheres, respetivamente, havendo uma menor probabilidade de viuvez nesta faixa etária, sendo essa situação mais frequente em idades mais avançadas (Rosa, 2012).

Por fim, relativamente ao grupo PIA, observamos que não existem participantes sem escolaridade, apesar da maioria possuir baixa escolaridade, possivelmente existir decorrente da escolaridade mínima obrigatória da época ser baixa e entrada no mercado do trabalho se efetuar precocemente.

No que diz respeito ao envolvimento em atividades sociais, nomeadamente as atividades promovidas pelo Município de Viana do Castelo, observa-se que a maioria dos participantes (44,2%) participa no baile e no “*Jardim PAM & Bem-Estar*” (26,9%), Numa primeira análise contrastada com a taxonomia de Levasseur e colaboradores

(2010), entendemos que estas atividades, em que a maioria participa, pertencem, no seu global, a um nível de interação e de estar com os outros, em que a proximidade se dá essencialmente ao nível da comunidade, e os seus objetivos estão orientados para os contactos sociais e a realização de tarefas conjuntas. Quanto a à atividades do programa “Vencer a idade com saúde”, 73,1% dos participantes frequentam a hidroginástica e 71,2% frequentam a ginástica. Uma maior afluência nestas atividades pode dever-se aos benefícios associados, uma vez que segundo a OMS (2005) a participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. A atividade física realizada com regularidade é uma das principais bases para a manutenção da saúde ao longo da vida. Pires (2013) refere ainda que um estilo de vida fisicamente ativo pode ser considerado fundamental para a melhoria da saúde e da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Relativamente aos motivos que subjacentes à participação nos PIA, os participantes referiram com maior frequência a manutenção da saúde (78,8%), ocupação do tempo (57,7%), pratica de atividade física e conhecimento de pessoas novas (38,5%).

Grande parte dos participantes do Grupo PIA, e também do Grupo Comparação, envolve-se noutras atividades sócias recreativas, que não integram os referidos PIA. Quanto ao Grupo PIA verifica-se preferência pelas atividades que impliquem o envolvimento com os outros, já no Grupo Comparação as atividades mais procuradas dizem respeito à prática de atividade física e ao próprio lazer. Como abordado anteriormente no modelo biomédico do EBS, a componente, “envolvimento ativo com a vida” denota a importância e pertinência de manter relações proximais com os outros, uma vez que estas estão relacionadas positivamente com a saúde, a longevidade e, principalmente, o bem-estar (Rowe & Kahn, 1997, 1998).

No último ano, os participantes, para além das atividades inseridas nos PIA, também frequentaram um leque variado de atividades sociorecreativas não integradas nos PIA, tais como “frequentar a igreja ou serviços religiosos”, “ajudar familiares, amigos e vizinhos sem ser pago por isso”; “visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos”; “fazer viagens ou excursões com outras pessoas”. A questão da religião surge como um tema de grande importância na velhice, uma vez que no estudo de Moraes (2007) a religião operava mudanças comportamentais positivas, que é um reforço muito importante na vida e no desenvolvimento do adulto idoso, ajudando na superação de perdas e luto. Mais uma vez é importante salientar que as relações são fulcrais para o bem-estar, contudo segundo Rowe e Kahn (1997, 1998) as relações próximas que estabelecemos possibilitam dar e receber suporte

instrumental e socioemocional, e que, por sua vez, ajudar os outros possibilita a construção de recursos sociais que serão benéficos face a um problema de saúde crónico (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005).

A maior parte dos participantes do Grupo PIA e do Grupo Comparação classifica o seu nível de entusiasmo elevado. De acordo com o Modelo Proatividade Preventiva Corretiva (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005), planejar o futuro é uma das adaptações proativas preventivas fundamental na prevenção da ocorrência de situações que geram *stress*, com vista a maximização da QdV.

Sumariamente podemos concluir que os participantes deste estudo se mantêm ativamente envolvidos na sociedade, indo de encontro aos determinantes de um EBS, tais como a participação social, um dos pilares fundamentais do EA (OMS, 2015) e o envolvimento ativo com a vida que é uma das características do modelo de EBS de Rowe e Kahn (1997), isto significa que os participantes deste estudo tem bons preditores para um envelhecimento positivo.

No que diz respeito à rede social dos participantes, uma das principais variáveis deste estudo, tanto no Grupo PIA como no Grupo de comparação é a rede social a que apresenta valores médios mais altos. Tal vai ao encontro do estudo de Paúl (2017) em que a rede social família surgiu frequentemente como o centro de todo o apoio recebido e prestado. A existência destas redes sociais, quando positivas, são um importante elemento para o bem-estar e saúde física e mental dos mais velhos (Paúl, 2017).

Relativamente ao risco de isolamento social, no Grupo de Comparação existe um número superior de participantes (15,38%) em maior risco quando comparado com o Grupo PIA. Tal pode justificar-se pelo facto dos participantes do Grupo PIA, ao frequentarem com regularidade as atividades promovidas pelas PIA beneficiarem de mais oportunidades de contacto e estabelecimento de novas relações interpessoais com potencial para alargar ou reforçar a sua rede social. Além disso, o envolvimento neste tipo de programas potencia o desenvolvimento de competências relacionais, de empatia face ao outro, potenciando, assim, competências sociais que permitem alargar a rede social, reduzindo, assim, o nível de isolamento social (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette, & Del Prette, 2007).

Quanto à QdV, os participantes do estudo apresentam um nível moderado de QdV geral. Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos no estudo de Qadri e colaboradores (2013) com recurso à escala WHOQOL-Bref que indica que os participantes tinham uma boa perceção da QdV geral.

Genericamente os dois grupos apresentam uma pontuação média superior no domínio psicológico, que pode relacionar-se com a valorização da autoestima do idoso decorrente do seu envolvimento social (Rizzolli & Surdi, 2010), e no domínio das relações sociais. Rodrigues e Silva (2013) também defendem que a rede social nas pessoas idosas desempenha um papel primordial, uma vez que são determinantes para o seu bem-estar psicológico. Isto aplica-se tanto ao Grupo PIA como ao Grupo de Comparação, uma vez que, apesar dos participantes do Grupo de Comparação não participarem nos PIA, participam em outras atividades sociais e recreativas, o que pode promover também a sua rede e o seu envolvimento social.

Contudo ao fazer a comparação entre os dois grupos de participantes observamos que existem diferenças estatisticamente significativas, entre o Grupo PIA e o Grupo de Comparação na QdV/faceta geral, ou seja, são os participantes do Grupo de Comparação que apresentam valores médios superiores de qualidade de vida em geral. Como tivemos oportunidade de salientar a QdV/faceta geral integra a avaliação individual relativa à qualidade da vida e da saúde geral (Canavarro *et al.*, 2010), pelo que muito provavelmente os participantes do Grupo de Comparação poderão apresentar uma avaliação mais positiva destes dois aspetos, o que consequentemente se reflete em valores superiores na faceta geral da QdV. Este facto poderá ser reforçado pelo facto de os participantes do Grupo PIA apontarem como um dos motivos para integrar os PIA a manutenção da saúde (78%).

Relativamente às diferenças da QdV em função do grupo de pertença e do género, encontram-se diferenças significativamente estatísticas na QdV/faceta geral, uma vez que os homens do Grupo PIA têm uma pior perceção de QdV geral, quando comparados com os homens do Grupo Comparação. Neste estudo, salienta-se o facto de os participantes do sexo masculino dos dois grupos terem uma QdV superior ao sexo feminino. O que vai de encontro à investigação levada a cabo por Datta, Datta e Majumdar (2015) que indicam que a QdV dos mais velhos está fortemente relacionada com os fatores sociodemográficos, nomeadamente a idade avançada, o sexo feminino e um baixo nível de escolaridade que estão associados a uma perceção de QdV inferior, ou seja, o sexo feminino tem uma perceção da QdV inferior ao sexo masculino.

No que se refere à associação entre variáveis, no Grupo PIA as redes sociais estão positiva e significativamente associadas com o Domínio relações sociais da QdV (Domínio das relações sociais e Lubben família - $r=0,406$; $p=0,003$; Domínio das relações sociais e Lubben amigos $r=0,324$; $p=0,019$; e Domínio das relações sociais e Lubben total - $r=0,433$; $p=0,001$). Segundo Fonseca (2006), os idosos poderão ter as suas necessidades instrumentais satisfeitas se as redes sociais forem dominadas por

familiares. Contudo, tendem a exprimir maior satisfação com a vida se os amigos predominarem (Fonseca, 2006).

Relativamente ao Grupo de Comparação, o Domínio psicológico está positivamente correlacionado com Lubben amigos ($r=0,282$; $p=0,043$), e Lubben total ($r=0,305$; $p=0,028$). Segundo Paúl (2005b), o objetivo primordial das redes sociais no processo de envelhecimento é evitar o stresse ou proporcionar um efeito de “almofada” que modera o stresse associado ao envelhecimento. Desta forma, uma boa rede social está associada a menores níveis de stress e, conseqüentemente, uma melhor percepção de bem-estar psicológico. Além disso, também há uma correlação positiva significativa entre Domínio relações sociais e Lubben amigos ($r=0,274$; $p=0,049$). A interação com amigos está correlacionada positivamente com o bem-estar emocional e a relação com um confidente é mais importante para a satisfação com a vida do que a quantidade de interações com a família ou amigos (Fonseca, 2006). Por fim, o Domínio ambiente está positivamente correlacionado com Lubben família ($r=0,288$; $p=0,038$) e Lubben total ($r=0,288$; $p=0,038$). De acordo com Cabral, Oliveira, Vargas e Neves (2010), percebe-se que a grande maioria dos idosos que reside com a família dispõe de um ambiente propício a maior comodidade física e emocional em termos das relações, QdV e bem-estar. Ou seja, uma maior qualidade do ambiente social que envolve o idoso está associada uma maior qualidade, principalmente das relações familiares e da percepção de bem-estar.

Conclusões

Face aos resultados obtidos, numa linha de envelhecimento bem-sucedido, foram reunidas evidências relativas aos benefícios tantos da prática de atividades por iniciativa própria, por parte do Grupo de Comparação, como a prática das atividades inseridas nos PIA, nomeadamente em termos de QdV. Os nossos resultados parecem reforçar a posição de Levasseur e colaboradores (2010) que defendem que existe uma relação positiva entre o participar em atividades sociais e uma melhor perceção de bem-estar físico e psicológico.

Segundo Kahana e Kahana, (1996) é fundamental que as pessoas idosas continuem a investir na adoção de comportamentos que lhes permitam uma adaptação eficaz, para enfrentar os desafios do envelhecimento. Desta forma, os participantes deste estudo mostraram-se ativos e assíduos quanto à periodicidade da participação nas atividades dos PIA, e alguns já o fazem há mais de 6 anos, logo a participação nestas atividades é um comportamento que colmate e retarda alguns desafios que o envelhecimento impõe.

Como em todos os estudos, também este apresenta limitações que obriga a uma leitura cautelosa dos resultados. Por um lado, a realização de um estudo transversal e correlacional não permitiu estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis em estudo nem efetuar uma leitura de processo. Por outro lado, o procedimento de amostragem utilizado - não probabilístico, não permitiu reunir uma amostra representativa da população, o que impossibilita a generalização dos resultados. Por fim, o recurso a instrumentos de autorrelato implica que os dados fiquem sujeitos a algum viés decorrente, por exemplo, do efeito da desejabilidade social.

Posto isto, recomenda-se que em trabalhos futuros se recorra a desenhos longitudinais de modo a efetuar uma avaliação contínua do mesmo grupo de participantes. É também de salientar que em estudos futuros se opte por uma amostra mais alargada constituída de forma aleatória, integrando participantes de vários distritos para enriquecer a qualidade e variabilidade dos dados.

Apesar estas limitações, parece-nos que o presente estudo reúne evidência que deve ser tida em consideração a nível de políticas públicas que promovam o envolvimento ativo da população idosa, contribuindo para a sua QdV e bem-estar com vista ao EBS.

É de salientar o grande envolvimento por parte dos idosos que frequentam com regularidades as atividades sociais e recreativas dos PIA, o que parece evidenciar o interesse e abertura dos mais velhos a este tipo de iniciativas/medidas. Assim, considerando os resultados obtidos, a participação social neste tipo de

projetos/iniciativas traz ganhos em termos da rede de relações, da QdV e do EBS. É claramente relevante que, em termos políticos, a atenção deve estar focada neste aspecto de maneira a investir na continuidade destes programas, e a ajustar a intervenção às necessidades da população, prevenindo assim situações de isolamento e promovendo as relações sociais, a QdV e o EBS da população idosa.

Referências bibliográficas

- Alkema & Alley (2006). Gerontology's future: An integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, 46(5), 574-582.
- Alley, E., Putney, M., Rice, M., & Bengtson, L. (2010). The increasing use of theory in social gerontology: 1990–2004. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(5), 583-590.
- Almeida, A. (2012) Envelhecimento e Dinâmicas Sociais Envelhecimento Activo. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra
- Almeida, M. A. B. D., Gutierrez, G. L., & Marques, R. F. R. (2012). Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.
- Alvarenga, M., Oliveira, C., Domingues, R., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2603-2611.
- Anton, S., Woods, A., Ashizawa, T., Barb, D., Buford, T., Carter, S., & Dotson, V. (2015). Successful aging: advancing the science of physical independence in older adults. *Ageing research reviews*, 24, 304-327.
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2013). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82-92.
- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., & Akiyama, H. (2009). Convoys of social relations: An interdisciplinary approach.
- Araújo, L. & Melo, S. (2011). Relacione-se com os outros. In Ribeiro, O. & Paúl, (Coord), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 141-167). Lisboa: LIDEL.
- Araújo, L., Ribeiro, O., Teixeira, L., & Paúl, C. (2016). Predicting successful aging at one hundred years of age. *Research on aging*, 38(6), 689-709.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: on the Dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23(5), 611-626. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: A psychological model* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Bárrios, B. (2017). Políticas de envelhecimento ao nível local-análise e avaliação de programas a partir do paradigma de envelhecimento ativo.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista portuguesa de saúde pública*, 32(2), 188-196.

- Bass, S. (2009) Toward and integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D.Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.) *Handbook of Theories of Aging*. (2^a ed.). New York: Springer Publishing Company
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Melo de Carvalho, J. (2013). Gerontologia Social e prestação de serviços: Contributos para a prática-baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia*, 1, 1, 1-12
- Bengtson, L., Burgess, O., & Parrott, M. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(2), S72-S88.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. In V.L. Bengtson, D. Guns, N. Putney, M. Silverstein (Eds.), *Handbook on theories of aging*. New York: Springer Publishing Company
- Bond, J., & Corner, L. (2004). *Quality of life and older people*. McGraw-Hill Education (UK).
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: What is successful aging? *The International Journal of Aging and Human Development*, 64(3), 263-297.
- Cabral, Manuel Villaverde; Ferreira, Pedro Moura; Silva, Pedro Alcântara; Jerónimo, Paula; Marques, Tatiana (2013) *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campos, A. C. V., Ferreira, E. F., & Vargas, A. M. D. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2221-2237.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 243-268.
- Carneiro, S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(2), 229-237.
- Creswell, J. (2014). *A concise introduction to mixed methods research*. Sage Publications.
- Datta, D., Datta, P. P., & Majumdar, K. K. (2015). Association of quality of life of urban elderly with sócio-demographic factors. *International Journal of Medicine and Public Health*, 5(4), 274-278.

- Dijk, M., Cramm, M., Van Exel, B., & Nieboer, P. (2015). The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. *Ageing & Society*, 35(8), 1771-1795.
- 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.
- Elder Jr, G. (1998). The life course as developmental theory. *Child development*, 69(1), 1-12.
- Farenzena, P., Argimon, L., Moriguchi, E., & Portuguez, W. (2007). Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós: Gerontologia*, 10(2).
- Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2007, January). Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. *Forum Sociológico*, 11, 11-16.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecer bien: qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Rudinger, G., Schroots, J. J., Hekkinen, E., Drusini, A., & Rosenmayr, L. (2004). Assessing competence: the European survey on aging protocol (ESAP). *Gerontology*, 50 (5), 330-347.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2012). *Fundamentos psicológicos para um envelhecimento ativo*. Comunicação apresentada em Envelhecimento Ativo, Solidão e Redes de Suporte Social, Os Novos Desafios, Porto.
- Fonseca, M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª edição). Loures: Lusociência.
- Foster, L., & Walker, A. (2014). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90.
- Freitas, P. C. (2011). Solidão em Idosos: Percepção em função da rede social. Recuperado de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/14/34/1/SOLID%IDOSOS.pdf>
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137-143.

- Guse, W., & Masesar, A. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: perceptions of residents. *Issues in mental health nursing*, 20(6), 527-539.
- Haverland, M., & Marier, P. (2008). Introduction: Adapting Public Policies for an Ageing Society. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 10(1), 1-6.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Métodos y técnicas de la investigación II. México: McGraw-Hill.
- Hooyman, R., & Kiyak, A. (2008). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Londos: Pearson Education.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª edição). Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística (2005). Sistema de Metainformação. *Instituto Nacional de Estatística (INE) web site*. Acedido em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5700>
- Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2009). Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de psicologia*, 26(3), 297-304.
- Kahana, E. & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengston (Ed.), *Adulthood and Aging: Research on Continuities and Discontinuities* (pp. 18-40). New York: Springer Publishing Company.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: a longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16 (4), 438-451.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N. J., Dan, A. & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wykle, P. J. Whitehouse & D. L. Morris (Eds.), *Successful Aging through the Life Span: Intergenerational Issues in Health*, (pp. 101-123). New York: Springer Publishing Company.
- Kalache, A. (2015). Envelhecimento Ativo: um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. *Envelhecimento Ativo - promovendo a resiliência ao longo do curso de vida*. Brasil: Rio de Janeiro.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.
- Keyes, L., Phillips, D. R., Sterling, E., Manegdeg, T., Kelly, M., Trimble, G., & Mayerik, C. (2014). Transforming the Way We Live Together: A Model to Move Communities From Policy to Implementation. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 117-130.

- Kluthcovsky, A. C. G., & Kluthcovsky, F. A. (2009). O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev. Psiquiatr.*, 31(3, supl. 0), 0-0.
- Küchemann, B. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e estado*, 27(1), 165-180.
- Kusumastuti, S., Derks, M. G., Tellier, S., Di Nucci, E., Lund, R., Mortensen, E. L., & Westendorp, R. G. (2016). Successful ageing: A study of the literature using citation network analysis. *Maturitas*, 93, 4-12.
- Lariviere, V. (2008). The effects of aging on researchers' publication and citation patterns. *PloS One*, 3(12), e4048.
- LAWTON, P. (1991) A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren, J.E.; Lubben, J.E.; Rowe, J.C.; Deutchman, D.E., (Eds.) The concept and measurement of quality of life in the frail elderly (pp.4-27). New York:Academic Press, Inc.
- Leon, C. (2005). Social engagement and successful aging. *European Journal of Ageing*, 2(1), 64-66.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71, 2141-2149.
- Luoh, M. C., & Herzog, A. R. (2002). Individual consequences of volunteer and paid work in old age: Health and mortality. *Journal of health and social behavior*, 43(4), 490-509.
- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. *Braga: Psiquilíbrios Edições*
- Martins, R. M. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*, 128-134.
- Millán Calenti, J.C. (2006). Gerontología y Geratría. In J.C Millán Calenti. (Coord.), *Principios de Geriatria y Gerontología* (pp.3-20). Madrid: McGraw-Hill
- Moraes, D. (2007). Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Boletim de psicologia*, 57(127), 215-238.
- Neal, M.B., DeLaTorre, A.K., & Carder, P.C. (2014). Age-Friendly Portland - A University-City-Community Partnership. *Journal of Aging and Social Policy*, 26(1-2), 88-101.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A.L. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e envelhecimento* (pp. 161- 200). Campinas, SP: Papyrus.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34.

- Neville, S., Napier, S., Adams, J., Wham, C., & Jackson, D. (2016). Na Integrative review of the factos related to building age-friendly rural communities. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (17-18), 2402-2412
- Nogueira, E. J., de Lima, L. J. C., Martins, L. A., & Moura, É. R. (2009). Rede de relações sociais e apoio emocional: pesquisa com idosos. *Iniciação Científica Cesumar*, 11(1), 65-70.
- OMS (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Oliveira, D., & Mendes, F. (2010). A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007. *Análise Social*, (194), 115-138.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Active ageing, a policy framework. Geneva: *World Health Organization*.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil.
- O'Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. (Boletín sobre el Envejecimiento: Perfiles y Tendencias.). Council of Europe on publication in English and French. Recuperado em 01 maio, 2015, de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf>.
- Passos, T. (2016). *Envelhecimento ativo e avaliação gerontológica: Um estudo de base comunitária em Valença* (Master's thesis).
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel.
- Paúl, C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A.M. (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social. *Sociologia: revista da Faculdade de Letras do Porto*, 275-288.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In O. Ribeiro & M.C. Paúl (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp.1-15). Lidel: Edições Técnicas.
- Paúl, C. (2017). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15.

- Pinto, J., & Neri, A. (2017). Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2017;20(2):260–73.
- Qadri, S., Ahluwalia, S. K., Ganai, A., Bali, S., Wani, F., & Bashir, H. (2013). An epidemiological study on quality of life among rural elderly population of Northern India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(3), 514-522. doi: 10.5455/ijmsph.2013.2.492-500
- Rainer, S. (2014). Social participation and social engagement of elderly people. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 780-785.
- Ribeiro, O. & Paúl. C. (Coord.) (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Kairós: Gerontologia*, 15, 217-234.
- Ristau, S. (2011). People do need people: Social interaction boosts brain health in older age. *Generations*, 35(2), 70-76.
- Rizzolli, D., & Surdi, A. C. (2010). Elderly's perception of groups of elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 225-233.
- Rodrigues, A. G., & Silva, A. A. D. (2013). A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 159-170.
- Rodrigues, E. (2010). O Estado e as Políticas sociais em Portugal: discussão teórica e empírica em torno do Rendimento Social de Inserção. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, vol. 20, 2010, p. 191-230.
- Rodrigues, R., Tavares, S., Dias, A., Pegorari, S., Marchiori, F., & Tavares, D. (2017). Qualidade de vida de idosos comunitários e fatores associados. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 11(3), 1430-1438.
- Rosa, M. J. V. & Chitas, P. (2013). *Portugal e a Europa: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). The structure of successful aging. In J. Rohe & R. Kahn (Eds.), *Successful Aging* (pp. 50-74). Michigan: Dell Pub.
- Rowe, J., & Kahn, R. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70 (4), 593-596.

- Rowe, J. W. & Cosco, T. D. (2016). Successful aging. In V. L. Bengtson & R. A. Settersten (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (3ª edição) (pp. 539-549). New York: Springer.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi: 10.1093/geront/37.4.433
- Santos, D., Santos, C., Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764.
- Schroeder, E., Ferrari, N., & Maestrelli, S. R. P. (2009). A construção dos conceitos científicos em aulas de ciências: contribuições da teoria histórico-cultural do desenvolvimento. VII ENPEC Florianópolis, SC 2009. 7. PAIS,
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel
- Sluzki, C. E. (2010). Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems, & Health*, 28(1), 1.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8, 246-252.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Madrid: World Health Organization.

Anexos