

REDES DE APOIO SOCIAL E DE SUPORTE SOCIAL E ENVELHECIMENTO ATIVO

Carlos Manuel Leitão Maia

Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal
carlosmaia@ipcb.pt

Florencio Vicente Castro

Universidad de Extremadura, Spain

António Manuel Godinho da Fonseca

Universidade Católica Portuguesa / Faculdade de Educação e Psicologia, Portugal

M^a Isabel Ruiz Fernández

Universidad de Extremadura, Spain

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>

Fecha de Recepción: 25 Enero 2016

Fecha de Admisión: 15 Febrero 2016

RESUMO

O risco de vulnerabilidade e isolamento social associado aos idosos, levou a Organização Mundial de Saúde a reconhecer o apoio social, onde se inclui as redes de apoio social e o suporte social, como um importante fator na prevenção do isolamento social e como uma medida necessária para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo (WHO, 2002). Com base no conceito de Envelhecimento Ativo, procurou-se caracterizar a rede de apoio social e de suporte social das pessoas idosas do distrito de Castelo Branco. **Métodos:** foram entrevistadas 306 pessoas idosas residentes na comunidade, tendo sido utilizada a Escala de Rede de Apoio Social (Lubben, 1998), com três subescalas: família, amigos e confidentes, para avaliar a integração e a rede social. **Resultados:** O relacionamento social, sobretudo no âmbito familiar, confirma a importância das redes sociais de suporte (Bowling, 1991) para o envelhecimento ativo, bem-sucedido, funcionando igualmente como um fator determinante para a maior ou menor capacidade de adaptação aos desafios do envelhecimento. Os indivíduos que apresentam redes familiares e redes de amigos de maiores dimensões são os que pertencem ao grupo etário mais baixo (65-74), ao género masculino, são casados e têm mais anos de escolaridade. **Conclusão:** Ao analisar a rede de suporte social verifica-se que a rede familiar se associa à idade, género e estado civil enquanto a rede de amigos e de confidentes é maior nos homens. Ter maior escolaridade também está associado à rede de amigos, a qual tem uma maior dimensão nos indivíduos mais novos.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento ativo; qualidade de vida; rede de apoio social; idosos.

INTRODUÇÃO

Quando falamos de *rede social* e de *suporte social* estamos a referir-nos, no primeiro caso, à estrutura, à trama da integração social, e, no segundo caso, ao funcionamento, isto é, ao apoio emo-

cional e ao suporte instrumental (Lubben, 2006). A *rede social* e o *suporte social* são importantes recursos, cuja pertinência vai aumentando no decurso do envelhecimento. Schlossberg (1981) identifica como fundamentais para uma adaptação com êxito ao envelhecimento os sistemas de suporte e de relação interpessoal de cada pessoa, analisados a três níveis: relações íntimas, família e relações de amizade.

Paúl considera que “a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e satisfação de vida” (Paúl, 2005, p.37), o que diz bem do papel decisivo das relações sociais para a qualidade de vida individual. Manciaux (2003, in Fonseca, 2011) afirma que entre os vários caminhos possíveis da resiliência se encontram o reforço das ligações familiares e o aumento da vida relacional e associativa. Existe uma linha conceptual defendida, entre outros, por Eckenrode, que sugere que o apoio social (redes de apoio) atua simultaneamente como variável atenuante e preventiva do *stress*, minorando assim as consequências negativas de acontecimentos de vida stressantes (Fonseca, 2011). Spar & La Rue (2005) defendem que os idosos, apesar de possuírem redes sociais pequenas, são muito ativos no interior dessas redes, mantendo contactos frequentes com os elementos da rede.

Já os fatores de risco de natureza social, apesar de não serem exclusivos dos idosos, podem por vezes ser mais comuns na idade avançada (Gonçalves, 2014). Aspetos quantitativos da rede social, como por exemplo a frequência de contactos sociais e o número de pessoas disponíveis para providenciar suporte quando necessário, estão associados ao desenvolvimento de depressão e suicídio em idosos. De facto, entre as causas mais frequentes de suicídio nos idosos em Portugal destacam-se a institucionalização, a viuvez, doenças psiquiátricas (depressão e alcoolismo) e precisamente o baixo suporte social. Só assim se compreende que o suicídio seja atualmente uma realidade em crescimento nos mais velhos, estimando-se que possa corresponder a ¼ do total de suicídios do país. Inversamente, a participação em práticas religiosas, dado aumentar a oportunidade de interação social, funciona como um fator protetor.

De uma forma geral, o processo de envelhecimento comporta em si mesmo riscos de aumento da vulnerabilidade e doença, agravados em circunstâncias em que o contexto social é pobre e a rede de apoio social é fraca ou inexistente. Os sistemas ou redes de suporte social e de apoio emocional devem ser vistos como recursos que permitem lidar de forma bem-sucedida com os acontecimentos de vida suscetíveis de provocar *stress* e com as perturbações a eles associadas, explicando assim porque é que muitas pessoas, enfrentando acontecimentos de vida potencialmente causadores de muito *stress*, não sofrem consequências adversas ao nível da saúde e do bem-estar psicológico.

A idade avançada, as limitações funcionais, a inexistência de filhos, a perda ou dificuldade de acesso a familiares mais chegados e a amigos, bem como a doença, são fatores de risco para o isolamento. Quando essa rede não funciona adequadamente ou não existe, o isolamento e a depressão podem sobrevir (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006). Os problemas de saúde, quando comportam implicações funcionais, restringem as interações com o mundo exterior, concretamente na relação com os amigos e na ocupação em atividades de lazer (Kunzmann, Little & Smith, 2000). Verifica-se haver diferenças na rede de suporte, conforme o género. As mulheres desempenham mais papéis de prestadores de cuidados (Sousa; Figueiredo & Cerqueira, 2006) e, por isso, permanecem mais tempo ligadas a outros. Já os homens criaram uma rede de relações mais acentuada no local de trabalho, pelo que a reforma fá-los perder alguns ou mesmo a totalidade desses contactos (Fonseca, 2011); muitos são então levados a desempenhar papéis de cuidadores dos netos e de apoiantes dos filhos adultos.

Ao longo da vida, o indivíduo constrói a sua rede social, sendo que a sua extensão vai depender de fatores sociodemográficos, fatores culturais e fatores da personalidade. Com o avanço da

idade, as alterações na rede social surgem na sequência de transformações do campo relacional ou como resposta às necessidades do indivíduo. Vários estudos (Antonucci & Akiyama, 1987; Bowling, 1994; Stoller & Pugliesi, 1988) sobre as mudanças na rede social demonstraram que, com o avançar da idade, ocorre um decréscimo no tamanho da rede, devido à perda de familiares e amigos. O aparecimento de incapacidade torna, por sua vez, necessária a inclusão de familiares mais distantes (suporte social informal) na rede do indivíduo, ou seja, surge a necessidade da ativação de fontes de ajuda em períodos de necessidade.

Em relação à modificação das redes sociais na velhice, Wenger (1987) realizou um estudo com uma amostra com mais de sessenta e cinco anos ao longo de quatro anos, em que verificou que 30% não tiveram alterações, 47% aumentaram e 23% diminuíram (as mulheres solteiras e viúvas tinham maior probabilidade de ter redução no tamanho da rede). Bowling *et al.* (1993) realizaram o mesmo estudo junto de uma amostra com mais de oitenta e cinco anos, ao longo de três anos, e o resultado foi o seguinte: 42% sem alterações, 16% aumentaram, 42% diminuíram. Destes dois estudos conclui-se, essencialmente, que a rede social tem uma redução visível com o avançar da idade. Numa investigação sobre a dinâmica das redes sociais na velhice, Bowling (1994) concluiu que, em relação à extensão da rede, as mulheres a partir dos cinquenta e cinco anos tinham uma rede maior do que os homens; como já referimos, o tipo de relações dos homens é mais relacionada com o trabalho, enquanto as mulheres baseiam-se preferencialmente na família e amigos.

A rede social do idoso pode ser constituída por familiares (cônjuge, família alargada), amigos (amigos, confidentes), vizinhos e redes formais de ajuda (serviços de apoio social, grupos de ajuda mútua, telefone, internet). No que diz respeito ao casamento, está provado que este tem um efeito protetor, estando a viuvez associada a mais altas taxas de mortalidade em ambos os sexos. A grande importância dos familiares, amigos e confidentes resulta evidente a todos os níveis, enquanto as redes formais dão uma ajuda principalmente de tipo instrumental. A utilização destes serviços é vista, no entanto, como de último recurso. A investigação sugere, assim, que os idosos terão as suas necessidades instrumentais satisfeitas se as redes forem dominadas por familiares, embora exprimam maior satisfação com a vida se os amigos predominarem; a quantidade de contactos não significa bem-estar; a relação com um confidente é mais importante do que a quantidade de interações com família e amigos para a satisfação com a vida; já a perceção de mau suporte social poderá levar ao desenvolvimento de sintomas neuróticos.

OBJETIVO

O estudo teve por objetivo caracterizar a rede de apoio social e de suporte social das pessoas idosas do distrito de Castelo Branco.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo, analítico e transversal, como uma amostra de 306 pessoas idosas, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na comunidade. Os elementos da amostra foram selecionados de forma não probabilística, por conveniência e em rede, de entre os residentes no distrito de Castelo Branco - Portugal.

A colheita de dados foi realizada da utilização da Escala de Rede de Apoio Social (Lubben, 1998), com três subescalas: família, amigos e confidentes, para avaliar a integração e a rede social. Os dados foram tratados através da utilização do software estatístico SPSS, versão 22.0., tendo sido considerado um nível de significância de 5%. Foram utilizadas medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio-padrão) e ainda valores máximos e mínimos. Recorreu-se ainda à estatística não paramétrica para a comparação da tendência central (teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis).

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 306 pessoas idosas. A maior parte dos elementos é casado ou vive em união de facto (58,7%), tem uma filha (50,6%) ou um filho (45,5%), tem netos (89,7%), possui menos de 9 anos de escolaridade (87,9%) e vive na aldeia (67,0%) com o cónjuge (58,0%). O agregado familiar é composto, na maior parte dos casos, pelo casal de idosos (53,8%) e por duas pessoas (60,9%).

RESULTADOS

Foi utilizada a escala de rede de apoio social, ERAS (Lubben, 1998) que, como o nome indica, avalia a rede de apoio social. Está organizada em 5 dimensões: uma relativa à rede familiar (3 itens medidos numa escala de likert de 6 pontos), outra à rede de amigos (3 itens medidos numa escala de likert de 6 pontos), outra relativa às relações de confiança (2 itens medidos numa escala de likert de 6 pontos), e ainda uma sobre ajuda aos outros (um item medido em escala dicotómica com opções “sim” e “não” e outro numa escala de tipo Likert de 5 pontos) e outra sobre com quem vive (1 item com 4 opções de resposta).

A Tabela contém a estatística descritiva básica relativa ao somatório das pontuações obtidas para cada dimensão.

Tabela 1 - Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida no ERAS

	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Rede Familiar	304	1	15	10,77	2,830
Rede de Amigos	290	0	15	8,95	3,133
Relações de Confiança	305	0	10	3,07	2,255
Ajuda aos Outros	87	0	9	3,38	2,025
Com quem Vive	306	0	3	0,88	1,369

Grupo etário

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para as pontuações obtidas nas subescalas “Rede Familiar” ($p=0,038$) e “Com quem Vive” ($p<0,001$) em função do grupo etário. Observa-se que são os indivíduos mais novos que apresentam uma rede familiar e uma rede de amigos de maior dimensão, sendo também neste grupo que se verifica uma menor percentagem de indivíduos a viverem sozinhos. Verifica-se ainda que a percentagem de indivíduos a viverem sozinhos aumenta com a idade (Tabela 2).

Tabela 2 - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário

Grupo etário	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
65-74 Rede Familiar	154	3	15	11,20	2,738
Rede de Amigos	148	0	15	9,34	3,060
Relações de Confiança	155	0	10	2,93	2,262
Ajuda aos Outros	41	0	8	3,42	2,101
Com quem Vive	156	0	3	0,58	1,189
75-84 Rede Familiar	127	1	15	10,30	2,980
Rede de Amigos	121	0	15	8,49	3,244
Relações de Confiança	127	0	9	3,35	2,331
Ajuda aos Outros	38	0	9	3,58	2,116
Com quem Vive	127	0	3	1,09	1,448
≥ 85 Rede Familiar	23	6	15	10,57	2,643
Rede de Amigos	21	0	15	8,71	3,133
Relações de Confiança	23	0	7	2,43	1,830
Ajuda aos Outros	8	0	6	2,88	1,642
Com quem Vive	23	0	3	1,83	1,497

Género

Verifica-se que os homens têm uma rede familiar e uma rede de amigos, respetivamente, de maiores dimensões, assim como um maior número de confidentes, o que corresponde a melhor integração e menor isolamento social. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a pontuação obtida na subescala “Com quem Vive” em função do género ($p < 0,001$), observando-se que há uma maior percentagem de mulheres a viverem sozinhas (Tabela 3).

Tabela 3 - Estatística Descritiva Básica em função do género

Género		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Feminino	Rede Familiar	192	1	15	10,63	2,864
	Rede de Amigos	183	0	15	8,74	3,151
	Relações de Confiança	192	0	9	3,16	2,175
	Ajuda aos Outros	48	0	8	3,48	2,000
	Com quem Vive	193	0	3	1,17	1,466
Masculino	Rede Familiar	110	3	15	11,11	2,714
	Rede de Amigos	105	2	15	9,33	3,109
	Relações de Confiança	111	0	10	2,89	2,375
	Ajuda aos Outros	38	0	9	3,26	2,101
	Com quem Vive	111	0	3	0,38	1,000

Estado civil

Verifica-se que os indivíduos casados têm uma maior rede familiar ($p = 0,023$). Também se encontraram diferenças estatisticamente significativas para a pontuação obtida na subescala “Com quem Vive” em função do estado civil ($p < 0,001$), observando-se que os casados apresentam menor isolamento social. Os indivíduos viúvos são os que, maioritariamente, vivem sozinhos (Tabela 4).

Tabela 4 - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil

Estado civil		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Casado/ União de facto	Rede Familiar	174	3	15	11,07	2,873
	Rede de Amigos	168	0	15	9,20	3,012
	Relações de Confiança	175	0	10	2,93	2,261
	Ajuda aos Outros	49	0	8	3,53	2,228
	Com quem Vive	176	0	3	,07	,448
Viúvo(a)	Rede Familiar	106	1	15	10,56	2,795
	Rede de Amigos	99	0	15	8,70	3,465
	Relações de Confiança	106	0	9	3,15	2,146
	Ajuda aos Outros	30	0	9	3,43	1,832
	Com quem Vive	106	0	3	2,09	1,384
Outro(a)	Rede Familiar	18	5	14	9,39	2,477
	Rede de Amigos	17	3	11	7,82	2,455
	Relações de Confiança	18	0	9	4,33	2,657
	Ajuda aos Outros	6	2	4	2,50	,837
	Com quem Vive	18	0	3	1,83	1,505

Escolaridade

Verifica-se que os indivíduos com mais anos de escolaridade são os que têm uma rede de amigos de maiores dimensões ($p = 0,015$) (Tabela 5).

REDES DE APOIO SOCIAL E DE SUPORTE SOCIAL E ENVELHECIMENTO ATIVO

Tabela 5 - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade

Escolaridade		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
<9 anos escolaridade	Rede Familiar	261	1	15	10,78	2,789
	Rede de Amigos	249	0	15	8,83	3,210
	Relações de Confiança	262	0	10	3,01	2,241
	Ajuda aos Outros	78	0	9	3,42	2,073
	Com quem Vive	262	0	3	,92	1,384
≥ 9 anos escolaridade	Rede Familiar	35	5	15	11,31	2,908
	Rede de Amigos	34	2	15	10,12	2,409
	Relações de Confiança	35	0	9	3,46	2,525
	Ajuda aos Outros	9	1	6	3,00	1,581
	Com quem Vive	36	0	3	,83	1,363

Local de Residência

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas em função do local de residência dos indivíduos (Tabela 6).

Tabela 6 - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência

Local de residência		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cidade	Rede Familiar	99	3	15	10,95	2,757
	Rede de Amigos	96	0	15	8,54	3,132
	Relações de Confiança	100	0	10	2,95	2,240
	Ajuda aos Outros	38	0	8	3,50	2,063
	Com quem Vive	101	0	3	,92	1,391
Aldeia	Rede Familiar	205	1	15	10,69	2,868
	Rede de Amigos	194	0	15	9,15	3,122
	Relações de Confiança	205	0	9	3,13	2,265
	Ajuda aos Outros	49	0	9	3,29	2,010
	Com quem Vive	205	0	3	,86	1,362

Rendimento mensal

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a pontuação obtida na subescala "Com quem Vive" em função do rendimento mensal ($p=0,040$). É no grupo dos indivíduos com rendimentos mais baixos que se encontram, maioritariamente, os indivíduos que vivem sozinhos (Tabela 7).

Tabela 7 - Estatística Descritiva Básica em função do rendimento

Rendimento mensal		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Inferior ou igual ao SMN (RM≤485€)	Rede Familiar	109	1	15	11,25	2,743
	Rede de Amigos	101	0	15	9,30	3,440
	Relações de Confiança	110	0	10	3,03	2,324
	Ajuda aos Outros	33	0	9	3,52	2,307
	Com quem Vive	110	0	3	1,12	1,457
Entre o SMN e 2 SMN (485€<RM≤970€)	Rede Familiar	71	6	15	11,68	2,329
	Rede de Amigos	68	0	15	9,29	3,172
	Relações de Confiança	71	0	8	2,87	2,104
	Ajuda aos Outros	27	0	8	3,52	1,805
	Com quem Vive	71	0	3	,85	1,359
Entre 2 a 3 SMN (970€≤RM≤1455€)	Rede Familiar	33	3	15	11,03	2,834
	Rede de Amigos	32	0	15	9,41	3,161
	Relações de Confiança	33	0	7	2,58	2,000
	Ajuda aos Outros	13	0	7	3,00	2,198
	Com quem Vive	34	0	3	,44	1,078
Superior a 3 SMN (RM>1455€)	Rede Familiar	14	10	15	12,43	1,869
	Rede de Amigos	14	2	12	9,57	3,155
	Relações de Confiança	14	0	8	2,43	2,441
	Ajuda aos Outros	2	5	6	5,50	,707
	Com quem Vive	14	0	3	,43	1,089

Funcionalidade

Calculou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson com o objetivo de avaliar o grau de correlação entre as pontuações obtidas na escala de rede de apoio social e as pontuações obtida na funcionalidade (escala completa) e dimensões - Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física (Tabela 8). Constata-se a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a “Funcionalidade” e “Com quem vive”, embora de fraca magnitude.

Os indivíduos com maior grau de dependência na autonomia instrumental apresentam uma rede familiar de menores dimensões e uma melhor rede de confidentes. Apesar de estatisticamente significativas, estas correlações são fracas.

Tabela 8 - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre as pontuações obtidas nas dimensões do ERAS e as pontuações obtidas nas dimensões Funcionalidade, Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física

		Rede Familiar	Rede de Amigos	Relações Confiança	Ajuda aos Outros	Com quem Vive
Funcionalidade (Escala Completa)	Pearson Correlation	-,098	-,031	,085	,114	,120
	Sig. (2-tailed)	,099	,611	,154	,324	,043
	N	283	271	284	77	285
Mobilidade	Pearson Correlation	-,109	-,064	,087	,128	,108
	Sig. (2-tailed)	,064	,289	,138	,258	,067
	N	289	276	290	80	291
Autonomia Instrumental	Pearson Correlation	-,143	-,102	,120	,089	,112
	Sig. (2-tailed)	,013	,084	,037	,417	,052
	N	301	288	302	85	303
Autonomia Física	Pearson Correlation	-,075	,015	,045	-,050	,034
	Sig. (2-tailed)	,193	,802	,433	,651	,562
	N	300	286	301	85	302

CONCLUSÕES

Verifica-se que um quarto dos indivíduos vive só, situação que aumenta com a idade, grande parte são aposentados e não realizam qualquer trabalho voluntário. Estes dados estão de acordo com os obtidos por Reis (2011) no estudo realizado na Região Autónoma da Madeira.

A componente relações familiares inclui “rede familiar”, “número de familiares”, “proximidade dos familiares”.

Apesar de a família ainda continuar a ser a estrutura que assegura, de forma mais assídua, o cuidado dos mais idosos, as rápidas transformações do mundo, assim como as modificações verificadas nas próprias estruturas familiares, vieram alterar o papel da família também nesse âmbito. Apesar da maior parte (58%) viver com o cônjuge, é de salientar a elevada percentagem (29,3%) de idosos que vivem sozinhos.

Verifica-se também que a percentagem de indivíduos que vivem sozinhos aumenta com a idade, é maior entre as mulheres, nos indivíduos viúvos e com mais baixo rendimento.

De acordo com Pimentel (2005) a mobilidade geográfica das novas gerações, os recursos económicos dos agregados familiares, o papel ativo da mulher no mundo laboral, de que resulta menor disponibilidade para a tradicional função de cuidadora, associados ao aumento das famílias unipessoais, à maior autonomização dos jovens (em 2011, 5,4% dos indivíduos entre os 18 e os 34 anos constituem famílias unipessoais, verificando-se um aumento em todas as regiões do país em relação a 2001 - INE, 2012), ao crescimento da monoparentalidade feminina (entre 2001 e 2011 houve um aumento de 12% deste tipo de núcleos familiares, com 48% a corresponderem a situações de mães com filhos dependentes - INE, 2012), à reconstituição dos núcleos conjugais com um aumento da conjugalidade informal (de 2,7% em 2001 para 6,6% em 2011 – INE, 2012) são condicionamentos que vieram alterar as relações intergeracionais e a função de apoio e atendimento da família aos idosos.

A componente relações com amigos integra a existência de “amigos íntimos” e “número de amigos”. A relação com os amigos é fundamental para reduzir o sentimento de solidão no idoso. Através da companhia, do suporte emocional e moral, os amigos contribuem para a melhoria da satisfação com a vida, podendo o efeito das redes de amigos ser potencialmente mais positivo do que a rede familiar, uma vez que se trata de uma escolha voluntária, enquanto a rede familiar é involuntária e baseada no sentido da obrigação (Litwak, 1981, in Paúl, 2005).

De acordo com Oliveira (2008) as relações e suporte social decrescem com a idade, mas as amizades mais próximas mantêm-se, havendo maior seletividade. Uma relação harmoniosa com outros indivíduos, com quem se partilhem vários interesses, substitui muitas vezes com vantagens, as relações de dependência pais-filhos” (Meier-Ruge, 1988, in Fernandes, 2000).

Apesar da extensão da rede de amigos diminuir progressivamente com a idade, poderá ser compensada com a existência de amigos íntimos, que pelo investimento afetivo, poderão ter um importante papel protetor na prevenção da depressão, a qual ocorre com maior frequência nas pessoas sem relações de proximidade.

O menor número de confidentes demonstra ter efeitos negativos na qualidade de vida percebida pelos idosos, pelo que se conclui que a qualidade das relações dentro das redes é mais importante do que a extensão da própria rede. É essa a realidade dos meios urbanos, onde os idosos parecem estar mais isolados socialmente, mas os confidentes que possuem parecem compensar a inexistência de uma rede social mais alargada, ao nível da qualidade de vida percebida (Paúl, 2005, cit. por Freitas, 2011).

Para Fonseca (2012) os idosos tendem a exprimir maior satisfação com a vida se os amigos predominarem, salientando-se a relação com um confidente como mais importante do que a quantidade de interações com a família ou amigos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp.63-92). Lisboa: Coisas de Ler.
- Batistoni, S., Neri, A., & Cupertino, A. (2010). Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 44, 1137-1143. doi:10.1590/S0034-89102010000600020
- Depp, C.A., Jeste, D.V. (2009). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- EC - European Commission (2013). *Report on health inequalities in the European Union*. Brussels: European Commission.
- Erwin, T., Kuipera, R., Chorusa, A., Hopman-Rocka, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, 329-338.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarron, M.D., Caprara, M. (2007). Quality of life, life satisfaction and positive aging. In R. Fernández-Ballesteros (Org), *GeroPsychology: European perspectives for an aging world* (p.196-223). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Ferreira, P.M. (2011). *Envelhecimento activo e relações intergeracionais*. In Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia.
- Fonseca, A.M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Org), *Manual de gerontologia* (p.95-106). Lisboa: LIDEL.
- Fonseca, A.M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p.153-178). Lisboa: Coisas de Ler.
- Fonseca, A.M., Paúl, C., Martin, I., Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl e A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, p.97-108. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Fonseca, A.M., Paúl, C., Martín, I. (2008). Life satisfaction and quality of life in Portuguese old people living in the community. *Portuguese Journal of Social Science*, 7, 2, 87-102.
- Fox, M.T., Sidani, S., Persaud, M., Tregunno, D., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K. (2013). Acute care for elders components of acute geriatric unit care: Systematic descriptive review. *Journal of the American Geriatric Society*, 61 (6), 939-946.
- Freitas, P. (2011). Solidão em Idosos - percepção em função da rede social. II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada. Universidade Católica Portuguesa
- Gill, T.M., Gahbauer, E.A., Han, L., Allore, H.G. (2010). Trajectories of disability in the last year of life. *New England Journal of Medicine*, 362 (13), 1173-1180.
- Gonçalves, D. (2014). Cuidados psicológicos: A depressão em idosos. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p.263-290). Lisboa: Coisas de Ler.
- Hair, J. F., Sarstedt, M., Ringle, C. M., & Mena, J. A. (2012). An assessment of the use of partial least squares structural equation modeling in marketing research. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40 (3), 414-433.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing*, 20, 277-320.

- INE (2012). *Censos - Resultados definitivos. Portugal – 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Letra, M., Martín, I. (2010). *Estatísticas de equipamentos sociais de apoio à Terceira Idade em Portugal - 2010*. Porto: UNIFAI.
- Lubben, J. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale. *Gerontologist, 46* (4), 503-513.
- Lupien, S., Wan, N. (2004). Successful ageing: From cell to self. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B. Biological Sciences, 359* (1449), 1413-1426.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Marques, S., Lima, M.L. (2010). Idadismo e a construção social da idade ou as razões psicossociais para o sucesso dos anti-rugas, do botox e da tinta para o cabelo. *In-Mind_Português, 1*, 1, 13-21.
- Morley, J., Vellas, B., Kan, A., Anker, S., Bauer, J., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W., Doehner, W., Evans, J., Fried, L., Guralnik, J., Katz, P., Malmstrom, T., McCarter, R., Robledo, L., Rockwood, K., Haehling, S., Vandewoude, M., Walston, J. (2013). Frailty consensus: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*, 392-397.
- Nikolova, R., Demers, L., Béland, F., Giroux, F. (2011). Transitions in the functional status of disabled community-living older adults over a 3-year follow-up period. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 52*, 12-17.
- Nogueira, S., Ribeiro, R., Rosado, L., Franceschini, S., Ribeiro, A., Pereira, E. (2010) Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos (SP)*, v. 14 (4): 322-329
- Nunes, M., Ribeiro, R., Rosado, L., Franchescini, S. (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos (SP)*, v. 3 (5): 376-382
- Ocampo, J. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica, 41*, 275-289
- Olshansky, S., Goldman, D., Zheng, Y., Rowe, J. (2009). Aging in America in the Twenty-first Century: Demographic Forecasts from the MacArthur Foundation Research Network on an Aging Society. *Milbank Quarterly, 87* (4), 842-862.
- Paúl, C. (2014). Envelhecimento e prestação de cuidados: Diferentes necessidades, diferentes desafios. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p.353-367). Lisboa: Coisas de Ler.
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Ribeiro, O. (2008, Sept.). Protocol of Assessment of Active Ageing (P3A). *Proceedings of the Annual Conference of the British Society of Gerontology – Sustainable Futures in an Ageing World*. Bristol.
- Paúl, C., Ribeiro, O., Teixeira, L. (2012). Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 1*, 1-10.
- Pimentel, A. (2014). Influência da saúde funcional subjetiva no envelhecimento bem-sucedido em idosos institucionalizados e comunitários. (Tese de Doutoramento). Universidade de Évora
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Rose, M., & Cartwright, F. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist, 50*, 821–833.
- Reis, M. (2011). Da incapacidade à actividade: o desafio do envelhecimento. Vista sobre a população da Região Autónoma da Madeira (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto
- Resnick, B., Gwyther, L., Roberto, K. (2011). *Resilience in aging: Concepts, research, and outcomes*. New York: Springer.
- Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: LIDEL.

- Richardson, S., Karunanathan, S., Bergman, H. (2011). I May Be Frail But I Ain't No Failure. *Canadian Geriatric Journal*, 14, 1, 24-28.
- Silva, J., Smith-Menezes, A., Tribess, Rómo-Perez, V., Júnior, J. (2012) Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*; 15(1): 49-62
- Taekema, D., Gussekloo, J., Westendorp, R., Craen, A., Maier, A. (2012). Predicting survival in oldest old people. *The American Journal of Medicine*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2012.01.034>
- Troutman, M.M., Nies, M.A., Small, S.S., Bates, A.A. (2011). The development and testing of an instrument to measure successful aging. *Research Gerontological Nursing*, 4, 3, 221-232.
- Walker A. & Maltby, T. 2012 Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x
- WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Genève: World Health Organization.

