



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Apoio Social e Autoavaliação da Saúde: Estudo do envelhecimento na cidade da Covilhã

Márcia Susana Alves Covita

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Rosa Marina Afonso

Covilhã, outubro de 2012

À minha mãe...

Agradecimentos

À Professora Doutora Rosa Marina Afonso, pela orientação, atenção, disponibilidade, pelos sábios conselhos, sugestões e espírito crítico motivador.

Ao Professor Doutor Manuel Loureiro, pela partilha da sua experiência e do seu saber.

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

Aos colegas de mestrado, que se empenharam para cumprir os objetivos comuns. Agradecimento especial ao Nuno, pelo empenho, pela disponibilidade e pelo companheirismo.

Aos voluntários que se disponibilizaram a colaborar na recolha de dados, porque este trabalho também se deve a eles.

Ao presidente do Centro de Solidariedade Social de S. Jorge da Beira, Sr. Augusto Simão Batista, por compreender as minhas ausências à sexta feira e por me dar total flexibilidade para gerir as folgas e as férias de acordo com as minhas necessidades.

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

À minha prima Marta, pelo “abrigo” semanal, pelos conselhos, pelas conversas longas até altas horas à sexta feira, pelo apoio constante e pelas palavras de conforto e encorajamento.

À Sílvia, pela amizade, por “aturar” as minhas ausências à conta do mestrado, pelo incentivo e por acreditar sempre que sou capaz.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra me ajudaram a alcançar os meus objetivos e foram sempre um apoio em todos os momentos: tia Delfina, dona Angélica, Aninha, Nuno, Paulinha. Sem vós não teria sido a mesma coisa.

Aos meus pais e irmão, que sempre foram os pilares da minha vida, por acreditarem sempre em mim, pelo incentivo constante, por nunca me deixarem desistir e por me amarem incondicionalmente.

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

Resumo

O apoio social tem sido associado a uma autoavaliação da saúde positiva e está relacionado com as características sociodemográficas, tais como a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, entre outros. Este estudo tem como objetivo avaliar o apoio social e identificar associações com algumas características sociodemográficas, com a religiosidade e com a autoavaliação da saúde, na cidade da Covilhã. Participaram neste estudo 188 idosos da cidade da Covilhã, dos quais 61,2 % do sexo feminino e 38,8% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 64 e os 96 anos ($M=75$; $DP=6,68$).

Os resultados obtidos indicam que os idosos revelam ter apoio social. São encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao apoio social entre grupos etários ($F(2;184)=7,095$; $p<0,01$), estados civis ($F(4;181)=5,06$; $p<0,01$), níveis de escolaridade ($F(4;181)=8,19$; $p<0,001$), existência ou não de filhos ($t(184)=2,09$; $p<0,05$) e netos ($t(182)=3,02$; $p<0,01$) e à coabitação ($F(3;184)=9,09$; $p<0,001$). Melhores resultados de apoio social foram encontrados nos idosos mais novos, casados, com melhor nível educacional, com filhos, com netos e que residem com o cônjuge. Os resultados sugerem, igualmente, que uma autoavaliação da saúde positiva é encontrada nas pessoas idosas com mais apoio social ($F(4;182)=6,890$; $p<0,001$).

Os resultados sugerem, assim, que as características do apoio social devem ser consideradas e estimuladas no processo de envelhecimento, para que se encontrem, nas redes de apoio social, potencialidades e recursos que minimizem os efeitos adversos que possam estar associados ao envelhecimento.

Palavras-chave

Apoio social; Redes de apoio social; Autoavaliação da saúde; Religião; Idosos

Abstract

Social support has been associated with a positive self-rated health and it is related to socio-demographic characteristics, such as age, marital status, education level, among others. This study aims to assess social support and identify associations with some socio-demographic characteristics, with religiosity and the self-rated health in the city of Covilhã. The sample consisted of 188 elderly from Covilhã, 61.2% of whom were female and 38.8% male, with ages between 64 and 96 years ($M = 75$, $SD = 6.68$).

The results show that the elderly indicate to have social support. There have been found significant statistic differences with regard to social support between age groups ($F(2, 184) = 7.095$, $p < 0.01$), marital status ($F(4, 181) = 5.06$, $p < 0.01$), education levels ($F(4, 181) = 8.19$, $p < 0.001$), presence or absence of children ($t(184) = 2.09$, $p < 0.05$) and grandchildren ($t(182) = 3.02$, $p < 0.01$) and cohabitation ($F(3, 184) = 9.09$, $p < 0.001$). Higher levels of social support were found in the younger elderly, married, more educated, with children, grandchildren and residing with the spouse. The results also suggest that a positive self-rated health is found in older people with more social support ($F(4, 182) = 6.890$, $p < 0.001$).

Therefore, the results suggest that the characteristics of social support should be considered and encouraged in the ageing process so that it will be possible to identify in the social support networks, potentialities and resources that will minimize the adverse effects that may be associated with ageing.

Keywords

Social support; Social support networks; Self-rated health; Religion; Elderly.

Índice

Introdução.....	1
Parte Teórica.....	3
1 - Apoio Social e Envelhecimento.....	5
1.1 - Apoio social: conceito.....	6
1.2 - Rede social.....	10
1.3 - Família e apoio social.....	13
1.4 - Amigos, vizinhos, comunidade e apoio social.....	14
1.5 - Dimensão da rede de apoio.....	15
1.6 - Solidão e isolamento nos idosos.....	16
1.7 - Religião, espiritualidade e apoio social na velhice.....	18
1.8 - Investigações sobre apoio social na velhice.....	21
2 - Autoavaliação da Saúde e Envelhecimento.....	24
3 - Apoio social, Saúde e Autoavaliação da Saúde nos Idosos.....	28
Parte Empírica.....	33
4 - Metodologia.....	35
4.1 - Enquadramento e objetivos do estudo.....	35
4.2 - Método.....	36
4.2.1 - Desenho da investigação.....	36
4.2.2 - Participantes.....	36
4.2.3 - Instrumentos.....	40
4.2.4 - Procedimentos.....	43
4.2.5 - Análise de dados.....	45
5 - Resultados.....	46
6 - Discussão dos Resultados e Conclusões.....	62
Referências.....	73
Anexos.....	81

Lista de Figuras

Figura 1 - Comparação entre os índices médios de apoio social obtidos para a Subescala Família e Subescala Amigos das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012.	47
Figura 2 - Frequências da Autoavaliação da Saúde das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012.	58
Figura 3 - Comparação entre os índices médios de apoio social das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à autoavaliação da saúde, para a Escala Total, 2012.	60

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Conceitos e definições relacionadas com o apoio.	6
Tabela 2 - Características sociodemográficas das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012.	37
Tabela 3 - Existência de filhos, netos e bisnetos nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012.	38
Tabela 4 - Coabitação das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012.	39
Tabela 5 - Instituições que as pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã frequentam com regularidade, 2012.	39
Tabela 6 - Características da religiosidade subjetiva, frequência religiosa e filiação religiosa dos idosos residentes na cidade da Covilhã. 2012 (n=188).	40
Tabela 7 - Médias obtidas do apoio social para a subescala família, amigos e pontuação total das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=188).	47
Tabela 8 - Resultados para a comparação do apoio social nos sujeitos do sexo feminino e masculino das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=188).	48
Tabela 9 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente ao grupo etário, 2012 (n=187).	49
Tabela 10 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente ao estado civil, 2012 (n=186).	50
Tabela 11 - Resultados para a comparação do apoio social nos idosos residentes na cidade da Covilhã relativamente ao nível de escolaridade, 2012 (n=186).	51
Tabela 12 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas com e sem filhos residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=186).	52
Tabela 13 - Resultados para a comparação do apoio social nos idosos com e sem netos, residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=184).	53
Tabela 14 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à variável com quem vive, 2012 (n=188).	54
Tabela 15 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas que se consideram ou não religiosas residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=186).	55
Tabela 16 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à frequência religiosa, 2012 (n=184).	56

Tabela 17 - Resultados para a comparação da religiosidade subjetiva dos idosos do sexo feminino e masculino residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=186).	57
Tabela 18 - Resultados para a comparação da frequência religiosa nas pessoas idosas do sexo feminino e masculino residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=184).	57
Tabela 19 - Autoavaliação da saúde das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=188).	58
Tabela 20 - Resultados para a comparação da autoavaliação da saúde nos idosos residentes na cidade da Covilhã relativamente ao nível de escolaridade, 2012 (n=185).	59
Tabela 21 - Resultados para a comparação da autoavaliação da saúde das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à variável com quem vive, 2012 (n=187).	59
Tabela 22 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à autoavaliação da saúde, 2012 (n=187).	61

Lista de Acrónimos

ESAP	The European Survey on Aging Protocol
UNIFAI	Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos
LSNS-6	Escala de Rede de Apoio Social de Lubben
MMSE	Mini Mental State Examination
NEO-FFI	Neuroticismo, Extroversão e Abertura à Experiência
IACLIDE	Inventário de Avaliação Clínica de Depressão
IDE	Indicadores Demográficos e Económicos
INE	Instituto Nacional de Estatística
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
IBM	International Business Machines
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
FCSH	Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
UBI	Universidade da Beira Interior
N	Número de Indivíduos
M	Média
DP	Desvio-padrão
<i>t</i>	Teste <i>t</i> de student
ANOVA	Análise de Variância

Lista de Anexos

Anexo 1 - Folha de Informação ao Participante

Anexo 2 - Consentimento Informado

Anexo 3 - Questionário de Identificação Geral

Anexo 4 - Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6)

Anexo 5 - Questionário de Autoavaliação da Saúde

Anexo 6 - Questionário da Religião

Introdução

Atualmente, os idosos têm maior longevidade, especialmente nos países desenvolvidos, devido ao crescimento económico, melhor nutrição, estilos de vida saudáveis, melhor controlo de doenças infecciosas, melhor acesso a água potável, instalações sanitárias e cuidados médicos (Kinsella & Velkoff, 2001 cit. in Papalia, Olds, Feldman & Gross, 2003). Este aumento da expectativa de vida resultou numa mudança acelerada na população em direção a um aumento de percentagem de pessoas mais velhas e, embora este processo seja um fenómeno extremamente positivo para a humanidade, traz consigo uma série de novos desafios, especialmente a necessidade de manter os idosos com níveis satisfatórios de autonomia e independência (Ponce, Lazaeta & Lorca, 2011).

Segundo Papalia et al. (2003), o impacto económico do envelhecimento da população depende da proporção dessa população que é saudável e fisicamente apta. Muitos problemas que costumavam ser considerados como parte da terceira idade, estão agora a ser entendidos devido, não só ao envelhecimento em si, mas também a fatores de estilos de vida ou doenças.

Podemos considerar dois tipos de envelhecimento: O envelhecimento primário e o envelhecimento secundário (Papalia et al., 2003). O envelhecimento primário é gradual, é um processo inevitável de deterioração do corpo que começa cedo e continua ao longo dos anos, independentemente daquilo que é feito para o evitar. O envelhecimento secundário consiste nos resultados de doenças, abusos e desusos, fatores que muitas vezes são evitáveis e dentro do controle das pessoas. Por exemplo comer de uma forma saudável e manter a boa forma física, pode adiar os efeitos do envelhecimento secundário (Papalia et al., 2003).

A mudança que ocorre com o envelhecimento da população não é apenas um problema demográfico, mas também um problema social, já que os apoios das estruturas governamentais e oficiais existentes podem ser incapazes de atender as necessidades de saúde e apoio social da população mais velha. Tomando o lugar das estruturas oficiais e governamentais, as redes sociais de adultos mais velhos podem vir a desempenhar um papel ainda maior no seu bem-estar (Gallegos-Carrillo, Mudgal, Sanchez-Garcia, Wagner, Gallo, Salmerón & Garcia-Pena, 2009).

O envelhecimento bem-sucedido é, atualmente, um dos pontos fortes da investigação com idosos. Segundo Fontaine, (2000) a velhice bem-sucedida está associada à reunião de três grandes categorias de condições. A primeira condição é a fraca probabilidade de ter doenças, que causem a perda de autonomia. A segunda consiste na manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico. A terceira condição é a conservação do empenho social e bem-estar. Estes três tipos de condições concentram-se em proporções variáveis, de

acordo com as influências de desenvolvimento que os indivíduos sofreram ao longo de todo o seu ciclo vital.

Os conceitos de envelhecimento bem-sucedido e de envelhecimento ativo estão entre os mais importantes em gerontologia e no estudo do envelhecimento (Paúl, Fonseca, Martins e Amado, 2003). O envelhecimento bem-sucedido pressupõe um envelhecimento saudável que contempla aspetos psicológicos, sociais e ambientais. O envelhecimento ativo integra o processo de envelhecimento no âmbito da cultura e do género e salienta a importância de várias determinantes (e.g. serviços sociais e de saúde, ambiente físico, etc) e é apoiado pela participação social e segurança. (*ibidem*, 2003).

O apoio social decorre de interações sociais e redes de relações que se destinam a reforçar o bem-estar dos seus membros (White, Philogene, Fine & Sinha, 2009) e parece ter um amplo impacto em muitos aspetos da vida dos idosos. Tem sido relacionado com diversos desfechos positivos na saúde física e mental. As redes de apoio social têm demonstrado ser um importante recurso para que os idosos otimizem o seu estado de saúde e bem-estar, assim como um relevante fator restaurador quando a sua saúde está comprometida.

A autoavaliação da saúde é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas gerontológicas, que prediz de forma robusta e consistente a mortalidade e o declínio funcional e reflete uma perceção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicológica e social (Lima-Costa, 2004).

Pretende-se, com este estudo, descrever a situação das redes de apoio social dos idosos na cidade da Covilhã e identificar associações entre os fatores sociodemográficos. Avaliar as perceções da saúde, identificar associações com fatores sociodemográficos e analisar a sua relação com o apoio social, são igualmente objetivos que se propõem.

Assim, esta investigação encontra-se organizada em duas partes. A primeira parte, de carácter teórico, está dividida em três capítulos, onde se procura fazer uma breve revisão teórica sobre a temática. Na segunda parte deste trabalho, procede-se à apresentação do estudo empírico efetuado, através do seu enquadramento, definição de objetivos, descrição do método utilizado (onde se inclui a descrição do desenho de investigação, descrição da amostra, instrumentos e procedimentos), descrição dos resultados obtidos e, por fim, a discussão dos resultados e principais conclusões deste estudo.

PARTE TEÓRICA

1. Apoio Social e Envelhecimento

O apoio social aos idosos constitui, atualmente, um tema de grande relevância e importância, gerando debates, entre políticos, especialistas e não especialistas em torno das questões da velhice e do envelhecimento, evidenciando-se não só na centralidade do tema nos discursos políticos e sociais, e na proliferação de iniciativas em torno da velhice e apoio social, como também no crescente número de investigações e publicações referentes ao tema (Arias, 2008; Martins, 2005).

A ênfase recente nas questões do apoio social na velhice deve-se à preocupação em conhecer o grau de bem-estar e qualidade de vida a que têm acesso os idosos e ao fato de, na velhice, se poder experimentar uma deterioração da saúde física e mental, perda de capacidade económica e enfraquecimento das redes sociais, como consequência da perda do cônjuge, dos amigos e dos colegas (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003). Assim, os idosos enfrentam uma série de desafios, para se manterem socialmente ativos, uma vez que o fim do percurso laboral e o luto podem levar a uma perda de papéis sociais, e os problemas de saúde podem limitar a participação em atividades sociais (Cornwell & Waite, 2009).

O luto e os problemas de saúde a que os idosos são mais propensos aumentam a sua necessidade de apoio social e companheirismo, de modo que os aspetos de isolamento social prejudiciais à saúde podem ser particularmente nefastos em idades mais avançadas (Cacioppo et al., 2006; Heikkinen & Kauppinen, 2004; House et al., 1988 cit. in Cornwell & Waite, 2009).

As redes de apoio social são de extrema importância para a qualidade de vida dos idosos, não somente pela melhoria das condições objetivas devido ao fornecimento de apoios materiais e instrumentais, mas também pelo impacto significativo do apoio emocional, que parece ser um elemento chave na qualidade de vida dos idosos que experimentam papéis sociais significativos (Guzmán et al., 2003).

A categoria “redes sociais” foi assumida, durante anos, como um indicador de apoio. Se o indivíduo pertencia a uma rede considerava-se que estava apoiado. A investigação não apoiou esta ideia, tornando, assim, necessário fazer uma análise mais detalhada da qualidade, frequência, efetividade e disponibilidade de apoios (Guzmán et al., 2003). Foi, de acordo com os autores, uma das constatações mais importantes da investigação.

Assim, para desenhar políticas de apoio aos idosos é importante considerar a forma como se integram, complementam, ou contrariam os apoios provenientes das redes de apoio formais ou informais.

1.1 Apoio social: conceito

Apoio social, redes sociais e participação social, entre outros, são termos que refletem perspectivas diferentes sobre os recursos que podem estar presentes nas comunidades. Os termos são frequentemente confundidos porque têm algum grau de sobreposição e mútua influência (Gottlieb & Bergen, 2010). Na tabela 1 encontram-se alguns dos conceitos e definições mais relacionados com o apoio social.

Tabela 1 - Conceitos e definições relacionadas com o apoio.

Conceitos	
Apoio Social	Os recursos sociais que as pessoas percebem estar disponíveis, ou que são efetivamente prestados por não profissionais no contexto de ambos os grupos de apoio formais e informais das relações de ajuda.
Rede Social	Unidade de estrutura social composta de relações sociais do indivíduo e os laços entre eles.
Integração Social	A medida em que um indivíduo participa em interações sociais, públicas e privadas.
Apoio Funcional	Os variados tipos de recursos que fluem através dos laços sociais da rede.
Apoio Estrutural	O número e padrão de laços sociais diretos e indiretos que cercam o indivíduo.
Tipos de Suporte	Emocional, instrumental, informacional, companheirismo e estima.
Apoio Percebido	Crença do indivíduo sobre a disponibilidade dos variados tipos de apoio.
Apoio Recebido	Relatos sobre os tipos de apoio recebidos.
Apoio adequado	Avaliações da quantidade e/ou qualidade do apoio recebido.

Gottlieb & Bergen, 2010

A pluralidade de conceitos de apoio social presentes na literatura, assim como a diversidade da terminologia utilizada, se por um lado refletem a abrangência conceptual do termo, por outro, dificultam a sua concetualização coerente e universal (Martins, 2005), não existindo assim, uma definição clara e consensual de apoio social (Barrón & Moreno, 2001). As definições de apoio social são muitas vezes vagas e amplas. Há pouco consenso sobre a definição de apoio social e há grande diversidade de abordagens na medição de apoio social (Barrera, 1986).

Quando nos referimos ao conceito de apoio social ou suporte social estamos a referir-nos a uma vasta gama de comportamentos e ações, e a diversas perspectivas de análise que cria alguma confusão conceptual (Guadalupe, 2008). As diversas perspectivas vão desde a variedade de um conjunto de comportamentos díspares incluídos no “apoio social”, como a

participação em associações comunitárias, dar afeto, ser casado, etc., até ao fato de se tratar de um conceito complexo que inclui tanto aspetos estruturais, como reais e cognitivos e distintos níveis de análise (Barrón & Moreno, 2001).

De acordo com Barrera (1986 cit. in Guadalupe, 2008), Caplan, Cassel e Cobb foram os pioneiros na pesquisa sobre apoio social. São os trabalhos destes autores que consolidam a ênfase posta no estudo e na promoção do apoio social, instituindo distintas perspectivas teóricas na abordagem ao apoio social.

Lin (1986 cit. in Guadalupe 2008), na expressão “apoio social” considera que a componente “social” remete para a relação do indivíduo com o meio, enquanto a componente “apoio” remete para as atividades instrumentais e expressivas. Define apoio social como “as provisões instrumentais e/ou expressivas, percebidas ou efetivas, fornecidas pela comunidade, redes sociais, e parceiros íntimos” (Lin, 1986 cit. in Guadalupe, 2008). Para Lin (1986, cit. in Guadalupe, 2008; Barrón & Moreno, 2001) as fontes identificadas nesta definição representam uma simplificação do contexto social e remetem para três estratos relacionais distintos. A comunidade representa a integração social e o sentimento de pertença; as redes sociais permitem uma grande especificidade nas relações estabelecidas e um sentimento de vinculação; e nas relações com os parceiros íntimos são esperadas trocas recíprocas e mútuas e uma partilha da responsabilidade pelo bem-estar do outro.

Para House (1981 cit. in Israel, 1985) o apoio social refere-se a quatro grandes classes de comportamentos ou atos de apoio: apoio emocional (e.g. afeto, preocupação e estima); apoio de avaliação (e.g. feedback, afirmação); apoio informacional (e.g. sugestão, informação, aconselhamento) e apoio instrumental (e.g. ajuda no trabalho, tempo, dinheiro).

Segundo Barrón (1996) e Guadalupe (2009) uma das definições mais integradoras de apoio social é a de Vaux (1988), que se refere ao conceito como um meta-constructo, que compreende três dimensões que se relacionam num processo dinâmico de transações verificadas entre o sujeito e o contexto. São elas: em primeiro lugar, os recursos da rede de apoio, constituída pelos membros da rede aos quais o sujeito recorre, na procura de ajuda para lidar com as exigências com as quais se confronta; em segundo lugar, os comportamentos de apoio, que se referem às diferentes formas de prestar ajuda às pessoas; e em terceiro lugar, as apreciações de apoio, que seriam avaliações ou valorações subjetivas, relativamente aos comportamentos de apoio disponíveis.

Já Barrón (1996) e Martins (2005) apresentam o apoio social como um conceito interativo, referente às transações que se estabelecem entre os indivíduos e que Vaz Serra (1999 cit. in Martins, 2005) define como “a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”. O apoio social deve ser um “processo dinâmico e complexo, que

envolve transações entre os indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem” (Martins, 2005).

Barrera (1986) propõe orientações para o estudo dos conceitos de apoio social na tentativa de reduzir as fontes de confusão provocadas pela variedade de conceitos, pela diversidade de abordagens na medição do apoio social, e pela falta de consistência nos resultados de pesquisa. O autor defende a ideia do esclarecimento da confusão entre os conceitos e as incoerências de definição, em favor de uma terminologia mais específica e refinada que refletisse, criticamente, a operacionalização dos conceitos e desenvolvesse modelos que descrevessem as ligações entre os conceitos de apoio específicos, variáveis de vida stressantes e indicadores de angústia (distress).

Barrera (1986) organiza os conceitos de apoio social e suas operacionalizações em três grandes categorias: integração social, percepção de apoio social e apoio recebido. De acordo com o autor estes conceitos, ainda que possam existir outros, parecem evidenciar as diferenças e semelhanças significativas entre as concetualizações geralmente usadas.

Integração social é o conceito de apoio social que se refere às conexões que os indivíduos têm com outros significativos nos seus ambientes sociais. Uma das abordagens a este conceito consiste na utilização de indicadores gerais da presença de laços sociais (Barrera, 1986), tais como estado civil, participação em organizações comunitárias, presença de irmãos mais velhos, contato com amigos. Embora esses indicadores não sejam percebidos como medidas diretas de apoio social, eles são usados com a lógica que os laços sociais disponíveis podem ser como potenciais recursos de apoio social (Sandler, 1980 cit. in Barrera, 1986) durante uma crise (Eaton, 1978 cit. in Barrera, 1986). A outra abordagem ao conceito de integração social é a análise da rede social, que envolve frequentemente procedimentos estruturados para identificar indivíduos que têm relações importantes com o sujeito central (d’Abbs, 1982 cit. in Barrera, 1986).

O apoio social percebido emergiu como um conceito importante que caracteriza o apoio social como a avaliação cognitiva de modo fiável, conectado para os outros. É consistente com a afirmação de Cobb (1976 cit. in Barrera, 1986), que o apoio social é informação e com a ênfase de Cassel (1976 cit. in Barrera, 1986) sobre a função de feedback do apoio social. As medidas de apoio social percebido incorporam duas dimensões: disponibilidade percebida e adequação de vínculos de suporte (Cohen & Hoberman, 1983; Turner et al., 1983 cit. in Barrera, 1986). Estas medidas diferem das medidas de integração social na medida em que não quantificam o número de adeptos ou a quantidade de contato social. Em vez disso, tentam apreender a confiança dos indivíduos que o apoio adequado estaria disponível se fosse necessário, ou para caracterizar um ambiente como útil ou coesivo (Barrera, 1986).

Por último, o apoio social também pode ser concetualizado como ações que os outros executam quando prestam assistência a uma pessoa central. Tardy (1985, cit. in Barrera, 1986) refere-se às descrições comportamentais do apoio como apoio “recebido” para distingui-lo do apoio “disponível” que é medido por escalas de disponibilidade percebida e até mesmo algumas medidas de inserção social. Os comportamentos de ajuda que constituem o suporte recebido são suscetíveis de ser fornecidos quando os indivíduos enfrentam adversidades, particularmente eventos agudos. Nestes casos, as medidas de apoio recebidas são adequadas para medir a capacidade de resposta dos outros na prestação de assistência quando os sujeitos são confrontados com o stress.

De acordo com Khan & Antonucci (1980 cit. in Guzmán et al., 2003), o apoio social é entendido como um conjunto de “transações interpessoais que implicam ajuda, afeto e afirmação”. Este conjunto de transações interpessoais que operam nas redes, as quais se denominam genericamente “transferências”, apresentam-se com um fluxo de intercâmbio e circulação de recursos, ações e informação.

Para Cohen e colegas (2000 cit. in Gottlieb & Bergen, 2010), o apoio social são os recursos sociais que as pessoas percebem estar disponíveis, ou que são efetivamente prestados, por não profissionais no contexto dos grupos de apoio formais e relações de ajuda informais.

A nível funcional o apoio da rede social pode ser agrupado em torno de três tipos de apoio principais: o apoio emocional, que compreende trocas com atitudes emocionais positivas num “clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio” (Sluzki, 1996 cit. in Guadalupe, 2008: 84), carinho, confiança, sentimentos associados à família, à preocupação com o outro (Guzmán et al., 2003), ou seja, diz respeito à disponibilidade de alguém com quem falar, e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar subjetivo (Barrón, 1996); o apoio tangível (material ou instrumental) remete para um conjunto de ações ou materiais que, quando proporcionados por outrem vão no sentido de facilitar a realização de tarefas do quotidiano, aliviando o indivíduo, sendo somente efetivo quando o indivíduo percebe esta ajuda como apropriada (Barrón, 1996); por fim o apoio informativo refere-se ao processo pelo qual os indivíduos recebem informações ou orientações relevantes que os ajuda a compreender o seu mundo e/ou ajustar-se às alterações que nele existem (Barrón, 1996).

Em suma, o apoio social representa um processo dinâmico e complexo, que envolve trocas e comportamentos de apoio que implicam ajuda, afeto e afirmação, entre os indivíduos e as suas redes sociais, visando a satisfação das necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, no sentido de enfrentar novas exigências e atingir novos objetivos.

1.2 Rede social

O apoio social é uma das funções primordiais exercidas pelas redes sociais, pelo que o conceito de apoio social se confunde frequentemente com o conceito de redes sociais (Guadalupe, 2008).

A revisão da génese do conceito de rede social permite distinguir duas correntes com respeito ao seu uso: uma corrente anglo-saxónica e uma corrente latino-americana (Guzmán et al., 2003). A corrente anglo-saxónica, Lapota (1975, cit. in Guzmán et al., 2003) definiu rede informal como um sistema de apoio primário integrado para dar e receber objetos, serviços, apoio social e emocional, considerados pelo recetor e pelo prestador de serviços como sendo importantes. Para Cobb (1976, cit. in Guzmán et al., 2003) a rede social era uma instância mediadora pela qual se proporcionava apoio emocional e informacional. Walker e outros (1977 cit. in Guzmán et al., 2003) definiram redes sociais como uma série de contatos pessoais através dos quais o indivíduo mantém a sua identidade social e recebe apoio emocional, ajuda material, serviços e informação. Maguire (1980, cit. in Guzmán et al., 2003) referiu-se às redes como “forças preventivas” que assistem os indivíduos em caso de stress, problemas físicos e emocionais.

Mais tarde, foi reconhecido que a existência de uma rede social não é sinónimo de existência efetiva de apoio (Guzmán et al., 2003; Guadalupe, 2008). O apoio pode assumir uma dimensão destrutiva ou inócua (Coimbra, 1990 cit. in Guadalupe, 2008), conforme for percebido como prejudicial ou neutral (Chambo, 1997 cit. in Guadalupe, 2008).

Na corrente latino-americana a ênfase centrou-se na importância das redes sociais nas estratégias de reprodução social daqueles que se encontravam em situação desvantajosa (Guzmán et al., 2003). Para Lomnitz (1977 cit. in Guzmán et al., 2003) as redes de intercâmbios desenvolvidas por pessoas constituem um mecanismo efetivo para suprimir a falta de segurança económica que prevalece na comunidade. Para esta corrente, a existência das redes de apoio demonstra que não há igualdade de oportunidades para todos os grupos sociais e que na procura de benefícios, as redes se estruturam e reestruturam para conservar ou aumentar os recursos (De la Pena, 2001 cit. in Guzmán et al., 2003) e solucionar os problemas gerados pela falta de recursos económicos (De la Rocha cit. in Guzmán et al., 2003).

De uma forma genérica, as redes sociais são consideradas “sistemas particulares de relações que unem os atores sociais” (Fisher et al., 1977 cit. in Guadalupe, 2009: 50). O indivíduo é apontado, assim, como um elemento interativo num conjunto de parceiros sociais dentro da rede (Guadalupe, 2009). De forma semelhante Bowling (2003, cit. in Pedro, Rocha & Nascimento, 2008) define rede social como uma teia de relações que liga os diversos

indivíduos que possuem vínculos sociais, proporcionando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos.

Para Guzmán et al. (2003) a rede social é uma prática simbólico-cultural que inclui um conjunto de relações interpessoais que integram um indivíduo com o seu ambiente cultural e lhe permite manter ou melhorar o seu bem-estar material, físico e emocional e evitar, assim, os danos reais ou imaginados que podiam gerar-se quando existem dificuldades, crises ou conflitos que afetam o sujeito. De uma forma mais simplista, Gottlieb & Bergen (2010) definem rede social como uma unidade da estrutura social que consiste nos laços de um indivíduo e os laços entre eles.

Quando se fala de redes sociais está implícita a ideia de intercâmbios de apoios que constitui a essência da configuração das redes. A motivação principal para fazer parte de uma rede não são somente as necessidades materiais, já que as necessidades de ordem emocional e cognitiva também têm um papel preponderante, sobretudo no caso dos idosos (Guzmán et al., 2003).

De acordo com Guadalupe (2009), diversos autores definem rede pessoal como compreendendo dois sectores, fundamentada essencialmente no tipo de relação e nível de estruturação da rede, que é a distinção entre rede primária e secundária. Esses conceitos assentam, essencialmente, nos tipos de vínculos relacionais existentes entre os membros da rede social.

Pode dizer-se que as redes primárias são um conjunto de “indivíduos que têm afinidades pessoais num quadro não institucional” (Lacroix, 1990 cit. in Guadalupe, 2009: 54), que nos remete para dois aspetos determinantes para a sua conceptualização relativamente às redes secundárias, que são o tipo de afinidades (pessoais) e o nível de estruturação da relação (nível informal). Os vínculos numa rede primária são, essencialmente, de natureza afetiva, podendo assumir carga positiva ou negativa, não havendo qualquer tipo de obrigação ou formalidade na relação. É nas redes primárias que se atribui a maioria das funções de suporte social e existem “fontes de nutrição emocional”, mas também o maior nível de conflitualidade (Guadalupe, 2009).

As redes secundárias correspondem ao “tipo de pessoas reunidas por uma mesma função, num quadro institucionalizado” (Lacroix, 1990 cit. in Guadalupe, 2009: 55), reportando a organizações e instituições, ou seja, os membros da rede com os quais estabelecemos relações num contexto formal e com objetivos funcionais. Guadalupe (2009) considera que as redes secundárias são formais e informais consoante o seu nível de estruturação, objetivos a cumprir e relações estabelecidas no seu seio.

Numa outra perspetiva, Martins (2005) divide as redes sociais pessoais em dois grupos principais: as redes de apoio formal, que incluem os serviços estatais da Segurança Social organizados pelo poder local, como os centros de dia, lares, etc. e as redes de apoio informal que incluem a família, os amigos, a vizinhança. Outros autores como Moral, Miguel e Pardo (2007) e Arias (2008), partilham da visão de Martins (2005). Esta visão, mais simplista, seria o correspondente ao que Guadalupe (2009) chamou de redes secundárias e primárias, respetivamente. Na mesma linha Guzmán e colaboradores (2003) distinguem fontes de apoio formal e informal. O sistema formal de apoio tem uma organização burocrática, contempla objetivos específicos e utiliza profissionais ou voluntários para garantir o cumprimento dos seus objetivos. O sistema informal é constituído pelas redes pessoais e pelas redes comunitárias não estruturadas como programas de apoio.

As redes sociais podem ser classificadas segundo os tipos de intercâmbio e os tipos de interconexões entre os membros. De acordo com os tipos de intercâmbio existem três tipos de rede (Lomnitz, 1994 cit. in Guzmán et al., 2003): redes baseadas na reciprocidade, nas quais se produz um intercâmbio de bens e serviços como parte integral de uma relação social duradoura; redes baseadas na redistribuição de bens e serviços, que se centram primeiro num indivíduo ou instituição para logo se distribuir na comunidade ou sociedade; finalmente redes baseadas no mercado, em que os bens e serviços se trocam na base da lei da oferta e da procura, sem implicações sociais a longo prazo.

Relativamente aos tipos de interconexões entre os membros, destaca-se o fato de que o conceito de rede supõe interligações com outros membros do meio ambiente, sem que isto implique necessariamente uma estrutura de rede fora do sujeito de referência. Identificam-se dois tipos de redes, geralmente complementares: redes baseadas em contatos pessoais, também chamadas de redes com topologia de estrela, em que cada pessoa se relaciona com indivíduos separados dentro da constelação de possibilidades. Esta rede também é conhecida como rede egocêntrica, porque se baseia nas relações pessoais de cada indivíduo, favorecendo as relações diádicas; e redes baseadas em contatos grupais, em que os sujeitos se relacionam com membros de grupos estruturados, em torno de agrupamentos e organizações das quais tomam parte. Este tipo de rede favorece as relações poliádicas e baseia-se no intercâmbio entre todos os participantes na rede. Assemelha-se a redes de intercâmbio recíproco, que em si constituem pequenas estruturas coletivas. Podem ser “democráticas” em que todos valem o mesmo ou podem ser redes de maior ou menor grau dirigidas por uma ou mais pessoas (Guzmán et al., 2003).

Nas redes baseadas em contatos pessoais, quando se perde um membro, esta continua a existir, podendo inclusive substituir o membro passado algum tempo. No caso das redes coletivas, a perda de um membro pode significar o desaparecimento da rede, se o membro que se perdeu ocupar um papel de articulador (Guzmán et al., 2003).

A perspectiva da rede pode fornecer instruções sobre integração social e apoio social. As propriedades estruturais da rede, como a densidade, multiplicidade e acessibilidade (d'Abbs, 1982, cit. in Barrera, 1986) fornecem informações sobre a integração social, porque o número de laços, a sua densidade ou interconexão e o número de diferentes papéis, que a pessoa central ocupa em relação aos laços todos, indica a medida em que a pessoa está envolvida no tecido social (Cohen & Lemay, 2007; Smith & Christakis, 2008 cit. in Gottlieb & Bergen, 2010). Quanto maior o número e diversidade de laços sociais públicos e privados, maior a integração social (Gottlieb & Bergen, 2010).

Os laços estreitos com parceiros ou família nuclear proporcionam “fixação”, especializada em expressões de apoio íntimo, tais como cuidados, afetos ou ouvir. Os laços mais distantes fornecem “pontes”, especializada em assistência prática e uma variedade de novas informações e conselhos (Wuthnow, 2002 cit. in Gottlieb & Bergen, 2010), ou seja, as fontes e tipos de apoio estão inter-relacionados, embora empiricamente se tenha verificado que quanto mais próximo o relacionamento, maior correlação entre os vários tipos de apoio. As pessoas que são sentidas como próximas, são percebidas como repositórios de todos os tipos de apoio (Gottlieb & Bergen, 2010).

Barrera (1986) considera que pode ser importante identificar as fontes de apoio em termos das diferentes categorias de laços sociais com os leigos, por exemplo, familiares, amigos, vizinhos, e os tipos de apoio, incluindo o emocional, o instrumental, o informativo, companheirismo e estima.

Em suma, a revisão da literatura indica que pessoas que têm um forte sentido psicológico de apoio combatem melhor as adversidades do que aqueles que estão menos otimistas sobre o apoio que podem reunir. Um sentido forte de apoio parece dar às pessoas a confiança para enfrentar as adversidades sem mobilizar os seus recursos da rede social. Portanto, o apoio percebido é essencialmente a crença ou fé que o apoio está disponível a partir dos membros da rede, enquanto o apoio real é a sua expressão e mobilização (Gottlieb & Bergen, 2010).

1.3 Família e apoio social

A coabitação com a família é ainda considerada uma das formas mais comuns de apoio a pessoas idosas e a estratégia de sobrevivência mais utilizada pela maioria das pessoas idosas. (Guzmán et al., 2003; Wenger, 2009). A família é o “ pilar” do suporte social recebido, contudo, do seu caráter “ não voluntário” podem advir algumas consequências menos positivas para a qualidade de vida do idoso (Paúl, 2005). No entanto, no futuro, essa forma de apoio pode estar em risco. As alterações na estrutura demográfica, a crescente participação da mulher na atividade económica, o resultado das mudanças na nupcialidade e o crescimento

da chamada quarta idade, põem em dúvida a capacidade da família para assumir esse tipo de responsabilidades (Guzmán et al., 2003).

O número, tipo e qualidade das relações familiares e pessoais diferem claramente entre homens e mulheres e está muito ligado aos papéis que homens e mulheres desempenham na sociedade. O trabalho do homem fora do lar pode levá-lo a uma maior integração social mas, ao mesmo tempo, permite à mulher desenvolver relações mais próximas no âmbito familiar e comunitário. No entanto, para ambos os sexos, a chegada da velhice implica um momento de transição, coincidente com a saída dos filhos, com a chegada da reforma, com o afastamento dos amigos, pelas mais diversas razões, conforme referido anteriormente, entre outros (Guzmán et al., 2003).

No que respeita às redes de apoio familiar dos idosos, estas são diferentes para homens e mulheres. Um dos fatores é devido às características sociodemográficas, por exemplo, o estado civil tem um efeito diferente para ambos os sexos, assim como o número de filhos. A esperança média de vida também gera efeitos distintos, uma vez que os homens têm uma vida mais curta, estando, desta forma, mais propensos ao acompanhamento durante a sua velhice (Guzmán et al., 2003).

Ainda assim, a utilidade dos diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional) estão relacionados com os efeitos positivos do suporte social. Na presença de apoio social é esperado que as pessoas idosas se sintam amadas, seguras para lidar com diferentes problemas e tenham elevada autoestima (Ramos, 2002).

1.4 Amigos, vizinhos, comunidade e apoio social

A rede de amigos e vizinhos constitui, igualmente, uma fonte de apoio importante. Os vínculos de amizade são estabelecidos por interesses comuns e atividades conjuntas (Guzmán et al., 2003). Enquanto a rede de familiar é “involuntária” e, por vezes, baseada no sentido de obrigação, a rede de amigos é uma escolha voluntária (Litwak, 1981 cit. in Paúl, 2005), que produz efeitos diferentes e potencialmente mais positivos na qualidade de vida dos idosos (Paúl, 2005).

De acordo com Barros (1994, 2002 cit. in Guzmán et al., 2003), os amigos constituem uma fonte secundária de apoio, a que se recorre em busca de resposta a determinadas necessidades, apoio cognitivo principalmente, que ganha maior importância para os idosos com escassas relações familiares.

Também as redes de amigos têm efeitos diferentes em ambos os sexos. Para Scott e Wagner (1996 cit. in Guzmán et al., 2003), as amizades entre os homens são baseadas em atividades compartilhadas, enquanto as amizades entre as mulheres são mais íntimas e intensas e tendem a centrar-se na conversação e apoio mútuo. Também Himes e Reidy (2000, cit. in Guzmán et al., 2003) afirmam que as mulheres têm relações dinâmicas e próximas com os seus amigos, mantêm as amizades por longos períodos e são capazes de formar outras novas com o decorrer do tempo.

Relativamente aos apoios informais das redes comunitárias é importante distinguir os provenientes de organizações que dirigem a sua ação especificamente para idosos, em que as pessoas idosas recebem apoio na forma de contribuições de ajuda instrumental, material e emocional, e aquelas entidades em que os idosos participam ativamente, incluindo tomada de decisões (Guzmán et al., 2003).

Da mesma forma que sucedem diferenças entre os sexos na rede familiar e rede de amigos, também nas redes comunitárias acontece o mesmo. Quando os idosos já não têm que trabalhar e dispõem de tempo livre, podem dedicar-se a participar em grupos voluntários. De acordo com Scott e Wagner (1996, cit. in Guzmán et al., 2003) nas zonas rurais, regra geral, as mulheres tendem a participar mais em atividades comunitárias, enquanto nas cidades sucede a situação inversa. As organizações políticas de idosos são constituídas maioritariamente por homens, enquanto as mulheres participam mais no trabalho comunitário, promoção da saúde e atividades recreativas.

1.5 Dimensão da rede de apoio

O tamanho da rede é revelado pelo número de sujeitos da rede, ou seja, os que mantêm contato pessoal com o sujeito central (Barrón, 1996). Pode ser mínimo, médio ou numeroso. As redes mínimas tendem a ser pouco eficazes em situações de sobrecarga ou tensão, levando os membros a evitar os contatos para também evitarem sobrecarregar-se. As redes muito numerosas podem levar à inação em situações de crise, uma vez que os membros podem pensar que alguém fornece o apoio, o que faz crer que as redes de tamanho médio serão as mais efetivas (Sluzki, 1996 cit. in Guadalupe, 2008).

Sabe-se que a rede de apoio não é constante ao longo de todas as etapas da vida. O efeito da mortalidade, as mudanças de domicílios, a perda do cônjuge, e a passagem à reforma, entre outros, são fatores que intervêm no tamanho da rede de apoio (Guzmán et al., 2003). De acordo com Krassoievitch (1998) citado pelos autores, quanto mais extensa e diversa for a rede de apoio sócio emocional maior é a sua eficácia. No entanto, não há consenso sobre o

tamanho ótimo da rede, mais que o tamanho, o que importa é a sua qualidade e não a sua extensão.

1.6 Solidão e isolamento nos idosos

De acordo com o modelo cognitivo para concetualizar a solidão de Gierveld (1987, cit. in Shiovitz-Ezra & Leitsch, 2010) existem dois domínios da rede social como os determinantes mais prováveis da solidão entre os idosos. O primeiro, denominado “características da rede social”, representa o aspeto objetivo dos contatos sociais, medido pelo tamanho da rede e frequência de contatos. Embora alguns estudos não tenham encontrado associação, estatisticamente significativa, entre os níveis de contato e proximidade com a família, ou amigos e o autorrelato da solidão (Victor et al., 2005, cit. in Shiovitz-Ezra & Leitsch, 2010), outros estudos apontaram como fatores de proteção contra a solidão, o casamento e a proximidade de crianças (Wenger & Burholt, 2004, cit. in Shiovitz-Ezra & Leitsch, 2010). Outro estudo aponta que os indivíduos sem filhos e sem amigos eram mais solitários que idosos com filhos e amigos (Mullins & Elston, 1996).

O segundo domínio, “avaliações subjetivas da rede social”, enfatiza a qualidade dos laços sociais, medidos pela disponibilidade percebida de apoio e satisfação com as relações interpessoais. Este domínio é o de maior importância por ser estreitamente ligado à solidão (Gierveld, 1987, cit. in Shiovitz-Ezra & Leitsch, 2010).

Embora de maior importância, o domínio subjetivo é o menos utilizado (Shiovitz-Ezra & Leitsch, 2010). Os autores constataam que os estudos tendem a preferir utilizar o domínio objetivo nas medidas da rede social. Vários estudos recentes, que incorporam a avaliação subjetiva da rede, medida pelo apoio social percebido, encontraram associações inversas, estatisticamente significativas com a solidão, embora esses estudos não possam ser generalizáveis devido à seleção da amostra (Kim, 1999 cit. in Shiovitz-Ezra & Leitsch, 2010; Kanh, Hessling & Russel, 2003; Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Cornwell & Waite (2009) indicam duas formas de isolamento social: a desconexão social e o isolamento percebido. A desconexão social pode ser caracterizada por uma falta de contato com os outros. É indicado por fatores situacionais, como uma pequena rede social, interação social escassa e falta de participação em atividades sociais e grupos. O isolamento percebido pode ser caracterizado pela experiência subjetiva de um déficit de recursos sociais, tais como companheirismo e apoio.

De acordo com o estudo de Shiovitz-Ezra e Leitsch (2010), que teve como objetivo analisar o papel dos laços sociais na previsão da solidão, numa amostra representativa de idosos dos Estados Unidos da América, as características objetivas da rede social foram reforçadas, uma vez que relativamente ao estado civil, ao número de amigos e parentes, à frequência de contatos, todos foram inversamente associados com a solidão. Da mesma forma foi encontrada uma forte relação negativa entre o número de parentes e sentimentos de solidão entre o grupo dos não casados.

Relativamente às características subjetivas do contato social, o estudo verificou que, no grupo dos indivíduos casados ou viver em coabitação e sem laços matrimoniais, houve maior força explicativa para as características percebidas encontradas. Da mesma forma os indicadores mais fortes de solidão vieram das avaliações subjetivas da rede social. A importância da qualidade das relações sociais é enfatizada, igualmente, neste estudo. Os aspetos negativos das relações sociais são um dos preditores mais influentes da solidão. A confiança e o apoio do cônjuge ou parceiro têm uma forte relação inversa com o autorrelato da solidão. Relações conjugais tensas demonstraram uma forte associação com maior solidão (Shiovitz-Ezra & Leitsch 2010). O estudo concluiu ainda, que ter um parceiro é um forte fator de proteção contra a solidão, no entanto, quando um indivíduo é casado ou vive em coabitação, a solidão é mais estreitamente ligada à qualidade do relacionamento.

Cornwell e Waite (2009) investigaram até que ponto a desconexão social e o isolamento percebido têm associações distintas com a saúde física e mental dos idosos. Os resultados indicaram que a desconexão social e o isolamento percebido estão independentemente associados a níveis mais baixos de autoavaliação da saúde física. Esses resultados podem sugerir que os idosos que são capazes de suportar circunstâncias de isolamento social ou ajustar as suas expectativas para que não desenvolvam um sentimento subjetivo de isolamento, podem sair-se melhor no que diz respeito à saúde física e mental, do que aqueles que se sentem isolados.

A não participação dos idosos nas atividades da comunidade pode, de igual forma, resultar num menor número de laços de rede, o que pode provocar um maior risco de isolamento social. O voluntariado, por exemplo, em grupos mais velhos, está associado a melhores resultados em saúde (Benerjee et al., 2009). No entanto, com o aumento da idade tanto homens como mulheres relatam várias limitações de saúde que se colocam como barreiras à participação em atividades comunitárias.

1.7 Religião, espiritualidade e apoio social na velhice

De acordo com Krause (2010), o apoio social na religião refere-se à assistência que se destina a aumentar o compromisso religioso, crenças e comportamento de uma colega paroquiano. O apoio espiritual envolve, por exemplo, ajudar os membros da igreja a aplicar as suas crenças religiosas na vida diária, ajudando-os a encontrar soluções para os seus problemas na Bíblia.

A investigação sugere que a religiosidade e a espiritualidade são fatores relevantes na vida das pessoas, especialmente quando se encontram doentes ou em sofrimento (Corrêa, Moreira-Almeida, Menezes, Vallada & Scazufca, 2010). Alguns estudos indicaram que a religiosidade pode ser relacionada com melhor bem-estar, baixa prevalência e melhores resultados de transtornos mentais, redução nas taxas de suicídio, delinquência, abuso de drogas, mortalidade em geral (McCullough et al., 2000; Moreira-Almeida et al., 2006, cit. in Corrêa et al., 2010), melhor saúde mental (Meisenhelder, 2003) e melhores comportamentos relacionados com a saúde (Benjamins & Brawn, 2004).

O termo “bem-estar espiritual” foi definido em 1971 pelo National Interfaith Coalition on Aging (NICA) como “a afirmação da vida no relacionamento com Deus, consigo mesmo, com a comunidade e o ambiente que alimenta e celebra a totalidade” (Thorson & Cook, 1980 cit. in Ellor & McFadden, 2011). A espiritualidade refere-se a algo mais pessoal e para algumas pessoas algo mais privado (Ellor & McFadden, 2011). No entanto, a espiritualidade é geralmente compartilhada por uma comunidade de indivíduos que compartilham valores, experiências (e religião) semelhantes, podendo ser, desta forma, vista como um mecanismo de integração social (Dong & Eun-kyoung, 2006).

Para Atchley (2009 cit. in Ellor & McFadden, 2011), a espiritualidade descreve um campo interno da experiência humana, que se encontra para além da diferenciação tradicional das religiões de acordo com as suas especificidades, crenças e práticas, particularmente em termos de como eles se aproximam da interseção do humano e do divino. Hoje, algumas pessoas acreditam que a espiritualidade pode ser adotada sem referência ao transcendente. Para Joseph (1987 cit. in Dong & Eun-kyoung, 2006), a espiritualidade é uma dimensão subjacente da consciência que se esforça para o sentido, união com o universo e com todas as coisas, estendendo a experiência para o transcendente ou um poder sobre-humano.

A religiosidade inclui crenças pessoais (como no transcendente), práticas organizacionais com as atividades da igreja e compromisso com o sistema de crenças de uma religião (Zinnbauer et al., 1997 cit. in Dong & Eun-kyoung, 2006).

Adotamos o conceito de religião de Corrêa et al. (2010), que é definido como um sistema organizado de práticas, rituais, crenças e símbolos que são projetados para facilitar a proximidade com o sagrado ou o transcendente, compreender a espiritualidade como uma

busca pessoal de respostas sobre o sentido da vida e a relação com o sagrado ou o transcendente.

De acordo com os autores, há várias dimensões da religiosidade que podem ser estudadas, mas as mais amplamente investigadas e que vamos adotar no presente estudo, são: a religiosidade subjetiva, que diz respeito à visão que o sujeito tem da sua própria religiosidade, isto é, o quão religioso se considera; a denominação religiosa, ou seja, a religião praticada pelo indivíduo; e finalmente a organização da religiosidade, que diz respeito ao número de vezes que uma pessoa vai à igreja e/ou frequenta serviços religiosos ou outras atividades religiosas.

Há duas questões essenciais relacionadas com a assistência religiosa que é importante focar: a primeira envolve uma reflexão sobre onde os membros da igreja vão aprender os dogmas religiosos que enfatizam quando providenciam apoio espiritual para os outros, enquanto a segunda questão tem a ver com a especificação do ambiente social em que a troca de apoio espiritual, muitas vezes ocorre (Krause, 2010).

Os princípios da fé são transmitidos e reforçados através dos serviços religiosos que incluem sermões, hinos e orações (Krause, 2010). Para Stark e Finke (2000, cit. in Krause, 2010) a confiança nas explicações religiosas aumenta na medida em que as pessoas participam em rituais religiosos. No entanto, os indivíduos podem deixar de desenvolver a confiança em preceitos religiosos, se não estão expostos a eles de forma regular. Para tal, são necessárias idas mais frequentes à igreja de modo a alcançar esses objetivos.

A noção de que a religião é especialmente importante na terceira idade é consistente com o resultado de uma série de estudos, que sugerem que as pessoas na coorte atual de idosos estão mais profundamente envolvidos na religião que as pessoas atualmente jovens (Levin, 2004, cit. in Krause, 2010).

A religião aparece nalguns estudos como uma raiz intelectual ligada a uma força de carácter fundamental: a humildade. A humildade é fomentada e mantida sob fundamentos religiosos importantes. No entanto, até que todas as dimensões da religião sejam avaliadas, será difícil apontar os caminhos precisos em que a religião promove a humildade (Krause, 2010). O autor, nas suas investigações sobre religião, humildade e autoavaliação da saúde, encontra dados que permitem afirmar que a humildade é, pelo menos em parte, um fenómeno social que surge a partir do apoio espiritual dos membros da igreja e que a presença mais frequente em cultos pode encorajar as pessoas a se tornarem mais humildes. Os idosos que são mais humildes tendem a ter taxas de saúde mais favoráveis do que os adultos mais velhos que são menos humildes.

Algumas pesquisas sugerem que as pessoas que estão mais profundamente envolvidas na religião tendem a desfrutar de uma melhor saúde física e mental, do que os indivíduos que não são religiosos (Koenig et al., 2001 cit. in Krause, 2010), melhor saúde geral e bem-estar psicológico (Idler & Kasl, 1997; Koenig et al., 1997; Omá & Red, 1998; Koenig & Larson, 1998 cit. in Dong & Eun-Kyoung, 2006), maior satisfação com a vida, diminuição de sintomas depressivos, otimismo, menos ansiedade e melhor ajustamento emocional (McFadden, 1993; Levin, Chatters & Taylor, 1995; Morris, 1997; Kraaij, Garnefski & Maes, 2002 cit. in Dong & Eun-Kyoung, 2006). Parece, igualmente, haver uma relação positiva entre o envolvimento religioso e comportamentos de enfrentamento em resposta a eventos de vida negativos (Koenig, George & Siegler, 1988; Koenig, Siegler & George, 1989; Pargament et al, 1990 cit. in Dong & Eun-Kyoung, 2006).

Entre os mecanismos que têm sido propostos para explicar a influência da religiosidade sobre a saúde, encontramos, entre outros, o apoio social (Koenig et al., 2001 cit. in Corrêa et al., 2010). A teoria que afirma que o apoio social medeia a conexão entre a religião e a saúde mental é compatível com a percepção de que a dimensão da religiosidade sobre a participação nos serviços religiosos é, provavelmente, o mais forte preditor da saúde e mortalidade. Aparentemente, a frequência de serviços religiosos aumenta a probabilidade de desenvolver uma rede de apoio social (George et al., 2002 cit. in Corrêa et al., 2010). Na mesma linha Cohen (2004 cit. in Corrêa et al., 2010) defende que os indivíduos com níveis mais altos de religiosidade apresentam maiores níveis de suporte social. Também Krause (2001, cit. in Corrêa et al., 2010) mostra que, comparando os efeitos da religiosidade sobre a saúde e o bem-estar, as pessoas que se identificam como seres religiosos relatam que se sentem mais saudáveis e mais felizes e que têm mais apoio social e em quem confiar.

A relação entre a religiosidade e o apoio social pode ser explicado pelo fato de que os idosos têm mais tempo disponível para se envolverem nessas atividades e que essas atividades podem servir como formas de socialização (Ness & Larson, 2002, cit. in Corrêa et al., 2010). A religião pode promover, por outro lado, um ambiente acolhedor e um espaço interpessoal de confiança, tornando mais fácil ao seus membros chegar ao outro, nos momentos mais difíceis (Krause, 2006, cit. in Corrêa et al., 2010). Também são relatados efeitos benéficos na saúde através da prestação de apoio social. As pessoas religiosas parecem ter maior contato social, maior intercâmbio de assistência e maiores percepções sobre a disponibilidade de apoio e adequação (Bradley, 1995; Krause, 2002 cit. in Dong & Eun-Kyoung, 2006). Ellison e colaboradores (1991, cit. in Fiala, Bjorck & Gorsuch, 2002) propuseram, inclusive, que o compromisso religioso de uma pessoa fornece recursos e apoio para lidar com eventos stressantes.

Num estudo sobre saúde e envelhecimento realizado por Corrêa et al. (2010), que pretendia avaliar a relação entre as dimensões da religiosidade e a prevalência de transtornos mentais

comuns em idosos, em que o apoio social tinha o papel de mediador de tal associação, os resultados indicaram que a comparência a serviços religiosos foi associada com maior apoio social, embora a associação entre os transtornos mentais comuns e a presença em atos religiosos não se tenha alterado, após a inclusão do apoio social. A frequência de serviços religiosos foi associada com maiores níveis de saúde mental. Houve uma forte associação inversa entre a prática religiosa e os transtornos mentais comuns.

As pessoas envolvidas em grupos religiosos têm mais hipóteses de ter uma autoavaliação da saúde positiva em comparação com pessoas que não têm envolvimento em nenhuma religião (Hyypä and Maki, 2003 cit. in Lee et al., 2007). O envolvimento religioso amortecia o impacto negativo dos problemas físicos e emocionais (Hertsgaard & Luz, 1984; Catipovic et al, 1995 cit. in Dong & Eun-Kyoung, 2006).

Os idosos que experimentaram eventos stressantes, mas que mantiveram envolvimento espiritual e religioso, demonstraram níveis mais baixos de ansiedade (Koenig et al. 1993 cit. in Dong & Eun-Kyoung, 2006). Níveis elevados de satisfação com a vida podem estar associados à presença de mais estratégias de enfrentamento espirituais e religiosas, a maior apoio religioso e maior apoio social (Dong & Eun-Kyoung, 2006).

1.8 Investigações sobre apoio social na velhice

São várias as investigações sociais sobre o apoio social na velhice. Podem destacar-se as que relacionam o mesmo com os fatores sociodemográficos, com a saúde, morbidade e mortalidade, capacidade funcional e função cognitiva.

A investigação sugere que o apoio social pode ser uma variável moderadora que pode ajustar a intensidade das relações benéficas para os idosos (Bozo & Guarnaccia, 2010). A existência de relações sociais de qualidade e de uma rede de apoio são mencionados como um dos fatores capazes de proteger a capacidade funcional e o bem-estar subjetivo (WHO, 2002).

Alguns estudos apoiam a existência de diferenças na estrutura das relações sociais conforme o sexo (Pinto, Garcia, Bocchi & Carvalhaes, 2006; Antonucci & Akyama, 1987) e a idade (Due, Holstei, Lund Modvig & Avlund, 1999; Rosa, Benício, Alves & Lebrão, 2007; Pinto et al., 2006; Fernández-Ballesteros, Zamarróm, Rudinger, Schroots, Hekkinnen, Drusini, Paúl, et al., 2003, Fiori, Smith & Antonucci, 2007; Mazzella, Cacciatore, Galizia, Della-Morte, Rossetti, Abbruzzese, Langellotto et al., 2010). As pessoas mais jovens tendem a ter mais contatos e apoio instrumental do que os mais idosos. Nos grupos etários mais velhos, o nível de contatos tende a piorar (Rosa et al., 2007).

Outros aspetos da rede social de apoio tendem a mudar com o envelhecimento. A investigação também sugere diferentes níveis de apoio relativamente ao estado civil dos idosos, nível socioeconómico (Rosa et al., 2007) e nível de escolaridade (Pinto et al., 2006). Os indivíduos que moram sozinhos, tendem a relatar menores resultados em termos de apoio social (Rosa et al., 2007; Litwin & Landau, 2000; Yeh, 2004).

É, no entanto, no campo da saúde onde mais se analisou a relação entre as redes de apoio e a qualidade de vida. O apoio social tem sido encarado como um protetor da saúde (Bozo & Guarnaccia, 2010) e vários estudos, que relacionam o apoio social e a saúde em geral, demonstram associações positivas entre níveis elevados de apoio social e melhores condições de saúde (Antonucci & Akiyama, 2001 cit. in Guzmán et al., 2003; Field, 2003; Fine & Green, 2000; Putman, 2000 cit. in Ponce et al. 2011) e melhor funcionamento cardiovascular e do sistema imunitário (Uchino et al., 1996 cit. in Myers, 2002; White et al., 2009), enquanto a falta de apoio social e a solidão podem contribuir para uma pior saúde (Berkman et al., 2000; Melchior et al., 2003, cit. in Gallegos-Carrillo et al., 2009) e maior probabilidade de ter uma doença coronária (Sorkin, Rook & Lu, 2002). Também de acordo com as investigações de Carpenter (2002 cit. in Bozo & Guarnaccia, 2010), para utentes de um lar de idosos, a perceção do apoio familiar foi associada com melhor saúde.

As relações de qualidade também podem ter efeitos favoráveis nos níveis de depressão, assim como, na frequência das doenças e na resposta imunológica (Guzmán et al., 2003). No caso de idosos com sintomas depressivos, determinados tipos de redes sociais parecem melhorar a sua qualidade de vida relacionada com a saúde. O cônjuge e as redes de amigos e parentes próximos parecem mitigar a influência dos sintomas da depressão em algumas escalas de qualidade de vida relacionadas com a saúde (Gallegos-Carrillo et al., 2009).

Myers (2002) avança algumas explicações para a ligação entre o suporte social e a saúde. Os que mantêm relações sociais íntimas comem melhor, fazem mais exercício e fumam e bebem menos. A família e os amigos ajudam a reforçar a autoestima. A rede de apoio ajuda a avaliar e superar eventos stressantes (Taylor et al., 1997 cit. in Myers, 2002).

Vários resultados epidemiológicos encontraram evidências da relação entre o apoio social e a morbilidade/mortalidade. Para Blazer (1982 cit. in Guzmán et al., 2003), a mortalidade estava inversamente relacionada com o apoio social, num estudo longitudinal de indivíduos com mais de setenta anos. O baixo apoio social também foi relatado como um fator preditivo da mortalidade (Mazzella, et al., 2010). Além disso, o efeito do apoio social na mortalidade aumentou em indivíduos com maior morbilidade. Também se documentaram relações positivas entre o apoio social e saúde física (Khan, 1979; Kasl & Berkman, 1981; Parkes & Pilisuk, 1981; Antonucci & Jackson, 1987 cit. in Guzmán et al., 2003; Berkman et al., 2000; Zunzunegui et al, 2004 cit. in Thanakwang, 2009; Litwin & Landau, 2000), e saúde mental (Heavy, 1983 cit. in Guzmán et al., 2003; Fiori et al., 2006 cit. in Thanakwang, 2009).

A investigação sugere uma associação entre o apoio social e a função cognitiva (Yeh & Liu, 2003). Os autores citam os estudos de Bassuk e colegas (1999) que descobriram que os idosos que não tinham laços sociais estavam em risco de aumentar o declínio cognitivo, comparados com aqueles que tinham cinco ou seis laços sociais. Citam igualmente o estudo de coorte prospetivo de Fratiglioni e colegas (2000) que indicou que a rede social reduziu a incidência de demência.

Yeh e Liu (2003) estudaram o efeito do apoio social sobre a função cognitiva numa amostra representativa da população idosa de Taiwan, depois de controladas as características individuais, como a idade, o sexo e o estado de saúde. Os resultados mostraram que os idosos casados e aqueles que receberam apoio positivo dos amigos tinham melhor função cognitiva, enquanto os idosos mais velhos e as mulheres tiveram mais propensão a ter problemas de cognição. De acordo com os autores o apoio social é um indicador da função cognitiva e que intervenções ou atividades que melhoram o apoio social melhoram, igualmente, as funções cognitivas nos idosos. A solidão e o viver só não foram significativamente associados com a função cognitiva.

No entanto há também um lado não funcional do apoio social (Bozo & Guarnaccia, 2010). É importante ter em conta a adequação qualitativa e quantitativa do apoio social do ponto de vista do destinatário (Gottlieb & Bergen, 2010). Na literatura não há acordo em relação ao impacto do apoio no bem-estar. Lee e colaboradores (1995 cit. in Ponce et al., 2011) constataram que receber apoio aumenta a angústia entre os idosos, porque esta é interpretada como uma perda de independência. Davey e Eggebeen (1998 cit. in Ponce et al., 2011) também encontraram um efeito negativo, como resultado do apoio que os idosos receberam em relação à sua saúde mental, mesmo quando controlado o nível de dependência.

De acordo com o estudo de Ponce e colegas (2011), o apoio social não tem um impacto direto com a satisfação de vida, embora essa relação esteja presente em vários estudos efetuados por diversos autores. A importância de não ter relações insatisfatórias e ter melhores relações familiares é um dos preditores mais importantes na satisfação com a vida.

Um estudo de Bozo e Guarnaccia (2010) sobre atividades de vida diária, apoio social e saúde, também sugeriu que o apoio social pode ter ou não resultados positivos. O apoio social pode servir como fator de promoção da saúde quando o indivíduo tem baixos níveis de atividades de vida diária e o apoio vem do cônjuge. No entanto, noutras condições, onde o indivíduo tem potencial para realizar atividades de vida diária e tem altos níveis de apoio social, este pode servir como fator de deterioração da saúde. Assim, dependendo se o destinatário precisa de apoio, e dependendo da origem do apoio, os idosos podem ou não beneficiar do apoio.

Assim, embora a literatura, em geral, indique que o apoio social produz resultados positivos, outros estudos sugerem que este pode nem sempre ser de suporte, ou do melhor interesse do destinatário a longo prazo (Bozo & Guarnaccia, 2010). Características beneficentes ou de negatividade podem coocorrer nas mesmas relações (Ruehlman & Wolchik, 1988 cit. in Shiovitz-Ezra & Leitsch, 2010).

O apoio social como potenciador da qualidade de vida depende da interpretação e valorização subjetiva do que este apoio traz a cada pessoa. Um apoio desnecessário, não desejado ou erróneo, mesmo que bem-intencionado, pode ter efeitos prejudiciais, ao criar dependências e afetar negativamente a autoestima (Guzmán et al., 2003). O apoio social como aspeto saliente da qualidade de vida, é um importante alvo para intervenções sociais entre os idosos sãos e doentes. Inversamente, o isolamento social e a falta de apoio são os indicadores negativos da qualidade de vida (White et al., 2009). Assim, a falta de apoio social é particularmente relevante entre as populações com maior suscetibilidade à morbilidade e mortalidade, como sejam os idosos.

2. Autoavaliação da Saúde e Envelhecimento

A autoavaliação da saúde (também designada também por autoperceção de saúde) é uma medida que descreve como um indivíduo percebe a sua própria saúde (Hoeymans, Feskens, Van des Bos, Kromhout, 1997). A autoavaliação da saúde é considerada um processo cognitivo complexo, que integra conceções de saúde, comparações com a saúde relacionados com referências (e.g. experiência anteriores, comparações com colegas, expectativas, idade) e com convenções culturais (Jylha, 2009 cit. in Tigani, X., Artemiadis, A. K., Alexopoulos, E. C., Chrousos, G. P., Darviri, C., 2012).

É uma medida importante e amplamente utilizada do estado geral da saúde em estudos populacionais, que pode ser afetada por certas variáveis demográficas como o sexo, a raça, a etnia, a educação, (Banerjee, Perry, Tran & Arafat, 2009, Tigani et al., 2012), a idade (Hoeymans et al., 1997), pelo apoio social (White et al., 2009), por fatores socioeconómicos (Linden-Boström et al., 2010), pela religião (Hertsgaard & Luz, 1984; Catipovic et al., 1995 cit. in Dong & Eun-Kyoung, 2006; Hyyppa and Maki, 2003 cit. in Lee et al., 2007) e pelo status habitacional (You, Lee, Fitzpatrick, Kim, Marui, Lee & Cook, 2009; Alves & Rodrigues, 2005). Engloba aspetos físicos, psicológicos, sociais e de saúde, sem ser ligada a qualquer condição médica específica (Pirani & Salvini, 2012). De acordo com Banerjee et al. (2009), a associação da autoavaliação da saúde com vários resultados da saúde está amplamente documentada. Os idosos são um grupo prioritário para essa avaliação devido à necessidade de entender os

problemas de saúde ligados a esta crescente população e estar melhor preparados para planejar e antecipar o futuro com iniciativas programáticas para o envelhecimento da população.

Muitos fatores são levados em conta quando se trata de definir saúde. A autoavaliação de saúde representa a única medida que permite uma avaliação global, completa e confiável do estado de saúde individual e bem-estar geral. Avaliar a própria condição, permite explicar simultaneamente todas as dimensões que constituem o conceito de saúde (Pirani & Salvini, 2012), que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (WHO, 1946).

O “Estudo de perfil do envelhecimento da população portuguesa” (Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho, Morais & Veríssimo 2008) fornece dados sobre a percepção do estado de saúde dos idosos portugueses. A percepção do estado de saúde foi um dos aspetos utilizados para definir o perfil de envelhecimento da população portuguesa, sendo relacionada com a idade, género e região do país. Os dados indicaram que os indivíduos mais idosos, comparativamente com os mais novos, apresentavam uma associação significativa com maior percentagem de situações desfavoráveis quanto à percepção da saúde; as mulheres apresentaram maior percentagem de casos desfavoráveis na autoavaliação da saúde e a região centro foi a que apresentou uma percentagem mais desfavorável na percepção de saúde.

Alguns estudos transversais têm demonstrado que a autoavaliação da saúde está mais relacionada com a experiência de sintomas físicos (Bailis, Segall, Mahom, Chipperfield & Dunn, 2001; Garrity, Somes & Mark, 1978 cit. in Bailis, Segall & Chipperfield, 2003) e capacidade funcional (Alves & Rodrigues, 2005), que é vista como um dos principais determinantes da percepção de saúde do idoso. Desta forma pode-se esperar uma melhoria ou declínio da autoavaliação da saúde em função das mudanças nos sintomas físicos e na capacidade funcional. Leinonen, Heikkinen e Jylhae (2001) investigaram as atividades de vida diária e saúde dos idosos e descobriram que o declínio na autoavaliação da sua saúde foi associado a uma diminuição da atividade física e cognitiva.

Por sua vez, Bailis et al. (2003) destacam a importância das doenças crónicas e deficiência como determinantes na mudança da autoavaliação da saúde. Alves e Rodrigues (2005), nas suas pesquisas sobre determinantes da autopercepção da saúde nos idosos, encontraram indícios de que um maior número de doenças crónicas implica aumento da probabilidade de o idoso relatar uma percepção ruim de saúde. No entanto, relatos de duas ou três doenças crónicas foram relacionados com boa autopercepção da saúde, o que sugere que idosos com duas ou três doenças crónicas podem considerar-se saudáveis quando as doenças estão controladas.

O estado de saúde global, medido pela autoavaliação, é um forte preditor da mortalidade (Kaplan & Camacho, 1983 cit in Alves & Rodrigues, 2005) e da morbilidade crónica (Idler & Benyamini, 1997; Vuorisalmi et al., 2005 cit. in White et al., 2009). A autoavaliação da saúde ou saúde subjetiva é uma medida simples mas suficientemente consistente para prever declínios funcionais e mortalidade, a par dos indicadores objetivos de saúde, embora este efeito pareça ser mais forte para os homens do que para as mulheres (Deeg & Kriegsman, 2003; Idler & Benyamini, 1997; Idler, Russel & Davis, 2000 cit. in Cheng & Chan, 2006). É igualmente um forte preditor da utilização dos serviços de saúde (Blaxter, 1990, cit. in Cheng & Chan, 2006).

Linden-Boström et al. (2010) nas suas investigações sobre os determinantes da saúde com ênfase nas características do bairro/vizinhança e capital social, numa população de um município sueco, encontraram indícios de que os fatores socioeconómicos são fortes fatores ligados à autoavaliação da saúde negativa, nomeadamente, no grupo de idosos com idades mais elevadas. Também o fato de ser emigrante, viver sozinho e ter tido alguma dificuldade em pagar uma das contas no ano anterior, está relacionado com autoavaliação da saúde negativa. A autoavaliação da saúde negativa é, ainda, associada aos componentes do capital social, nomeadamente a falta de apoio pessoal e não ter motivos de orgulho pessoal.

A perceção das pessoas sobre a sua saúde pode mudar em resposta a uma variedade de eventos (Bailis et al., 2003). Se por um lado, as autoavaliações da saúde são baseadas no feedback relativamente a um estado de saúde ou doença, devem ser sensíveis e refletem diretamente o impacto das mudanças informacionais, comportamentais ou normativas, por outro lado, podem ser conduzidas por um feedback corporal ou ambiental do que por crenças individuais anteriores sobre o mesmo como pessoa saudável ou não saudável (ib idem, 2003). No entanto, de acordo com Goldstein, Siegel e Boyer (1984, cit. in Bailis et al. 2003), que analisaram as perceções de saúde numa amostra probabilística de moradores de Los Angeles durante um ano, a maioria não mostrou nenhuma mudança na autoavaliação da saúde, o que sugere que a autoavaliação da saúde pode ser um constructo relativamente estável.

Bailis e colegas (2003) têm duas interpretações alternativas que chamaram de “avaliação espontânea” e “visualizações duradouras do auto conceito” da autoavaliação do estado geral de saúde (autoavaliação da saúde). A distinção fundamental entre estes dois pontos de vista reside na construção que cada um assume na autoavaliação da saúde para representar: o estado de saúde ou o autoconceito de saúde, respetivamente.

A “avaliação espontânea” (Bailis et al., 2003) caracteriza a autoavaliação da saúde como um resumo de avaliação da permanente transição pessoal com respeito a múltiplos componentes do estado de saúde. A principal razão para adotar essa perspectiva é que as autoavaliações pessoais de saúde correspondem às classificações que os médicos fazem da sua saúde (LaRue, Banco, Jarvik & Hetland, 1979; Maddox, 1964; Maddox & Douglass, 1973 cit. in Bailis et al.,

2003). Para Idler e Benyamini (1997, cit. in Bailis et al., 2003), a autoavaliação da saúde é um dos preditores mais válidos do estado de saúde.

De acordo com esta visão, uma alteração em qualquer componente do estado de saúde, reflete-se na autoavaliação da saúde sempre que esta é avaliada. Qualquer mudança na autoavaliação da saúde é devido a mudanças de outros indicadores do estado de saúde. Algumas evidências sugerem que o apoio social e as práticas de saúde pessoais também contribuem para a autoavaliação global da saúde, possivelmente por causa dos seus efeitos diretamente sentidos ou antecipados sobre o estado de saúde (krause & Jay, 1994; Ross & Bird, 1994 cit. in Bailis et al., 2003). As mudanças na autoavaliação da saúde devem refletir mudanças nas práticas pessoais de saúde e no apoio social, de acordo com o ponto de vista da avaliação espontânea.

A visão do “autoconceito duradouro” (Bailis et al.,2003) caracteriza a autoavaliação da saúde como uma indicação de crenças estabelecidas de uma pessoa sobre a sua saúde. O fato de as pessoas experimentarem continuidade na sua saúde fornece o motivo mais básico para adotar o ponto de vista do autoconceito duradouro (Bailis et al., 2003). Wilcox e colegas (1996 cit. in Bialis et al., 2003) avaliaram a autoavaliação da saúde de idosos que participaram numa pesquisa epidemiológica e que posteriormente sobreviveram a uma hospitalização de um grande evento de saúde (Acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, etc.), e encontraram evidências de que, apesar da gravidade e seriedade desses eventos, os participantes não mostraram nenhuma mudança na autoavaliação da saúde e no espaço de aproximadamente três meses, mostraram uma melhor autoavaliação do estado de saúde.

Para os autores (Bailis et al.,2003), a autoavaliação da saúde é, por um lado, claramente responsiva aos indicadores observáveis da doença, como seria de esperar de um indicador do estado de saúde. Por outro lado, a autoavaliação negativa da saúde tem uma única e talvez autorrealizável relação com futuros relatórios de doença e limitação funcional, como seria de esperar para um indicador de autoconceito de saúde. Para os autores, concetualmente o estado de saúde e o autoconceito de saúde tendem a concordar e influenciam-se um ao outro, sendo, deste modo, difícil distingui-los como possíveis fontes de autoavaliação da saúde.

Chipperfield (1993 cit. in Bailis et al., 2003) realizou uma análise prospetiva das consequências para a saúde, associadas às incongruências na autoavaliação da saúde e o estado de saúde objetivo, numa amostra de idosos canadenses. Os sujeitos foram classificados de otimistas ou pessimistas com base no seu nível de autoavaliação de saúde, dado o número de doenças crónicas pelas quais sofrem. Aqueles que superestimaram a sua saúde tiveram significativamente mais probabilidade de viverem até 12 anos mais tarde. Esses dados sugerem que a autoavaliação da saúde envolve uma interpretação ativa ou interpretação de sintomas crónicos que podem estar sujeitos a vieses no sentido de manter o seu autoconceito

como uma pessoa saudável. No caso de indivíduos com autoavaliação excessivamente positiva, esse viés pode ser adaptável para a sobrevivência.

De acordo com Bailis e colegas (2003), os resultados indicaram que, em coerência com o ponto de vista da avaliação espontânea, as avaliações que as pessoas fazem da sua saúde em geral, são dinâmicas e mudam num período de 2 anos, para cerca de metade da população adulta. A mudança na autoavaliação da saúde não é claramente aleatória, mas coincide com as mudanças nos autorrelatos de saúde física e mental e, em menor medida, com o apoio social percebido e disponível e com o desempenho dos comportamentos relacionados com a saúde. De acordo com os autores, estes resultados vão ao encontro dos estudos transversais e mostram que a autoavaliação da saúde é um resumo válido de medidas mais detalhadas do estado de saúde. Assim, duas principais conclusões emergem do estudo destes autores: a autoavaliação da saúde não é apenas uma avaliação espontânea das mudanças no estado de saúde observável ou determinantes da saúde, mas também um reflexo de um permanente autoconceito.

As descobertas de Bailis e colegas (2003) demonstraram que, embora haja intenção de se envolver na prática de reforços de saúde ou evitar comportamentos prejudiciais à saúde que são valiosos, a intenção de o fazer por causa da sua saúde pode ser mais benéfica, se totalmente integrados com o autoconceito e não inteiramente extrínseca. De acordo com Ryan e Deci (2000 cit. in Bailis et al., 2003), a motivação extrínseca é tipicamente associada com a não-adesão a comportamentos de saúde, embora seja possível a motivação extrínseca se tornar mais integrada com o autoconceito e, portanto, promover uma autorregulação mais eficaz dos comportamentos de saúde ao longo do tempo.

3. Apoio Social, Saúde e Autoavaliação da Saúde nos Idosos

De acordo com a *Social Convoy Theory* desenvolvida por Kahn e Antonucci (Antonucci & Akiyama, 1997; Kahn & Antonucci, 1980, cit. in Papalia et al., 2003), as pessoas movem-se ao longo da sua vida, rodeadas por círculos concêntricos de relações íntimas de diferentes graus de proximidade, das quais dependem para a assistência, para o bem-estar e para o apoio social e a quem, por sua vez, também oferecem cuidados, preocupação e apoio. As características pessoais, como o género, a raça, a idade, a religião, a educação e o estado civil, juntamente com as características das situações pessoais, como as expectativas de vida, os eventos de vida, a capacidade financeira, os aborrecimentos diários, as exigências e os recursos, influenciam o tamanho e composição do “comboio” ou da rede de apoio. A

quantidade e o tipo de apoio que a pessoa recebe, assim como a satisfação que advém desse suporte podem contribuir para a saúde e bem-estar (Antonucci, Akiyama & Merline, 2001 cit. in Papalia et al., 2003).

As redes sociais podem ser definidas por papéis sociais ou categorias (por exemplo, filhos, amigos, família) e cada função ou categoria pode produzir diferentes recursos funcionais e efeitos na saúde (Glass et al., 1997 cit. in White et al., 2009). Os recursos funcionais que podem afetar a saúde incluem o fornecimento e apoio percebido de suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional (Seeman & Berkman, 1988 cit. in White et al., 2009). A função emocional das relações sociais pode ter uma relação mais forte com o estado geral da saúde, dependendo da estrutura, tamanho ou identidade da relação social (Melchior et al., 2003, cit. in White et al., 2009). Putman (2000 cit. in Ponce et al., 2011) aponta quatro mecanismos através dos quais as redes sociais têm um impacto positivo sobre a saúde: fornecem recursos de assistência material que reduzem o stress; reforçam normas de estilos de vida saudáveis; aumentam as pressões para recorrer a serviços médicos; e estimulam o sistema imunológico.

Os investigadores há muito tempo que reconhecem o papel central das relações sociais e envolvimento em atividades para promoverem melhores resultados em saúde (Putnam, 2000 cit. in Banerjee et al., 2010). A investigação nos últimos anos demonstrou isso mesmo, uma influência importante da rede social nos estados de saúde e sobre o curso das doenças e de mortalidade entre as pessoas idosas (White et al., 2009). No entanto, foram encontrados poucos estudos em que o apoio social tem sido ligado com consistência à autoavaliação da saúde nos idosos.

Os determinantes da saúde, que desempenham um papel influente nos estilos de vida saudáveis, são as redes sociais, as relações sociais e o apoio social (Berkman et al., 2000; Uchino, 2004 cit. in Thanakwang, 2009). Entre os vários aspetos relacionados com o apoio social, que têm sido mencionados como possíveis preditores da saúde e bem-estar, encontramos os seguintes: a estrutura fornecida pela nossa própria rede social, o apoio que recebemos e oferecemos aos outros, a qualidade e o número das interações sociais e os sentimentos de solidão e isolamento (George et al., 2002 cit. in Corrêa et al., 2010).

Lima-Costa et al. (2004) encontraram resultados que mostravam a existência de associações entre a autoavaliação da saúde e rede social de apoio, em que a pior autoavaliação da saúde estava associada à insatisfação com os relacionamentos pessoais. Snolgrove, Pikhart & Stafford (2009), num estudo longitudinal realizado na Grã-Bretanha, que avaliou o capital social e autoavaliação da saúde, encontraram indícios de que viver numa área de baixa confiança aumenta as probabilidades de uma pobre autoavaliação da saúde e que esse fato aumenta com a idade. Também Pirani e Salvini (2012), num estudo sobre desigualdades sociais e autoavaliação da saúde em idosos italianos, encontraram associações inversas entre

ter alguém em quem confiar, em caso de necessidade, e a percepção da saúde. A falta de uma rede de relações foi fortemente associada com precárias condições de saúde e a família foi identificada como principal fonte de assistência aos idosos que estão doentes ou com problemas de saúde. De igual forma, Nieminen, Martelin, Koskinen, Aro, Alanen & Hyypä (2010), encontraram evidências que a participação social e as redes de apoio estavam associadas com resultados positivos para a autoavaliação da saúde.

Moon, Park & Cho (2010) encontraram evidências que um apoio social pobre foi associado com autoavaliação da saúde negativa. A falta de amigos, de um conselheiro, de um cuidador e uma fonte de apoio económico foi associado com fraca autoavaliação da saúde, principalmente nos homens. Da mesma forma, a fraca participação em organizações religiosas, grupos de voluntários e amigos foi associada com fraca autoavaliação da saúde.

Do ponto de vista do modelo de manutenção da saúde (Cohen & Wills, 1985 cit. in Cheng & Chan, 2006), pertencer a uma rede de apoio social, não só protege contra uma doença, mas também reduz o relato de sintomas e promove uma sensação de bem-estar.

Thanakwang (2009), no seu estudo sobre a influência das relações sociais na percepção da saúde, não encontrou diferenças significativas entre a percepção da saúde e a rede social (número de filhos, contatos com família e proximidade geográfica). No entanto, os seus resultados encontraram relações positivas entre a percepção de saúde positiva e o contato com as redes de amigos. O apoio social informacional e emocional concedido pelos membros da rede de amigos, os contatos e os compromissos sociais, mostraram-se importantes para a promoção de uma melhor percepção da saúde. Com amigos podem constituir-se laços relacionais importantes, uma vez que mantêm interesses semelhantes, companheirismo e práticas de promoção da saúde (Zunzunegui, et al., 2004, cit. in Thanakwang, 2009).

O apoio emocional é uma das dimensões mais importantes dos sistemas de apoio social (Zhang et al., 2005, cit. in Thanakwang, 2009) e tem sido indicado com uma das mais fortes e consistentes dimensões relacionadas com as condições de saúde (Uchino, 2004 cit. in Thanakwang, 2009). Também White et al (2009), no seu estudo sobre apoio social e autoavaliação da saúde nos idosos, encontraram indícios de que a percepção de ter apoio emocional adequado está associado a uma melhor autoavaliação do estado de saúde. A percepção de fraco apoio social é um fator de risco do estado de saúde, ou seja, o desejo de mais e melhor apoio social é um preditor de piores condições de saúde. A investigação dos autores sugere, ainda, que os idosos que só obtiveram apoio emocional fora das redes de parentesco, não relataram pior saúde do que os idosos que obtiveram apoio dentro e fora das redes. No entanto, os idosos que só obtiveram apoio dentro das redes de parentesco eram mais propensos a relatarem pior saúde. Isto sugere que a rede de apoio, que se estende para além das redes de parentesco, pode ser um fator de proteção de melhor saúde geral entre as pessoas idosas.

No entanto, de acordo com Cheng & Chan (2006), o efeito do apoio social é completamente redundante quando fatores como a frequência de adoecer, o número de doenças crónicas, a qualidade do sono, a mobilidade e as emoções positivas, são levados em conta. São, de acordo com os autores, os determinantes mais importantes da autoavaliação da saúde. A interação género, apoio social foi significativa no estudo destes autores e indicou um efeito ligeiramente mais forte para as mulheres, embora insignificante dada a dimensão do efeito.

O apoio social tem assumido na literatura uma variedade de definições e tem estado presente em diversos estudos. As pesquisas de saúde nos idosos começaram-se a revelar-se úteis na forma como descrevem alguns dos fatores que podem afetar a autoavaliação da saúde dos idosos. Como a literatura não considera, geralmente, o papel do apoio social na autoavaliação da saúde (Pirani & Salvini, 2012), este estudo pretende contribuir para esse campo fornecendo apoio para uma associação protetora entre o apoio social e a autoavaliação da saúde, analisando e caracterizando esses dois constructos na população idosa da cidade da Covilhã.

PARTE EMPÍRICA

4. Metodologia

4.1 Enquadramento e objetivos do estudo

De acordo com a revisão da literatura, o apoio social é um conceito multidimensional, que assume um papel importante na saúde (Bozo & Guarnacia, 2010), qualidade de vida (Gallegos-Carrillo, 2009) e bem-estar (Kahn et al., 2003) dos idosos.

A literatura sugere que o apoio social e as redes de apoio social podem ser influenciados por características sociodemográficas (género, idade, estado civil, nível educacional, coabitação), e pela existência de filhos e netos (e.g. Pinto et al., 2006, Fernández-Ballesteros, 2004, Rosa et al., 2007).

A religião aparece como um aspeto relevante e de influência geral na satisfação de vida e bem-estar subjetivo dos indivíduos (Fiala et al., 2002). Os indivíduos com níveis mais altos de religiosidade e com mais frequência de serviços religiosos, apresentam maiores níveis de apoio social e maior probabilidade de desenvolver uma rede de apoio social (George et al., 2002 cit. in Corrêa et al., 2010).

A autoavaliação da saúde é igualmente apontada como um marcador robusto da qualidade de vida relacionada com a saúde e bem-estar, sendo um forte preditor da morbilidade, mortalidade e utilização dos serviços de saúde (Darviri et. al., 2011).

A literatura sugere a existência de uma associação entre o apoio social e a autoavaliação da saúde positiva (White et al., 2009; Lima-Costa et al., 2004), que vai ser explorada no âmbito deste estudo, para a população envelhecida da cidade da Covilhã.

Assim, para esta investigação foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Analisar a relação entre o apoio social e a autoavaliação da saúde nos idosos da cidade da Covilhã.

Objetivos específicos:

- Avaliar o apoio social;
- Averiguar se existem diferenças no apoio social comparativamente entre géneros;
- Averiguar se existem diferenças no apoio social comparativamente entre grupos etários;

- Averiguar se existem diferenças no apoio social comparativamente entre estados civis;
- Averiguar se existem diferenças no apoio social comparativamente entre níveis de escolaridade;
- Averiguar se existem diferenças no apoio social comparativamente entre sujeitos com e sem filhos e com e sem netos;
- Averiguar se existem diferenças no apoio social comparativamente entre com quem vivem os idosos;
- Averiguar se existem diferenças no apoio social relativamente à religiosidade.
- Averiguar se existem diferenças na religiosidade comparativamente entre género;
- Avaliar a autoavaliação da saúde;
- Averiguar se existem diferenças na autoavaliação da saúde comparativamente entre níveis de escolaridade;
- Averiguar se existem diferenças na autoavaliação da saúde comparativamente entre com quem vivem os idosos;
- Averiguar se existem diferenças em relação ao apoio social e à autoavaliação da saúde entre os idosos participantes no estudo;

4.2 Método

4.2.1 Desenho de investigação

Neste estudo, optou-se por um estudo descritivo transversal e de abordagem quantitativa. Descritivo porque fornece informação acerca da população em estudo e transversal porque foca um único grupo representativo da população e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999b).

É uma abordagem quantitativa, uma vez que o estudo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (Fortin, 1999).

4.2.2 Participantes

Participaram neste estudo 188 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, residentes nas quatro freguesias cidade da Covilhã (São Pedro, São Martinho, Santa Maria e Conceição). A média de idades dos participantes é de 75 anos (DP=6,68), a mediana é de 74

anos e a moda igualmente 74 anos. Relativamente ao sexo, 115 idosos (61,2%) são do sexo feminino e 73 idosos (38,8%) são do sexo masculino.

Tabela 2 - Características Sociodemográficas das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012.

	N	%
Género		
Feminino	115	61,2
Masculino	73	38,8
Estado Civil		
Casado	115	61,2
União de Fato	3	1,6
Viúvo	55	29,3
Solteiro	10	5,3
Divorciado	3	1,6
Não responderam	2	1,1
Escolaridade		
Analfabeto	15	8,0
Ensino Primário	96	51,1
≤ 8 Anos de Escolaridade	28	14,9
≥ 9 Anos de Escolaridade	31	16,5
Ensino Superior	16	8,5
Não responderam	2	1,1

Quanto ao estado civil, 115 (61, 2%) são casados, 55 (29,3%) são viúvos, 10 (5,3%) são solteiros, 3 (1,6%) vivem em união de fato e 3 (1,6%) são divorciados. Não se obtiveram respostas de 2 (1,1%) dos sujeitos.

Em relação à escolaridade, 96 (51,1%) dos participantes possui o ensino primário, 31 (16,5%) frequentou 9 ou mais anos de escolaridade mas sem ensino superior, 28 (14,9%) idosos frequentaram entre cinco e oito anos de escolaridade, 16 (8,5%) idosos possuem o ensino superior e 15 (8%) idosos são analfabetos. Não se obtiveram respostas de 2 (1,1%) participantes do estudo. Existem 3 (1,6%) idosos que não estão reformados.

Relativamente à existência de filhos, 162 (86,2%) sujeitos inquiridos têm filhos, enquanto 24 (12,8%) não têm filhos. Não se obtiveram respostas de 2 sujeitos (1,1%). Cada idoso tem em média 2 filhos (DP=1,47), mediana 2 e moda 2. Em relação aos netos 146 (77,7%) idosos têm netos e 20 (10,6%) têm bisnetos.

Tabela 3 - Existência de filhos, netos e bisnetos nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012.

	N	%
Filhos		
Sim	162	86,2
Não	24	12,8
Não responderam	2	1,1
Netos		
Sim	146	77,7
Não	38	20,2
Não responderam	4	2,1
Bisnetos		
Sim	20	10,6
Não	162	86,2
Não responderam	6	3,2

Os participantes da amostra vivem maioritariamente com o cônjuge (N=108; 57,4%), enquanto 46 (24,5%) pessoas idosas vivem sozinhas, 17 (9,0%) vivem com os filhos e 17 (9,0%) idosos vivem noutra situação.

Na amostra, 5 (2,7%) pessoas idosas vivem num lar de idosos, enquanto 3 (1,6%) possuem serviço de apoio domiciliário (SAD).

Tabela 4 - Coabitação das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012.

	N	%
Com quem vive		
Cônjuge	108	57,4
Filho(s)	17	9,0
Sozinho	46	24,5
Outra situação	17	9,0
Residente em Lar de Idosos		
Não	182	96,8
Sim	5	2,7
Apoio Domiciliário		
Não	184	97,7
Sim	3	1,6

Relativamente às instituições que frequentam regularmente, somente 1 idoso (0,5%) frequenta o Centro de dia e outro idoso (0,5%) frequenta o Centro de Convívio, enquanto 16 idosos (8,5%) frequentam a Universidade Sénior e 45 idosos (23,9%) frequentam diversas instituições. Os restantes 45 sujeitos (23,9%) não frequentam qualquer tipo de instituição.

Tabela 5 - Instituições que as pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã frequentam com regularidade, 2012.

	N	%
Centro de Dia	1	0,5
Centro de Convívio	1	0,5
Universidade Sénior	16	8,5
Outras	45	23,9
Não frequentam instituições	125	66,5

Relativamente à religião, no item religiosidade subjetiva, 172 (91,5%) sujeitos consideram-se religiosos, enquanto 14 (7,4%) não se considera religioso. Não se obtiveram respostas de 2 (1,1%) idosos.

Quanto à frequência religiosa, 96 (51,1%) idosos frequentam a igreja uma ou mais vezes por semana, seguidos de 40 (21,3%) sujeitos que nunca frequentam a igreja, de 32 (17%) que frequentam a igreja uma a três vezes por mês, de 16 (8,5%) idosos que a frequentam menos de uma vez por mês. Não responderam 4 (2,1%) sujeitos.

Dos sujeitos inquiridos, 171 (90,9%) são da religião Católica, 12 (6,4%) idosos não têm religião ou interesse pela religião e 5 (2,7%) idosos pertencem a outras religiões.

Os dados podem ser visualizados na tabela 6.

Tabela 6 - Características da religiosidade subjetiva, frequência religiosa e filiação religiosa dos idosos residentes na cidade da Covilhã. 2012 (n=188).

	N	%
Religiosidade Subjetiva		
Considera-se religioso	172	91,5
Não se considera religioso	14	7,4
Valores em falta	2	1,1
Frequência Religiosa		
Nunca	40	21,3
Menos de uma vez por mês	16	8,5
Uma a três vezes por mês	32	17,0
Uma ou mais vezes por semana	96	51,1
Valores em falta	4	2,1
Filiação Religiosa		
Católica	171	90,9
Outras	5	2,7
Sem religião/interesse/sem resposta	12	6,4

4.2.3 Instrumentos

Para a recolha de dados constituiu-se um protocolo baseado no ESAP - The European Survey on Aging Protocol (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger, Schroots, Hekkinen, Drusini et al., 2004), instrumento de avaliação interdisciplinar que está a ser utilizado no âmbito de um estudo piloto sobre envelhecimento humano. A versão Portuguesa de Paúl, Fonseca, Cruz

& Cerejo (1999) foi cedida para este estudo pela UNIFAI- Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos.

O protocolo inclui: Questionário de identificação geral; Escala de rede de apoio social de Lubben (LSNS-6); Escala de solidão de Paúl, Fonseca, Ribeiro & Teles (2006); Questionário de bem-estar/felicidade de Likken & Tellegen (1996); Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa de guerreiro et al. (1993); NEO - Neuroticismo, extroversão e abertura à experiência (NEO-FFI) de Lima & Simões (2000); Autoavaliação da saúde de Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença (1999), adaptado, que inclui itens sobre autoavaliação da saúde, visão, capacidade física, atividade física, medo de quedas; vida independente e consumo de medicamentos; Escala de depressão geriátrica de Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (2009); IACLIDE - Inventário de avaliação clínica da depressão de Vaz-Serra (1994); Controlo externo-interno; Ocupação do tempo, voluntariado e religião; Indicadores demográficos e económicos (IDE) do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Do protocolo apresentado apenas foram utilizados, para atingir os objetivos deste estudo, o Questionário de Identificação Geral, a versão portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) de Ribeiro et al. (in press), o item de Autoavaliação da Saúde (adaptado de Paúl et al., 1999) e o questionário de Religião de Corrêa et al. (2010).

Questionário de Identificação Geral

Este questionário permite caracterizar socialmente a amostra. Explora as características sociodemográficas dos sujeitos da amostra. Contempla as variáveis idade, género, estado civil, filhos, netos e bisnetos, última profissão, reforma, escolaridade, residência, coabitação, residência em lar de idosos, existência de apoio domiciliário, instituições que frequenta regularmente e ter alguém à responsabilidade. O questionário foi construído com base no ESAP - versão portuguesa (Paúl et al., 1999), tendo em conta os objetivos dos investigadores que integraram o “Estudo sobre Bem-Estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã (Anexo 3).

Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6) de Lubben et al. (2006), versão portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben de Ribeiro et al. (in press)

A Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6) é uma escala breve de seis itens para avaliar o isolamento social em idosos, através da medição da perceção do apoio social

recebido por familiares e amigos. Avalia o tamanho, a proximidade e a frequência dos contatos da rede social do respondente. É um instrumento desenvolvido especificamente para pessoas mais velhas e constitui um dos mais utilizados junto desta população (Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, *in press*).

Foi originalmente desenvolvida em 1988 com 10 itens, mas a necessidade de melhorar a psicomетria e a facilidade de administração foram apontadas como as principais razões para a revisão da LSNS original. A LSNS-6 foi considerada mais apropriada, que os instrumentos mais longos, como *screeners* do isolamento social em contextos de prática.

A LSNS-6 foi construída a partir de um conjunto de três questões que avaliam laços de parentesco e um conjunto comparável de três perguntas que avaliam laços de não parentesco. Os itens de parentesco são os seguintes: quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por vez? De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda? Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais? Estes três itens são repetidos com respeito aos laços de não parentesco, substituindo a palavra “familiares” pela palavra “amigos” (Anexo 4).

Embora esta versão de seis itens da LSNS distinga entre parentes e não parentes, não faz distinção entre amigos e vizinhos.

A pontuação total da LSNS-6 é uma soma ponderada dos seis itens. Os scores variam de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala de entre 0 e 5 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”). Na escala original foi identificado o ponto de corte de 12. Os sujeitos com pontuação inferior a 12 são identificados como socialmente isolados. Tal pontuação implica que, em média, há menos de dois indivíduos para os seis aspetos de redes sociais avaliados pelo LSNS-6. Da mesma forma pontuações de menos de 6 na subescala dos três itens do LSNS-6 relativos à família são considerados como tendo laços de família marginais e aqueles com um índice inferior a 6 nos três itens do LSNS-6 relativo aos amigos, são considerados como tendo laços de amizade marginais. No entanto, na versão portuguesa não foi identificado o ponto de corte, sendo esse fato justificado pela necessidade de continuar a investigar as características psicométricas da escala, noutras populações e noutras situações específicas (Ribeiro et al., *in press*).

A versão portuguesa da Escala de Redes Sociais de Lubben apresenta uma consistência interna de 0,798, medida através do *alpha* de Cronbach, para a escala total, indicando uma consistência interna adequada. As subescalas apresentam igualmente uma consistência interna adequada, com valores de 0,756 e 0,732 para a subescala “família” e subescala “amigos”, respetivamente.

Relativamente ao presente estudo a escala apresenta um alpha de Cronbach de 0,795, para a escala total e valores de 0,792 para a subescala “família” e 0,778 para a subescala “amigos”. Todos os valores são considerados adequados.

Autoavaliação da Saúde (Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999, Adaptado)

O questionário sobre autoavaliação da saúde utilizado foi retirado do ESAP - versão portuguesa (Paúl et al., 1999). Tem como objetivo avaliar os índices de saúde percebida em grupos de indivíduos com idade avançada, com competência associada ao processo de envelhecimento (Anexo 5).

Este item foi avaliado através de uma única questão: Em geral como é que considera a sua saúde? Os participantes tinham que se posicionar numa escala tipo likert de 5 pontos (1- Muito boa; 2- Boa; 3- Aceitável; 4- Fraca e 5- Muito fraca).

Religião (Corrêa, Moreira-Almeida, Menezes, Vallada & Scazufca, 2010)

Foram utilizadas as questões de religião presentes num estudo de Corrêa, Moreira-Almeida, Menezes, Vallada & Scazufca (2010), sobre suporte social, religiosidade e saúde mental em idosos, parte de um estudo mais amplo, o São Paulo Ageing & Health Study (Anexo 6).

Foram utilizadas três questões para avaliar o nível de religiosidade. Para medir avaliação subjetiva da religiosidade foi usada a questão: “considera-se uma pessoa religiosa?”, com resposta dicotómica sim/não; a dimensão organizacional ou frequência religiosa foi medida com a questão: “participa em encontros religiosos?”, com resposta fechada de escolha múltipla de 1 “nunca” a 4 “1 ou mais vezes por semana”. Para avaliar a filiação religiosa utilizou-se a questão aberta “Qual a sua religião atual?” (Anexo 6).

4.2.4 Procedimentos

A primeira fase deste trabalho consistiu na pesquisa bibliográfica da informação científica pertinente relacionada com a temática a abordar, no sentido de se construir um referencial teórico sustentável.

Posteriormente, foi cedido pela UNIFAI, o protocolo de investigação que continha os instrumentos de avaliação que iriam ser utilizados. Foram utilizados para esta investigação

somente as medidas de avaliação pretendidas pelo conjunto de 12 investigadores/alunos que integram o “Estudo sobre bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã”.

Os investigadores e voluntários foram treinados para a aplicação dos protocolos, por docentes da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) e Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH), da Universidade da Beira Interior (UBI) e foram definidas instruções de aplicação, para assegurar a homogeneidade da recolha de dados.

Foi realizado um pré-teste com o protocolo definido. Cada investigador aplicou um protocolo a um sujeito escolhido ao acaso com as mesmas características da população alvo, no sentido de detetar aspetos que fossem necessários melhorar no protocolo e perceber a duração média da aplicação do mesmo.

Para a realização deste estudo foi necessário estabelecer a amostra a utilizar. Dadas as características do estudo pretendia-se que a amostra utilizada fosse representativa dos sujeitos com 65 ou mais anos residentes na cidade da Covilhã, ou seja, pretendia-se uma amostra com 10% da população total de sujeitos.

Solicitou-se junto do Centro de Saúde da Covilhã os dados relativos aos utentes com mais de 65 anos inscritos na base de dados do Centro de Saúde. Após retirados os utentes que não eram residentes nas freguesias da cidade da Covilhã, obtivemos uma população de 4179 idosos. Verificou-se que população com 65 anos ou mais inscrita no Centro de Saúde da Covilhã era semelhante à população real da cidade da Covilhã (N= 4085, dados do INE, resultados preliminares dos censos 2011), pelo que se optou por utilizar esta base de dados. No entanto, detetou-se que alguns utentes já tinham falecido, ou tinham mudado de residência, pelo que o número final de idosos residentes na cidade passou a ser 3868 indivíduos.

Foram definidos os grupos de interesse, sexo (masculino e feminino) e a faixa etária (65-74 anos e 75 ou mais anos), tendo resultado em quatro subgrupos amostrais (Grupo A - homens com 65 até 74 anos; Grupo B - homens com ≥ 75 anos; Grupo C - mulheres com 65 até 74 anos; Grupo D - mulheres com ≥ 75 anos). Dividiu-se a população pelos quatro grupos definidos, por ordem alfabética e, seguidamente, procedeu-se a uma amostragem aleatória sistemática (Ribeiro, 1999), em que se selecionou um número ao acaso para começar entre o primeiro e o último elemento de cada estrato definido, com 1 a 10 elementos de intervalo e selecionaram-se todos os elementos que caíram no intervalo escolhido. Como não foram obtidos em todos os estratos 10% de sujeitos, continuou-se a seleção com 1 a 5 elementos de intervalo até perfazer 10% dos sujeitos de cada estrato definido.

A amostra final foi distribuída pelos investigadores e voluntários devidamente treinados, de acordo com a localização geográfica. Contactaram-se as entidades presentes na comunidade (paróquias, juntas de freguesias, academia sénior, espaço das idades, instituições particulares de solidariedade social) no sentido de divulgar a investigação e consciencializar a população alvo para o possível contato dos investigadores e para ajudar a estabelecer contato com os sujeitos da amostra.

Os investigadores e voluntários estabeleceram contatos com os sujeitos da amostra telefonicamente ou, preferencialmente, “porta-a-porta”. Foram lidos e explicados em voz alta quais os objetivos do estudo e pedido aos sujeitos que assinassem o consentimento informado, antes de se proceder à aplicação do protocolo. A aplicação decorreu no domicílio dos sujeitos ou nas instituições da comunidade referidas anteriormente. A duração média da aplicação do protocolo foi de 1h30m, para cada participante. As informações foram registadas pelos entrevistadores, exceção feita para os indivíduos que mostraram vontade em autoaplicar o protocolo de investigação. Os instrumentos foram preenchidos pela ordem apresentada no protocolo, sendo que, entre aplicações se invertia a ordem de apresentação, ora começando pelo início ora pelo fim do protocolo. A recolha de dados decorreu entre Março e Maio de 2012.

Os sujeitos que faleceram, que mudaram de residência e/ou que se recusaram a participar no estudo, foram substituídos utilizando os mesmos critérios de seleção anteriormente descritos.

4.2.5 Análise de dados

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizada a versão 19 do programa informático SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows da IBM (International Business Machines). Os procedimentos estatísticos são eleitos de acordo com os objetivos, assim como o tipo de variáveis em causa.

Assim, recorreu-se à análise descritiva de modo a caracterizar a amostra deste estudo, nomeadamente cálculo de frequências, média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo.

Seguidamente, calculou-se a consistência interna da Escala de Rede de Apoio Social de Lubben, bem como das duas subescalas (amigos e família), através do *Alpha* de Cronbach (α), medida de fiabilidade interna do instrumento. O *Alpha* varia numa escala de 0 e 1 e, pode referir-se, que quanto mais elevadas forem as correlações entre os itens do instrumento, maior a homogeneidade dos itens e maior a consistência da escala, isto é, maior é a consistência de que esses itens medem a mesma dimensão ou constructo. Quanto menor for a

variabilidade dos itens na mesma amostra, mais o coeficiente se aproxima de 1, o que significa que mais consistente e fiável é o instrumento (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Assim, considera-se que um *alpha* inferior a 0,5 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, entre 0,60 e 0,70 é aceitável, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre 0,80 e 0,90 é muito bom, e quando igual ou maior a 0,90, é considerado excelente (DeVellis, 1991).

Tendo em conta que a amostra é superior a 100 sujeitos, foi assumido, de acordo com o teorema do limite central, que a distribuição da amostra é normal. Este teorema indica que à medida que a dimensão das amostras (utilizadas para calcular a dimensão amostral da média) aumenta, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal (Maroco, 2003), permitindo a utilização de testes paramétricos no estudo.

Foi utilizado o teste *t* de Student (*t*), para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos diferentes, e a análise de variância (ANOVA) para a comparação das médias de mais de dois grupos. Recorreu-se ainda ao teste de independência do Qui-Quadrado (χ^2) para averiguar a relação entre duas variáveis nominais.

Para a análise estatística das informações recolhidas foi estabelecido como nível de significância $p \leq 0,05$.

5. Resultados

Os resultados obtidos neste estudo indicam que os idosos inquiridos apresentam uma média de apoio social de 9,1 (DP=3,29) na subescala família, enquanto na subescala amigos apresentam uma média de apoio social de 8,2 (DP=3,91). Relativamente à pontuação total da escala de Lubben, o valor médio para o apoio social é de 17,3 (DP=6,08). A subescala amigos apresenta um valor médio inferior à subescala família, refletindo uma diminuição da rede de amigos comparativamente à rede familiar. Considerando o valor de corte proposto pelos autores originais, os idosos inquiridos não apresentam risco de isolamento social.

Os resultados podem ser observados na tabela 7 e figura 1.

Tabela 7 - Médias obtidas do apoio social para a subescala família, amigos e pontuação total das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=188).

	Média	Desvio Padrão
Subescala Família	9,1	3,29
Subescala Amigos	8,2	3,91
Escala Total	17,3	6,08

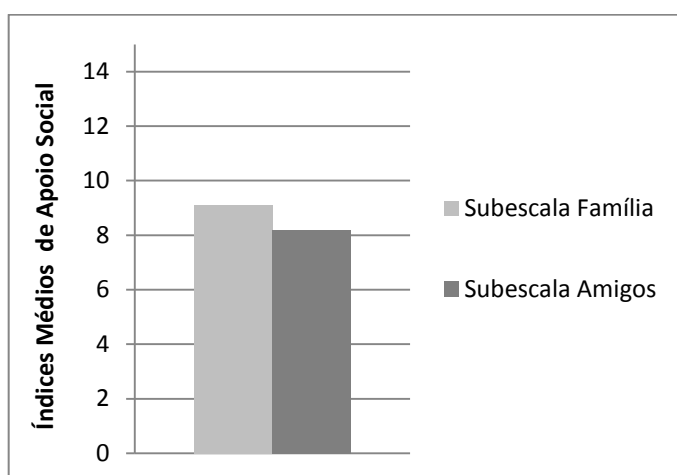


Figura 1 - Comparação entre os índices médios de apoio social obtidos para a Subescala Família e Subescala Amigos das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012.

Os resultados indicam que os idosos do sexo masculino apresentam um nível de apoio social ligeiramente superior ($M=17,7$; $DP=5,80$) comparativamente aos idosos do sexo feminino ($M=17,0$; $DP=6,26$). No entanto, essas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(186)=-0,69$; $p=0,491$).

Relativamente à subescala família verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($t(186)=-0,89$; $p=0,374$). Contudo, o índice médio do apoio social de 9,4 ($DP=3,53$) presente no grupo de indivíduos do sexo masculino é superior à média presente no grupo de indivíduos do sexo feminino com 8,9 ($DP=3,14$).

No que diz respeito à subescala amigos, os resultados apontam novamente para uma média superior no grupo de idosos masculinos, com 8,3 ($DP=3,62$), relativamente ao sexo feminino, com uma média de 8,1 ($DP=4,10$). Contudo essas diferenças não são, igualmente, estatisticamente significativas ($t(186)=-0,32$; $p=0,748$).

Os resultados podem ser observados na tabela 8.

Tabela 8 - Resultados para a comparação do apoio social nos sujeitos do sexo feminino e masculino das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=188).

	N	Média	DP	Df	t
Escala Total					
Feminino	115	17,0	6,26	186	-0,69
Masculino	73	17,7	5,80		
Subescala Família					
Feminino	115	8,9	3,14	186	-0,89
Masculino	73	9,4	3,53		
Subescala Amigos					
Feminino	115	8,1	4,10	186	-0,32
Masculino	73	8,3	3,62		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

Para a variável Grupo Etário, os resultados indicam que os idosos da faixa etária 65-74 anos apresentam uma média de apoio social mais elevada com 18,38 (DP=5,88), comparativamente com os grupos etários mais velhos, 16,71 (DP=6,02) e 12,76 (DP=5,17), para os grupos etários 75-84 anos e ≥85 anos, respetivamente. Essas diferenças são estatisticamente muito significativas ($F(2;184)=7,095$; $p<0,01$).

Relativamente à subescala família pode verificar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários ($F(2;184)=1,478$; $p=0,231$). O índice médio de apoio social de 9,37 (DP= 3,33) presente no grupo de indivíduos do grupo etário 67-74 anos é superior à média presente nos grupos de indivíduos de 75-84 anos (8,94; DP=3,20) e ≥85 anos (M=7,94; DP=3,31).

No que diz respeito à subescala amigos, também os indivíduos da classe etária mais nova, 65-74 anos, apresentam um índice médio de apoio social mais elevado, com 9,01 (DP=3,74), comparativamente com as restantes classes etárias. A faixa etária 75-84 anos apresenta um valor médio de 7,77 (DP=3,66), ligeiramente superior à faixa etária ≥85 anos, com valor médio de 4,82 (DP=4,05). Estes resultados são estatisticamente extremamente significativos ($F(2;184)=9,740$; $p<0,001$).

Os resultados referentes ao grupo etário podem ser consultados na tabela 9.

Tabela 9 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente ao grupo etário, 2012 (n=187).

	N	Média	DP	Df(B;W)	F
Escala Total					
65-74 anos	100	18,38	5,88	2;184	7,095**
75-84 anos	70	16,71	6,02		
≥ 85 anos	17	12,76	5,17		
Subescala Família					
65-74 anos	100	9,37	3,33	2;184	1,478
75-84 anos	70	8,94	3,20		
≥ 85 anos	17	7,94	3,31		
Subescala Amigos					
65-74 anos	100	9,01	3,74	2;184	9,740***
75-84 anos	70	7,77	3,66		
≥ 85 anos	17	4,82	4,05		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

Relativamente à variável Estado Civil, são os indivíduos casados que apresentam um valor médio de apoio social mais elevado, 18,62 (DP=5,26), seguido dos indivíduos solteiros, 18,20 (DP=6,97) e em união de fato, 17,00 (DP=5,29). Os indivíduos viúvos e divorciados apresentam um índice médio de apoio social mais baixo, com valores de 14,73 (DP=6,61) e 11,00 (DP=9,54), respetivamente. As diferenças apresentadas na variável estado civil para a pontuação total são estatisticamente muito significativas ($F(4;181)=5,06$; $p<0,01$).

Relativamente à subescala família pode verificar-se que as diferenças existentes são estatisticamente muito significativas ($F(4;181)=3,82$; $p<0,01$). O índice médio de apoio social de 9,77 (DP= 3,15) presente no grupo de indivíduos casados é superior à média presente nos grupos de indivíduos a viver em união de fato (M=9,0; DP=1,73), solteiros (M=8,60; DP=2,50), viúvos (M=8,13; DP=3,35) e divorciados (M=5,00; DP=4,58).

No que diz respeito à subescala amigos, os indivíduos solteiros são os que apresentam um valor médio de apoio social mais elevado, com 9,60 (DP=4,99), seguido dos indivíduos casados, 8,85 (DP=3,35), dos indivíduos que vivem em união de fato, 8,00 (DP=3,61), dos viúvos, 6,60 (DP=4,39) e finalmente dos divorciados, 6,00 (DP=5,29). Estes resultados são estatisticamente muito significativos ($F(4;181)=3,86$; $p<0,01$).

Estes resultados podem ser consultados na tabela 10.

Tabela 10 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente ao estado civil, 2012 (n=186).

	N	Média	DP	Df(B;W)	F
Escala Total					
Casado	115	18,62	5,26	4;181	5,06**
União de Fato	3	17,00	5,29		
Viúvo	55	14,73	6,61		
Solteiro	10	18,20	6,97		
Divorciado	3	11,00	9,54		
Subescala Família					
Casado	115	9,77	3,15	4;181	3,82**
União de Fato	3	9	1,73		
Viúvo	55	8,13	3,35		
Solteiro	10	8,60	2,50		
Divorciado	3	5	4,58		
Subescala Amigos					
Casado	115	8,85	3,35	4;181	3,86**
União de Fato	3	8,00	3,61		
Viúvo	55	6,60	4,39		
Solteiro	10	9,60	4,99		
Divorciado	3	6,00	5,29		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

Quanto à variável Nível de Escolaridade para pontuação total da escala de Lubben, são os idosos com ensino superior que apresentam um valor médio de apoio social mais elevado, com 21,56 (DP=4,69), relativamente aos idosos que possuem mais que 9 anos de escolaridade sem ensino superior, 20,48 (DP=5,30), seguido dos que possuem 8 ou menos anos de escolaridade, 16,64 (DP=5,06), dos que possuem somente o ensino primário, 16,63 (DP=6,06) e dos analfabetos com valores de 12,20 (DP=5,70). Estas diferenças são estatisticamente extremamente significativas ($F(4;181)=8,19$; $p<0,001$).

Quanto à subescala família, é nos idosos com ensino superior que o valor médio de apoio social é mais elevado com 10,38 (DP=2,92) e nos analfabetos que o valor médio é menos elevado, com 8,49 (DP=3,52). No entanto, os valores não apresentam diferenças estatisticamente significativas ($F(4;181)=2,11$; $p=0,08$).

Relativamente à subescala amigos verificam-se diferenças estatisticamente extremamente significativas ($F(4;181)=11,58$; $p<0,001$), sendo os idosos com ensino superior que apresentam valor médio de apoio social mais elevado, com uma média de 11,19 ($DP=2,26$). O grupo de idosos que apresentam um valor médio mais baixo são os idosos analfabetos, com um valor de 3,80 ($DP=3,65$).

Estes resultados podem ser consultados na tabela 11.

Tabela 11 - Resultados para a comparação do apoio social nos idosos residentes na cidade da Covilhã relativamente ao nível de escolaridade, 2012 (n=186).

	N	Média	DP	Df(B;W)	F
Escala Total					
Analfabeto	15	12,20	5,70	4;181	8,19***
Ensino Primário	96	16,63	6,06		
≤ 8 anos de escolaridade	28	16,64	5,06		
≥ 9 anos de escolaridade	31	20,48	5,30		
Ensino Superior	16	21,56	4,69		
Subescala Família					
Analfabeto	15	8,40	3,52	4;181	2,11
Ensino Primário	96	8,82	3,30		
≤ 8 anos de escolaridade	28	8,61	3,02		
≥ 9 anos de escolaridade	31	10,26	3,31		
Ensino Superior	16	10,38	2,92		
Subescala Amigos					
Analfabeto	15	3,80	3,65	4;181	11,58***
Ensino Primário	96	7,80	3,90		
≤ 8 anos de escolaridade	28	8,04	2,85		
≥ 9 anos de escolaridade	31	10,23	3,31		
Ensino Superior	16	11,19	2,26		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Quanto à existência ou não de filhos, são os idosos com filhos que apresentam um valor médio de apoio social mais elevado com valor de 17,62 ($DP=5,58$), relativamente aos idosos que não têm filhos ($M=14,88$; $DP=8,48$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($t(184)=2,09$; $p<0,05$).

Relativamente à subescala família, os idosos com filhos apresentam um valor médio de apoio social mais elevado ($M=9,41$; $DP=3,07$), comparativamente aos idosos sem filhos ($M=7,21$; $DP=4,00$). Verificam-se diferenças estatisticamente muito significativas ($t(184)=3,15$; $p<0,01$).

No que respeita à subescala amigos, os idosos com filhos apresentam um valor médio de apoio social ($M=8,21$; $DP=3,60$) ligeiramente superior aos idosos sem filhos ($M=7,67$; $DP=5,57$). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(184)=-0,64$; $p=0,525$).

Os resultados podem ser visualizados na tabela 12.

Tabela 12 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas com e sem filhos residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=186).

	N	Média	DP	Df	t
Escala Total					
Sim	162	17,62	5,58	184	2,09*
Não	24	14,88	8,48		
Subescala Família					
Sim	162	9,41	3,07	184	3,15**
Não	24	7,21	4,00		
Subescala Amigos					
Sim	162	8,21	3,60	184	-0,64
Não	24	7,67	5,57		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Quanto à existência ou não de netos, são os idosos com netos que apresentam um valor médio de apoio social mais elevado com valor de 17,92 ($DP=5,42$), relativamente aos idosos que não têm netos ($M=14,66$; $DP=7,62$), verificando-se diferenças estatisticamente muito significativas ($t(182)=3,02$; $p<0,01$).

Relativamente à subescala família, verificam-se diferenças estatisticamente extremamente significativas ($t(182)=3,82$; $p<0,001$), sendo que é no grupo dos idosos com netos que surge um valor médio de apoio social mais elevado, 9,58 ($DP=2,98$), comparativamente aos idosos sem netos ($M=7,39$; $DP=3,70$).

No que respeita à subescala amigos, os idosos com netos apresentam um valor médio de apoio social de 8,35 ($DP=3,62$) superior aos idosos sem netos ($M=7,26$; $DP=4,86$). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(182)=1,53$; $p=0,128$).

Os resultados são apresentados na tabela 13.

Tabela 13 - Resultados para a comparação do apoio social nos idosos com e sem netos, residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=184).

	N	Média	DP	Df	t
Escala Total					
Sim	146	17,92	5,42	182	3,02**
Não	38	14,66	7,62		
Subescala Família					
Sim	146	9,58	2,98	182	3,82***
Não	38	7,39	3,70		
Subescala Amigos					
Sim	146	8,35	3,62	182	1,53
Não	38	7,26	4,86		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

Relativamente à variável com quem vive, são os idosos que vivem com o cônjuge que apresentam valores médios de apoio social mais elevados ($M=19,03$; $DP=5,03$), seguidos dos idosos que vivem sozinhos ($M=15,93$; $DP=6,51$), dos idosos que vivem com os filhos ($M=14,24$; $DP=4,25$) e por último, dos idosos que vivem noutra situação, com valores médios de 12,94 ($DP=8,34$). As diferenças encontradas são estatisticamente extremamente significativas ($F(3;184)=9,09$; $p<0,001$).

No que respeita à subescala família, os idosos que vivem com o cônjuge são os que apresentam o valor médio mais elevado com valores de 9,88 ($DP=3,08$) em oposição aos idosos que vivem noutra situação, que apresentam os valores mais baixos ($M=7,24$; $DP=4,37$). As diferenças encontradas são estatisticamente muito significativas ($F(3;184)=5,56$; $p<0,01$).

Quanto à subescala amigos, os resultados apontam para diferenças estatisticamente extremamente significativas relativamente à variável com quem vive ($F(3;184)=7,35$; $p<0,001$). Os idosos que vivem com o cônjuge ($M=9,15$; $DP=3,21$) e os idosos que vivem sozinhos ($M=7,70$; $DP=4,54$) são os que apresentam os valores médios de apoio social mais elevados, em oposição aos idosos que vivem com os filhos ($M=5,88$; $DP=3,31$) e aos idosos que vivem noutra situação ($M=5,51$; $DP=4,62$), que apresentam valores médios mais baixos.

Os resultados podem ser consultados na tabela 14.

Tabela 14 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à variável com quem vive, 2012 (n=188).

	N	Média	DP	Df(B;W)	F
Escala Total					
Cônjuge	108	19,03	5,03	3;184	9,09***
Filhos	17	14,24	4,25		
Sozinho	46	15,93	6,51		
Outra Situação	17	12,94	8,34		
Subescala Família					
Cônjuge	108	9,88	3,08	3;184	5,56**
Filhos	17	8,35	2,87		
Sozinho	46	8,24	3,01		
Outra Situação	17	7,24	4,37		
Subescala Amigos					
Cônjuge	108	9,15	3,21	3;184	7,35***
Filhos	17	5,88	3,31		
Sozinho	46	7,70	4,54		
Outra Situação	17	5,71	4,62		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

Os resultados para a comparação do apoio social relativamente à religiosidade subjetiva dos sujeitos, indicam que os idosos que se consideram religiosos apresentam um valor médio de apoio social de 17,14 (DP=6,09), mais baixo, comparativamente com os idosos que não se consideram religiosos (M=19,71; DP=5,15). No entanto, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($t(184)=1,538$; $p=0,126$).

Relativamente à subescala família os resultados obtidos indicam que os idosos que não se consideram religiosos apresentam valores médios para o apoio social mais elevados (M=10,86; DP=2,74), relativamente aos idosos que se consideram religiosos (M=8,96, DP=3,30). Os dados apontam para diferenças estatisticamente significativas ($t(184)=2,092$; $p<0,05$).

No que diz respeito à subescala amigos, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t(184)=0,626$; $p=0,532$). Contudo, os idosos que não se consideram religiosos obtiveram um valor médio para o apoio social de 8,86 (DP=4,17),

ligeiramente superior aos idosos que se consideram religiosos, que apresentam um valor médio de 8,18 (DP=3,87). Os resultados podem ser observados na tabela 15.

Tabela 15 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas que se consideram ou não religiosas residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=186).

	N	Média	DP	Df	t
Escala Total					
Sim	172	17,14	6,09	184	1,538
Não	14	19,71	5,15		
Subescala Família					
Sim	172	8,96	3,30	184	2,092*
Não	14	10,86	2,74		
Subescala Amigos					
Sim	172	8,18	3,87	184	0,626
Não	14	8,86	4,17		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

Finalmente, os resultados para a comparação do apoio social relativamente à frequência religiosa, indicam que os idosos que frequentam encontros religiosos uma ou mais vezes por semana, têm valores médios de apoio social mais elevados (M=17,92; DP=5,93), comparativamente aos idosos que frequentam uma a três vezes por mês e que nunca frequentam: M=17,22 (DP=6,61); M=16,55 (DP=5,77). Os idosos que frequentam encontros religiosos menos de uma vez por mês foram os que apresentaram valores médios de apoio social mais baixos (M=15,81; DP=6,31). No entanto, os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas (F(3;180)=0,861; p=0,463).

Relativamente à subescala família os resultados obtidos indicam que os idosos que nunca participam em encontros religiosos são aqueles que obtiveram valores mais elevados de apoio social por parte da família, com valor médio de 9,55 (DP=3,46), seguidos dos que participam uma ou mais vezes por semana em encontros religiosos (M=9,04; DP= 2,99), dos que participam uma a três vezes por mês (M=8,94; DP=3,78) e por último dos que participam menos de uma vez por mês em encontros religiosos (M=8,38; DP=3,79). Os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas (F(3;180)=0,534; p=0,659).

No que diz respeito à subescala amigos, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas (F(3;180)=2,516; p=0,060). Contudo, os idosos que participam em encontros religiosos uma a três vezes por semana apresentam valores de apoio social mais elevados, com uma média de 8,88 (DP=3,70), comparativamente com os idosos que frequentam 1 a 3 vezes por mês (M=8,28, DP=3,94) e dos que participam em encontros

religiosos menos de uma vez por mês ($M=7,44$; $DP=4,16$). Por último os idosos que nunca participam em encontros religiosos apresentam valores médios de apoio social de 7,00 ($DP=3,91$).

Os resultados podem ser observados na tabela 16.

Tabela 16 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à frequência religiosa, 2012 (n=184).

	N	Média	DP	Df (B;W)	F
Escala Total					
Nunca	40	16,55	5,77	3;180	0,861
Menos de 1 vez por mês	16	15,81	6,31		
1 a 3 vezes por mês	32	17,22	6,61		
1 ou mais vezes por semana	96	17,92	5,93		
Subescala Família					
Nunca	40	9,55	3,46	3;180	0,534
Menos de 1 vez por mês	16	8,38	3,79		
1 a 3 vezes por mês	32	8,94	3,78		
1 ou mais vezes por semana	96	9,04	2,99		
Subescala Amigos					
Nunca	40	7,00	3,91	3;180	2,516
Menos de 1 vez por mês	16	7,44	4,16		
1 a 3 vezes por mês	32	8,28	3,94		
1 ou mais vezes por semana	96	8,88	3,70		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Os resultados indicam que, relativamente à religiosidade subjetiva, os idosos do sexo feminino consideram-se mais religiosos (95,6%), comparativamente com os idosos do sexo masculino (87,5%). Existe uma associação estatisticamente significativa para a comparação da religiosidade subjetiva relativamente ao sexo. As mulheres consideram-se mais religiosas que os homens.

Os resultados podem ser observados na tabela 17.

Tabela 17 - Resultados para a comparação da religiosidade subjetiva dos idosos do sexo feminino e masculino residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=186).

Género	Considera-se uma pessoa religiosa		χ^2
	Não	Sim	
Feminino	5 (4,4%)	109 (95,6%)	4,174*
Masculino	9 (12,5%)	63 (87,5%)	

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

No que respeita à frequência religiosa, os idosos do sexo feminino participam mais frequentemente (59,3% participam uma ou mais vezes por semana) em encontros religiosos que os homens (40,8% participam uma ou mais vezes por semana). Relativamente aos que nunca participam em encontros religiosos, são os homens (32,4%) que apresentam o valor mais elevado, relativamente às mulheres (15,0%). Existe uma associação estatisticamente muito significativa entre as variáveis. As mulheres participam mais em encontros religiosos que os homens.

Os resultados podem ser observados na tabela 18.

Tabela 18 - Resultados para a comparação da frequência religiosa nas pessoas idosas do sexo feminino e masculino residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=184).

Género	Participa em encontros religiosos				χ^2
	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 ou mais vezes por semana	
Feminino	17 (15,0%)	7 (6,2%)	22 (19,5%)	67 (59,3%)	11,715**
Masculino	23 (32,4%)	9 (12,7%)	10 (14,1%)	29 (40,8%)	

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

Quanto à forma como os idosos avaliam a sua saúde, 82 (43,4%) idosos avaliam a sua saúde como aceitável, 54 (28,6%) fazem uma autoavaliação da saúde como sendo boa, 33 (17,5%) avaliam-na como fraca, 9 (4,8%) dos idosos avaliam a sua saúde como sendo muito boa e outros 9 (4,8%) como muito fraca e 1 (0,5%) idoso não respondeu.

Estes dados podem ser observados na tabela 19 e figura 2.

Tabela 19 - Autoavaliação da saúde das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012 (n=188).

	N	%
Muito Boa	9	4,8
Boa	54	28,7
Aceitável	82	43,6
Fraca	33	17,6
Muito Fraca	9	4,8
Não responderam	1	0,5

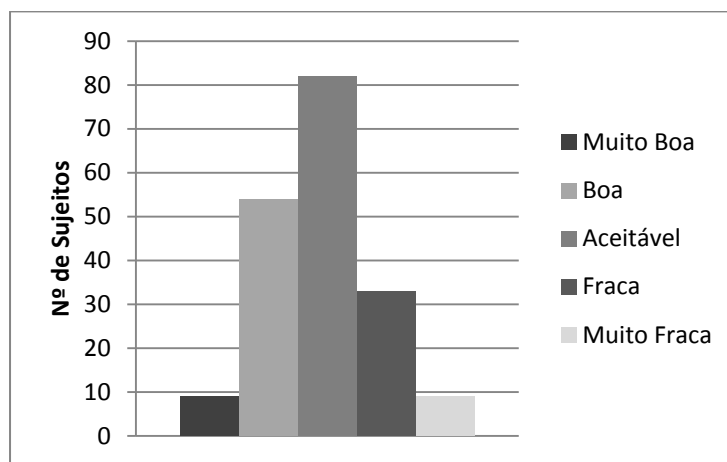


Figura 2 - Frequências da Autoavaliação da Saúde das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, 2012

Relativamente à análise das diferenças na autoavaliação da saúde entre diferentes níveis de escolaridade, os resultados indicam que a autoavaliação da saúde está estatisticamente muito associada ao nível de escolaridade ($\chi^2=40,441$; $df=16$; $p<0,01$). Por exemplo, 57,1% dos participantes que são analfabetos relataram a sua saúde como fraca ou muito fraca, comparativamente com os idosos que frequentaram o ensino superior que não avaliaram a sua saúde como fraca, nem muito fraca (0%). Da mesma forma, 56,3% dos idosos que frequentaram ensino superior avaliaram a sua saúde como boa e muito boa, comparativamente com 14,3% dos idosos sem habilitações literárias. Perceções positivas da saúde dos idosos da amostra estão associados a níveis de escolaridade mais elevados.

Estes dados podem ser observados na tabela 20.

Tabela 20 - Resultados para a comparação da autoavaliação da saúde nos idosos residentes na cidade da Covilhã relativamente ao nível de escolaridade, 2012 (n=185).

Nível de Escolaridade	Em geral considera que a sua saúde é					χ^2
	Muito Boa	Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca	
Analfabeto	0 (0%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)	7 (50,0%)	1 (7,1%)	
Ensino Primário	0 (0%)	22 (22,9%)	49 (51,0%)	18 (18,8%)	7 (7,3%)	
≤ 8 anos de escolaridade	4 (14,3%)	11 (39,3%)	8 (28,6%)	4 (14,3%)	1 (3,6%)	40,441**
≥ 9 anos de escolaridade	2 (6,5%)	12 (38,7%)	13 (41,9%)	4 (12,9%)	0 (0%)	
Ensino Superior	3 (18,8%)	6 (37,5%)	7 (43,8%)	0 (0%)	0 (0%)	

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

Em relação à análise das diferenças na autoavaliação da saúde relativamente à variável com quem vive, os resultados indicam que não existe associação entre as variáveis ($\chi^2=15,305$; $df=12$; $p=0,225$). Contudo, podemos encontrar uma tendência para avaliar a saúde de forma positiva nos idosos que vivem com o cônjuge. Nos idosos que vivem com os filhos a tendência é para que a saúde seja avaliada como aceitável (52,9%), seguida de uma avaliação fraca ou muito fraca (29,4%).

Estes resultados podem ser consultados na tabela 21.

Tabela 21 - Resultados para a comparação da autoavaliação da saúde das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à variável com quem vive, 2012 (n=187).

Com que vive	Em geral considera que a sua saúde é					χ^2
	Muito Boa	Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca	
Cônjuge	4 (3,7%)	34 (31,5%)	52 (48,1%)	15 (13,9%)	3 (2,8%)	
Filhos	1 (5,9%)	2 (11,8%)	9 (52,9%)	4 (23,5%)	1 (5,9%)	
Sozinho	4 (8,9%)	13 (28,9%)	14 (31,1%)	9 (20,0%)	5 (11,1%)	15,305
Outra situação	0 (0%)	5 (29,4%)	7 (41,2%)	5 (29,4%)	0 (0%)	

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

Relativamente à comparação entre o apoio social e a autoavaliação da saúde, os resultados apontam para que sejam os idosos que fazem uma avaliação da sua saúde como muito boa, que apresentam mais apoio social, com uma média de 20,22 (DP=5,09), seguidos pelos idosos que apresentam a sua saúde como boa (M=18,67; DP=5,60) e dos que apresentam a sua saúde

como aceitável ($M=18,16$; $DP=5,66$). São os idosos que avaliam a sua saúde como fraca e muito fraca que apresentam piores resultados para o apoio social com valores de média de 13,70 ($DP=5,97$) e 12,22 ($DP=6,61$), respetivamente. Estes dados apontam para a existência de diferenças estatisticamente extremamente muito significativas ($F(4;182)=6,890$; $p<0,001$).

Na subescala família, os idosos que avaliam a sua saúde como muito boa apresentam valores médios de apoio social mais elevados ($M=9,89$; $DP=2,76$), seguidos dos idosos que apresentam a sua saúde como aceitável com uma média de 9,59 ($DP=3,30$) imediatamente seguidos dos idosos que apresentam a sua saúde como boa ($M=9,46$; $DP=3,05$). Por último encontram-se os idosos que apresentam a sua saúde como fraca e muito fraca, com valores de média de apoio social de 7,55 ($DP=3,10$) e 7,44 ($DP=4,28$), respetivamente. Com base nestes dados, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($F(4;182)=3,287$; $p<0,05$).

Em relação à subescala amigos verificam-se diferenças extremamente significativas nos resultados ($F(4;182)=6,549$; $p<0,001$). Os idosos que apresentam a sua avaliação da saúde como muito boa são aqueles que apresentam valores para o apoio social mais elevados, com um valor médio de 10,33 ($DP=2,96$), seguidos dos idosos com avaliação da sua saúde como boa ($M=9,20$; $DP=3,82$) e dos idosos com avaliação da saúde de aceitável ($M=8,57$; $DP=3,53$). Por outro lado, os idosos que apresentam valores de apoio social mais baixos avaliam a sua saúde como fraca ($M=6,15$; $DP=3,60$) e muito fraca ($M=4,78$; $DP=4,63$).

Os resultados podem ser consultados na Figura 3 e tabela 22.

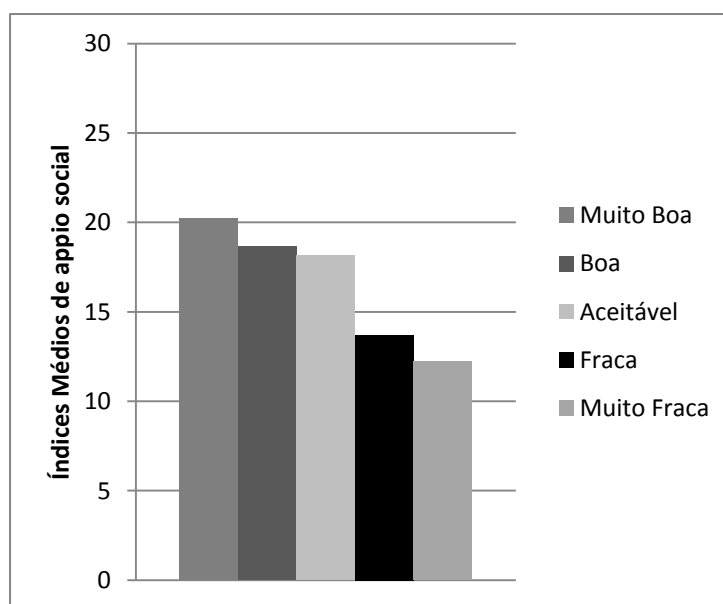


Figura 3 - Comparação entre os índices médios de apoio social das pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à autoavaliação da saúde, para a Escala Total, 2012.

Tabela 22 - Resultados para a comparação do apoio social nas pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã relativamente à autoavaliação da saúde, 2012 (n=187).

	N	Média	DP	Df(B;W)	F
Escala Total					
Muito Boa	9	20,22	5,09	4;182	6,890***
Boa	54	18,67	5,60		
Aceitável	82	18,16	5,66		
Fraca	33	13,70	5,97		
Muito Fraca	9	12,22	6,61		
Subescala Família					
Muito Boa	9	9,89	2,76	4;182	3,287*
Boa	54	9,46	3,05		
Aceitável	82	9,59	3,30		
Fraca	33	7,55	3,10		
Muito Fraca	9	7,44	4,28		
Subescala Amigos					
Muito Boa	9	10,33	2,96	4;182	6,540***
Boa	54	9,20	3,82		
Aceitável	82	8,57	3,53		
Fraca	33	6,15	3,60		
Muito Fraca	9	4,78	4,63		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

6. Discussão dos Resultados e Conclusões

Os resultados obtidos no presente estudo indicam, de uma forma geral, que os participantes revelam ter apoio social. Assim, estes dados sugerem que as redes de apoio social continuam presentes nos idosos e que estes podem contar com o apoio de familiares e amigos/vizinhos, evitando desta forma o isolamento social. Os resultados encontrados, neste estudo, para a avaliação das redes de apoio social, são ligeiramente inferiores aos encontrados por Ribeiro et al. (*in press*). As diferenças encontradas podem dever-se ao fato de na amostra do estudo de Ribeiro et al. (*in press*) os sujeitos serem maioritariamente residentes numa aldeia ou vila, enquanto a amostra deste estudo é totalmente urbana, ainda que de uma cidade do interior. Contudo, a literatura não é consensual neste aspeto. Ainda que Paúl et al. (2003) tenham obtido resultados de apoio social mais elevados na zona rural do que na zona urbana, o que parece ir no sentido do obtido no nosso estudo, conforme anteriormente explicado, por outro lado, os nossos resultados são também coincidentes com os encontrados em duas de três cidades europeias estudadas (Lubben et al., 2006).

Considerando as duas subescalas Família e Amigos, estes resultados indicam que os idosos possuem mais laços familiares que extrafamiliares. Neste aspeto os resultados são coincidentes com os encontrados por Ribeiro et al. (*in press*) e Lubben et al. (2006), embora para subescala Família, as pontuações sejam mais baixas no presente estudo, comparativamente com o estudo de Ribeiro et al. (*in press*). Esta constatação reforça a ideia da importância da família no apoio social e nas redes de apoio social, devendo ser um aspeto a ter em conta e a considerar na cidade da Covilhã em termos de intervenções sociais futuras, dado que, de acordo com a literatura, a família é considerada uma das formas mais comuns de apoio às pessoas idosas (Guzmán et al., 2003), o centro de todo o apoio recebido e prestado e de extrema importância para o bem-estar dos idosos (Paúl, 2005).

Relativamente às diferenças no apoio social entre idosos do género feminino e masculino, os resultados apontam para níveis de apoio social ligeiramente mais elevados nos homens do que nas mulheres. Embora as diferenças apresentadas não sejam estatisticamente significativas, os homens apresentaram menor isolamento social, mais laços familiares e mais laços extrafamiliares do que as mulheres. Ainda que estes resultados não vão ao encontro da maioria dos estudos que indicam resultados mais elevados de apoio social nas mulheres (e.g. Fernández-Ballesteros, et al., 2004; Antonucci & Akyama, 1987), estão em consonância com os dados do estudo de validação da LSNS-6 para a população portuguesa (Ribeiro et al., *in press*). A literatura aponta diferenças nas redes de apoio para homens e mulheres (e.g. mais relações familiares, mais confidentes, maior rede e mais apoio de múltiplas fontes para as mulheres) (Guzmán et al., 2003; Antonucci & Akyama, 1987; Due et al., 1999). No entanto,

devido às características do estudo essas diferenças não foram exploradas, sendo um aspeto a considerar num futuro estudo.

No presente estudo obtiveram-se resultados mais elevados de apoio social para os grupos etários mais novos, revelando, desta forma, maior isolamento social para os grupos etários mais velhos. Estes resultados vão ao encontro da maioria dos estudos que indicam que as redes sociais e o apoio social diminuem com a idade (e.g. Fernández-Ballesteros, et al., 2004; Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001, cit in Paúl, 2005; Mazzella et al., 2010; Rosa et al. 2007) e que há diferenças na estrutura das relações sociais conforme a idade (Due, et al., 1999). O nível de contatos piora, possivelmente pela diminuição do número de irmãos e amigos vivos que constituíam a sua rede social potencial (Rosa et al., 2007), constatações também verificadas na nossa experiência profissional.

No entanto, no nosso estudo, também no que respeita à idade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na subescala Família, dados também encontrados na literatura (e.g. Fernández-Ballesteros, et al., 2004). Ainda assim, nesta subescala os resultados encontrados também refletem uma diminuição do apoio social com o aumento da idade. Importa salientar que, para a subescala Amigos, o grupo de idosos mais velhos apresenta valores significativamente menores que os grupos mais novos, podendo traduzir uma perda significativa de amigos nesta escala etária. Nas idades mais avançadas são mais comuns os contatos com os filhos, netos e pessoas relacionadas com associações formais (Due et al., 1999). Os amigos, como referido anteriormente, vão diminuindo, não só devido à morte, como, também devido a incapacidades funcionais e limitações físicas que tendem a afetar os escalões etários mais elevados.

Em relação às diferenças observadas no apoio social comparativamente entre os estados civis, os resultados indicam que são os indivíduos casados e a viver em união de fato que apresentam resultados mais elevados de apoio social. Estes resultados corroboram os estudos que referem que os indivíduos casados obtêm melhores resultados para o apoio social (Rosa et al., 2007). Os idosos viúvos e divorciados são os que apresentam resultados inferiores (Pinto et al., 2006), evidenciando-se inclusive, no caso dos divorciados, maior risco de isolamento social, conforme defende Lubben (2006). Já os indivíduos solteiros apresentam resultados muito próximos dos idosos casados e em união de fato, tendo inclusive resultados superiores para a subescala Amigos.

Os idosos casados experienciam menor risco de isolamento social comparativamente com os idosos viúvos ou divorciados. A perda do companheiro, do suporte afetivo e por vezes material, leva a uma diminuição significativa da rede de apoio (Guzmán, 2003). Os idosos casados dispõem de apoio afetivo mais satisfatório quando comparados com os indivíduos solteiros ou viúvos (Pinto et al., 2006) e, embora essa dimensão não tenha sido abordada no

âmbito deste estudo, pode ter sido um fator que contribuiu para uma diminuição dos resultados do apoio social, principalmente nos idosos viúvos.

Os indivíduos solteiros apresentam resultados muito próximos dos indivíduos casados e a viver em união de fato, apresentando inclusivamente resultados superiores de apoio social na subescala Amigos, dados que não corroboram os encontrados na literatura (e.g. Pinto et al., 2006). Estes resultados contrariam mesmo alguns estudos que referem que os indivíduos solteiros experienciam piores níveis de apoio social (Rosa et al., 2007). Um dos fatores que pode ter contribuído para este resultado parece-nos estar relacionado com as opções de vida dos indivíduos solteiros. Ser solteiro poderá ter sido uma opção, e as carências ao nível do apoio social relacionadas com a família, poderão ter sido compensadas com uma alargada rede de amigos, devido não só à disponibilidade afetiva, como também ao tempo disponível para estar com os amigos. Estratégias de *coping* desenvolvidas mais precocemente para lidar com a solidão, poderão também aqui ser um fator relevante e explicativo.

Os idosos divorciados, embora em número reduzido, obtiveram em todas as escalas níveis mais baixos de apoio social. Para além das razões apontadas para a diminuição da rede de apoio social nos indivíduos viúvos e solteiros, os idosos divorciados, possivelmente, enfrentam o estigma da separação, ainda presente na coorte atual de idosos. O casamento era visto como um acontecimento para a vida e a separação pode ter afastado os familiares e amigos. Os familiares poderão ter-se afastado pelo corte dos laços com a família do cônjuge e com os próprios familiares devido à possível incompreensão do divórcio, enquanto os amigos poderão ter-se afastado pelo corte das relações com os amigos que se posicionaram do lado do cônjuge e o afastamento pelo estigma que uma relação de amizade com um divorciado ainda pode trazer na atual coorte de idosos. Os filhos podem também, em situação de divórcio, tomar partido de uma das partes, que enfraquecerá a rede de apoio social do idoso. Para além das razões que apontam uma diminuição do número de elementos presentes na rede de amigos e familiares, podemos apontar razões de ordem emocional e afetiva. O divórcio pode causar depressão e insatisfação com a vida que afaste os idosos do contato com familiares e amigos e esse afastamento poderá, em algumas circunstâncias, causar a perda de relações familiares e de amizade, importantes no apoio emocional dos idosos, uma vez que a literatura defende que o cônjuge e a rede de amigos e parentes próximos parecem aliviar a influência dos sintomas da depressão (Gallegos-Carrillo et al., 2009).

No que diz respeito às diferenças observadas no apoio social em pessoas idosas com diferentes níveis de escolaridade, os resultados obtidos indicam que os indivíduos com menor escolaridade são os que apresentam índices de apoio social mais baixos, o que vai ao encontro dos estudos que sugerem que indivíduos menos instruídos apresentam piores resultados relativamente ao apoio social e às redes de suporte, ainda que somente para algumas dimensões do apoio social (e. g. Pinto et al., 2005; Fernández-Ballesteros, et al., 2004). Estes

estudos referem, por exemplo, a dimensão relacionada com os confidentes e com a interação social, ou seja, os indivíduos mais escolarizados tendem a ter mais contatos com confidentes e mais interação social. Exploramos estes resultados em seguida.

Na subescala Família não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o apoio social e o nível de escolaridade, o que se traduz na presença de laços familiares independentemente do nível de escolaridade, o que vai ao encontro dos estudos apresentados anteriormente (e. g. Pinto et al., 2005; Fernández-Ballesteros, et al., 2004). As diferenças encontradas reportavam, no estudo de Fernández-Ballesteros, et al. (2004), por exemplo, ao número de confidentes. Ora, é na subescala Amigos do nosso estudo (onde se podem incluir os confidentes), que se encontram diferenças extremamente significativas entre a rede de apoio social e o nível de escolaridade, que corrobora os estudos acima referidos que indicam a existência de relações de confiança nos idosos que apresentam maior nível educacional. Os idosos mais instruídos têm acesso a mais informação, que pode facilitar a rede de contatos sociais e a troca de conhecimentos, por exemplo.

As diferenças encontradas entre o apoio social e a existência ou não de filhos e netos indicam que os idosos com filhos e netos apresentam valores médios de apoio social mais elevados, como seria de esperar e indo ao encontro de estudos que confirmam essa informação (Wenger, 2010). Essas diferenças foram identificadas como muito significativas na subescala Família, como seria de esperar, contrariamente à subescala Amigos, onde essas diferenças não foram encontradas. Em relação a estes últimos dados, é espectável que idosos com filhos e netos tenham uma menor rede de amigos, quer pela menor necessidade de procura de amigos, quer pela falta de disponibilidade para estes relacionamentos. Para além disso, os netos e os filhos são uma importante fonte de apoio social, principalmente apoio instrumental e material (Zimmer & Kwong, 2003) e que pode aumentar, como parece evidente, o tamanho da rede de apoio social (Wenger, 2010). Para além desse aspeto, os netos, por exemplo, podem proporcionar vários tipos de apoio, nomeadamente o apoio emocional e a estima e os idosos podem melhorar significativamente a sua satisfação com a vida (Lou, 2010). Para além disso, o apoio por parte dos netos, proporciona um convívio intergeracional que pode ter consequências positivas na interação entre gerações (ibidem, 2010).

No que diz respeito às diferenças no apoio social comparativamente entre com quem vivem os idosos, os resultados indicam que os idosos que vivem com o cônjuge são os que apresentam melhores níveis de apoio social. Embora não se tenham encontrado referências que indiquem que viver com o cônjuge estava associado a melhores resultados de apoio social, foram encontradas evidências de que viver com alguém está associado a melhores pontuações de apoio social (Litwin & Lau, 2000). Já foram feitas referências (e.g. Rosa et al., 2007; Guzmán, 2003) aos benefícios do cônjuge nas perceções de apoio social, que se espera serem igualmente válidos para o *status* habitacional. No nosso estudo, estes resultados são válidos

para as duas subescalas e para a pontuação total. Curiosamente, os idosos que vivem sozinhos tendem a demonstrar valores médios de apoio social mais elevados do que os idosos que vivem com os filhos, exceção feita na subescala Família, onde o apoio social dos idosos que vivem com os filhos é ligeiramente superior ao dos idosos que vivem sozinhos. Estes dados poderão, em parte, ser igualmente explicados com o exposto anteriormente. Para além disso, no caso da subescala Família parece evidente que os idosos que vivem com os filhos relatam mais apoio social por parte da família em consequência de coabitação. No entanto, os resultados mais baixos no nível de apoio social por parte dos idosos que vivem com os filhos podem indicar alguma insatisfação no convívio com os filhos, conforme defende Paúl (2005). A coabitação com os filhos é uma das formas mais comuns de apoio a pessoas idosas e uma estratégia de sobrevivência bastante utilizada pelos idosos (Guzmán et al., 2003), principalmente os que possuem fracos recursos e limitações físicas e funcionais. Esta obrigatoriedade de coabitação pode levar a sentimentos contraditórios nos pais e filhos: sobrecarga e frustração por um lado e dependência e endividamento, por outro (Guzmán et al., 2003). Desta obrigatoriedade podem advir consequências negativas para os idosos como a insatisfação e a angústia que o apoio pode causar, quando interpretado como uma perda de independência (Lee et al., 1995 cit. in Ponce et al., 2011).

Os idosos do presente estudo apresentaram um elevado nível de religiosidade, sendo a esmagadora maioria professantes da religião católica, que participam em encontros religiosos uma ou mais vezes por semana. Estes dados vão ao encontro do esperado, visto que a população portuguesa é maioritariamente católica. Os resultados encontrados para a religiosidade subjetiva são semelhantes aos encontrados por Corrêa et al. (2009). Relativamente à frequência religiosa, a percentagem de idosos que possuem frequência religiosa, pelo menos uma vez por semana, é maior para o nosso estudo, assim como a percentagem de idosos católicos. Os resultados obtidos vão ao encontro dos encontrados por Corrêa et al. (2009), visto se tratarem de dois países com características religiosas semelhantes, maioritariamente católicas, ainda que no estudo de Corrêa et al. (2009) a percentagem de católicos seja menor e a variabilidade religiosa seja maior.

No que diz respeito às diferenças no apoio social relativamente às pessoas que se consideram religiosas ou não, os resultados indicam que as pessoas que não se consideram religiosas apresentam um nível de apoio social mais elevado. Embora os resultados não apresentem significância estatística, com exceção feita para a subescala Família, são de alguma forma surpreendentes e contrariam os estudos de Cohen (2004, cit. in Corrêa et al., 2009) e Dong & Eun-Kyoung (2006), que defendem que os indivíduos com mais altos níveis de religiosidade apresentam maiores níveis de suporte social. No entanto, na maioria dos estudos sobre religião, o apoio social surge como uma variável mediadora (e.g. religiosidade e saúde; a religiosidade e sintomas depressivos, religiosidade e saúde mental; religiosidade e mortalidade), ainda que com resultados contraditórios (Corrêa et al., 2009).

Os resultados para a comparação do apoio social nos sujeitos relativamente à frequência religiosa, não são estatisticamente significativos. No entanto, há uma ligeira tendência para que os resultados do apoio social sejam mais elevados, nos idosos que participam pelo menos uma vez por semana em encontros religiosos. Isto pode, de certa forma, explicar-se pela frequência de convívio nos circuitos religiosos, classificando-as como potencial rede de apoio social.

Não obstante, as investigações sobre apoio social evidenciam sobretudo as relações familiares, de amizade ou ambas, mas raramente focalizam sobre a influência das congregações religiosas (Fiala et al., 2002). No presente estudo o apoio social foi avaliado com uma escala que mede a rede de apoio social na família e amigos, deixando de fora outras dimensões do apoio, nomeadamente a religiosidade. Os idosos poderiam ter incluído na subescala Amigos, os contatos e amizades que possuem dentro das instituições religiosas, que poderia ter modificado, de alguma forma, os resultados obtidos, uma vez que se esperaria que a frequência de serviços religiosos aumentasse a rede de apoio social (George et al., 2002 cit. in Corrêa et al., 2010). Esse aspeto não se verificou de forma significativa neste estudo, embora a religiosidade e frequência religiosa semanal fossem bastante elevadas. A explicação pode resultar do fato de que o apoio religioso, para além de advir de pessoas dentro da instituição religiosa, possa advir diretamente de Deus (Fiala et. al., 2002).

Relativamente às diferenças na religiosidade entre idosos do género feminino e masculino, os nossos resultados indicam que as mulheres se consideram mais religiosas que os homens e que participam mais em encontros religiosos que os homens. Estes resultados são semelhantes aos encontrados noutros estudos (Meisenhelder, 2003; Benjamins & Brown, 2004), ainda que para dimensões diferentes da religiosidade. As mulheres classificaram a importância da sua fé, a frequência da oração (Meisenhelder, 2003) e a importância religiosa (Benjamins & Brown, 2004) com resultados mais elevados que os homens.

Relativamente à autoavaliação da saúde, os resultados indicam que a maioria dos idosos (77,1%) percecionou a sua saúde de forma positiva, quantificado de forma diferenciada entre aceitável, boa e muito boa. Somente 19,4% dos idosos autoavaliam a sua saúde de forma negativa (fraca e muito fraca). Estes resultados apoiam a ideia de que, apesar de todas as perdas físicas e funcionais, típicas da idade, que os idosos podem experimentar, continuam a avaliar a sua saúde de forma positiva. Alguns dos estudos analisados também obtiveram resultados semelhantes (Lima-Costa et al. 2004), em que a autoavaliação da saúde foi percecionada de forma positiva.

Não obstante, há algumas evidências de que com os anos os idosos tendem a avaliar a sua saúde como regular ou ruim, que pode ser explicada por alguns fatores (e.g. perda de papéis sociais, doenças crónicas ou incapacidade) (Ocampo, 2010). Ainda assim, os indivíduos mais idosos podem até manifestar a sua saúde como boa ou excelente, devido, por exemplo: à

heterogeneidade do processo de envelhecimento que, apesar do maior risco de doença e deterioração do estado funcional, os idosos não manifestam inevitavelmente ou uniformemente, má autoavaliação da saúde (Blazer, 2008 cit. in Ocampo, 2010); os idosos tomam como grupo de referência outros indivíduos idosos nos quais a saúde pobre e incapacidade funcional são comuns, assim, aqueles que estão funcionalmente razoáveis tendem a avaliar a sua saúde de forma positiva (Hoeymans et al., 1997); além disso, tendem a estabelecer mecanismos adaptativos para aceitar o seu próprio processo de envelhecimento, nomeadamente a presença de doenças crónicas e deterioração das capacidades funcionais (Hoeymans et al., 1997); o efeito de sobrevivência, ou seja, os indivíduos que atingem idades mais avançadas e já ultrapassaram diversas adversidades e foram sujeitos a muitos eventos stressantes, tendem a ser mais fortes e saudáveis (Ocampo, 2010).

Por outro lado, embora se considerasse a amostra deste estudo como representativa (como se explicará mais adiante), pareceu-nos que alguns idosos que se recusaram a participar no estudo, apresentavam alguma incapacidade funcional ou apresentavam alguma timidez e insegurança, que poderá de alguma forma ter influenciado positivamente as perceções globais de saúde dos idosos que participaram no estudo. Sabe-se que a capacidade funcional (Alves & Rodrigues, 2005) é um dos principais determinantes da autoavaliação da saúde do idoso e esse fato pode ter tido alguma influência nos resultados.

Os resultados para a comparação do autoavaliação da saúde com os níveis de escolaridade indicam que os idosos que apresentam perceções de saúde mais positivas tendem a possuir níveis de escolaridade mais elevados e idosos que apresentam níveis de escolaridade mais baixos percebem a sua saúde de forma mais negativa, de forma muito significativa. Significa que, perceções positivas da saúde dos idosos estão associadas com níveis de escolaridade mais elevados. Estes dados apoiam os resultados encontrados na literatura (e.g. Peters & Rogers, 2007; Liu & Zhang, 2004; Darviri et al., 2011; Haseen et al., 2010, Pirani & Salvini, 2012; Lima-Costa et al., 2004; Thanakwang, 2009).

O nível educacional é considerado um aspeto importante para determinar melhor ou pior saúde, na medida em que os indivíduos tendem a ter uma melhor perceção da saúde quando têm níveis educacionais mais elevados, embora possam ter um maior número de doenças. Considera-se que, de acordo com o nível educacional, o indivíduo possa ter melhores ferramentas para enfrentar momentos vitais stressantes e, conseqüentemente, poder modificar os resultados da autoavaliação da saúde (Ocampo, 2010). As pessoas instruídas possuem, assim, mais conhecimentos das doenças e suas conseqüências e sabem melhor utilizar os serviços de saúde, em comparação com os menos instruídos ou os analfabetos (Haseen et al., 2010).

Em relação à análise das diferenças na autoavaliação da saúde relativamente à variável com quem vive, os resultados indicam uma tendência para avaliar a saúde de forma mais positiva nos idosos que vivem com o cônjuge. Todavia, não existe uma associação estatisticamente significativa. Algumas evidências empíricas apontam para melhores resultados na autoavaliação da saúde nos idosos que vivem com o cônjuge (Haseen et al., 2010) ou nos que vivem acompanhados (Alves & Rodrigues, You et al., 2009).

Relativamente à comparação entre o apoio social e a autoavaliação da saúde, os resultados do presente estudo indicam que os idosos que reportam melhores níveis de apoio social são aqueles que percecionam a sua saúde como positiva, enquanto aqueles que percecionam a sua saúde como negativa, tendem a resultados de apoio social mais baixos. Significa que melhores níveis de apoio social estão relacionados com melhor perceção da saúde. Estes resultados são coincidentes com a literatura (e.g. Moon et al., 2010; Nieminen et al., 2010; Pirani & Salvini; Lima-Costa et al., 2004). Em idosos, a falta de relacionamentos, a pequena diversidade e frequência de contatos tem sido relacionado com autoavaliação da saúde negativa (Moon et al., 2010).

No nosso estudo, os resultados são extremamente significativos estatisticamente, revelando diferenças elevadas nos scores do apoio social entre os que percecionam a saúde como positiva e os que percecionam a saúde como negativa, na escala total e nas subescalas Família e Amigos. Deste modo, os idosos com autoavaliação da saúde negativa experienciam consequentemente maior risco de isolamento social.

Globalmente os resultados do nosso estudo evidenciam que a maioria das pessoas com 65 ou mais anos da cidade da Covilhã parecem possuir uma rede de apoio social adequada, o que significa que não estão em risco de isolamento social (Lubben, 2006). As redes de apoio social assumem um caráter importante nas condições de vida dos idosos, não só pelo fornecimento de apoio material e instrumental, mas também pelo impacto que o apoio emocional tem na qualidade de vida dos mesmos (Guzmán et al., 2003).

Em relação ao perfil dos idosos com maior tendência para o isolamento social predominam: os idosos mais velhos, os divorciados e viúvos, os analfabetos, os idosos sem filhos e sem netos e os idosos que referenciam viverem, por exemplo, em lares ou comunidades.

Os idosos da cidade da Covilhã são religiosos, católicos e participam maioritariamente em encontros religiosos pelo menos uma vez por semana, sendo as mulheres mais religiosas que os homens. Não foram encontradas diferenças significativas no apoio social, relativamente aos idosos que se consideravam religiosos ou não, nem relativamente à frequência religiosa.

Por fim, os idosos residentes na cidade da Covilhã percecionam a sua saúde de forma positiva, estando associada a níveis de escolaridade mais elevados. Resultados mais elevados de apoio social foram também associados a percepções positivas da saúde.

Este estudo pretende, globalmente, dar um contributo à investigação que se debruce sobre as questões do apoio social e das redes de apoio social e pretende ser, igualmente, um ponto de partida para futuras investigações de apoio social, envolvendo diferentes dimensões do mesmo e explorando outras características que não estiveram presentes neste estudo. Por todas as particularidades apresentadas ao longo do nosso trabalho e pela carência de estudos na área da gerontologia no nosso país, a faixa etária em estudo revela-se particularmente pertinente em futuras investigações.

Das potencialidades deste estudo destaca-se, por um lado, o fato de existir pouco conhecimento sobre a população idosa, nomeadamente de uma cidade do interior de Portugal com um elevado índice de envelhecimento, mais concretamente a cidade da Covilhã, e por outro, porque a investigação mais ampla onde se insere o presente estudo é interdisciplinar e multidimensional na sua proposta de avaliar o envelhecimento. Para além disso, contempla as áreas bio comportamentais, psicológicas e sociais, que se encontram integradas num protocolo utilizado em vários países europeus e validado para a população portuguesa. A utilização de um protocolo usado noutros países e regiões permite ainda a comparação dos dados e a criação de um banco de dados europeus e/ou português de conhecimento sobre o envelhecimento e os seus fenómenos associados.

Destaca-se, igualmente, a forma de seleção da amostra. Foi selecionada aleatoriamente, garantido que todos os elementos tivessem a mesma probabilidade de pertencer à amostra.

O desenho transversal deste estudo pode ser o ponto de partida para o desenvolvimento de um estudo longitudinal, o que pode ao mesmo tempo ser considerado como uma limitação do estudo. Estudos transversais não permitem distinguir associações de causa-efeito, uma vez que associações temporais são inexistentes neste tipo de investigação. No entanto, este estudo permitiu obter um panorama geral dos idosos num determinado momento temporal.

Outras limitações metodológicas foram encontradas na elaboração deste estudo. Embora a amostra tivesse sido selecionada de uma forma aleatória, conforme referido, o número final de sujeitos foi reduzido, e diferente do inicialmente previsto. As dificuldades inerentes à recolha de dados, nomeadamente a recusa em participar no estudo, a mortalidade de alguns sujeitos, as mudanças de domicílio, os atrasos na devolução dos protocolos e o limite temporal estabelecido para a recolha de dados, dificultou a obtenção da amostra inicialmente prevista. Assim, em futuros estudos, o tamanho da amostra deve ser aumentado para permitir, com segurança, a generalização dos dados. A extensão do protocolo também pode ser mencionada como uma limitação, uma vez que criou dificuldades na sua aplicação,

nomeadamente no tempo necessário à sua aplicação. Também foram referidas dificuldades por parte dos participantes na compreensão de algumas questões formuladas nas diferentes medidas, que dificultaram, igualmente, a aplicação do protocolo. Pelo mesmo motivo, algumas das questões podem ter adicionalmente perdido o propósito inicial, podendo ter enviesado algumas das respostas dadas.

Relativamente às limitações conceptuais, procuraram discutir-se os resultados enfatizando diferenças e similaridades com a literatura, tarefa esta dificultada pelas poucas investigações encontradas e pelas características do apoio social, enquanto constructo multifacetado, que contém diferentes dimensões, tornando muito difícil a comparação de resultados.

Neste sentido, a mensuração das redes sociais neste estudo pode ser apontada como uma fragilidade. Por um lado, a medida das redes de apoio social utilizada neste estudo só agora foi validada para a população portuguesa, limitando a comparação ao estudo realizado para a sua validação em termos de estudos nacionais. Por outro lado, a medida utilizada é um instrumento de *screening* que permite avaliar rapidamente informação útil acerca das redes familiares e de amizade (Ribeiro et al., *in press*), não identificando outras dimensões do apoio social e das redes sociais (e.g. satisfação com o suporte social, apoio emocional, instrumental e informativo, perceção do apoio social, interação social, impacto da religião).

Apesar das limitações conceptuais e metodológicas referidas, importa salientar que os resultados obtidos permitiram identificar, na cidade da Covilhã, qual o perfil do idoso com mais probabilidades de possuir uma rede de apoio social inadequada, insuficiente ou mesmo encontrar-se em situação de isolamento social. Para além disso, depreende-se que as redes de apoio social podem constituir um fator importante, quiçá, capaz de influenciar, juntamente com outros fatores ou não, as perceções da saúde da população envelhecida. A religião também pode trazer um contributo na avaliação das redes sociais dos idosos, nomeadamente através da inserção desta variável na apreciação das redes de apoio social nos idosos.

Futuros estudos sobre a religiosidade deveriam compreender e avaliar o papel da religião nos idosos, nomeadamente o impacto da religiosidade e apoio social na saúde e bem-estar dos indivíduos idosos. A diminuição dos recursos sociais, a morte de pessoas significativas, as limitações física e funcionais, o aumento do número de doenças crónicas, são desafios que os idosos tendem a enfrentar constantemente e que pode levá-los a questionar o significado e propósito na vida. Ignorar a componente religiosa e espiritual dos idosos é ignorar a força que essa componente pode trazer na luta contra as adversidades e melhoria da qualidade de vida. Assim, os profissionais, nomeadamente os assistentes sociais, deveriam ser mais sensíveis aos valores culturais e desenvolvimento da fé dos idosos, para que a dimensão espiritual e religiosa possa ser integrada rotineiramente na avaliação e intervenção com idosos.

Futuros estudos sobre autoavaliação da saúde da população envelhecida da cidade da Covilhã deveriam explorar e determinar os fatores associados à autoavaliação da saúde dos sujeitos, assim como a influência das diversas características (e.g. doenças crónicas, funcionalidade e autonomia, dependência, aspetos económicos, participação social) na autoavaliação da saúde.

Não se pretende que esta investigação fique restringida ao meio académico, interessa, sobretudo, que as implicações deste estudo sejam equacionadas no sentido de promover melhorias na rede de apoio dos idosos e seu conseqüente fortalecimento e, assim, promover, direta ou indiretamente, a qualidade de vida de todas as pessoas idosas.

É necessário equacionar novas formas de apoio, repensar estratégias e prioridades de intervenção, maximizar e reorganizar os recursos existentes. Pensar em iniciativas concretas dirigidas à população idosa e sua rede de apoio; pensar em estratégias de valorização da rede de apoio formal e informal que vá de encontro as necessidades da pessoa idosa; implementar ações socio educativas, de carácter sistemático, dirigidas a idosos, familiares, amigos e demais membros da rede formal e informal; criar espaços de partilha de sentimentos e dificuldades do processo de envelhecimento, tanto para os próprios idosos como para sua rede de apoio social, favorecendo um melhor ajustamento ao processo de envelhecimento; providenciar recursos que fortaleçam as competências dos idosos e das suas redes de apoio para lidar com o processo de envelhecimento, são exemplos de ações que podem ser implementadas para valorizar a papel das redes de apoio social da pessoa idosa.

Assim, as características do apoio social devem ser consideradas em futuros estudos na população envelhecida e estas devem ser tidas em conta pelos profissionais que lidam com idosos diariamente, nomeadamente assistentes sociais. Encontrar nas redes de apoio social potencialidades e recursos que minimizem os efeitos adversos do envelhecimento, é o desafio que se propõe aos profissionais que diariamente convivem com idosos...

Referências

- Alves, L. C. & Rodrigues, R. N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panam Salud Publica*, 17(5/6), 333-341.
- Antonucci, T. C. & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, 17 (11/12), 737-749.
- Arias, C. J. (2008). El Apoyo Social en la Vejez: Alternativas de Acción frente a los Desafíos del Envejecimiento Poblacional. *Perspectivas en Psicología*, vol 5, 2, 54-60.
- Bailis, D. S., Segall, A., Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*, Vol 56 (2), 203-217.
- Banerjee, D., Perry, M., Tran, D., Arafat, R. (2010). Self-reported Health, Functional Status and Chronic Disease in Community Dwelling Older Adults: Untangling the Role of Demographics. *Journal of Community Health*, 35(2), 135-141.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 413-445.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, vol 13, 1, 17-23.
- Benjamins, M. R., Browns, C. (2004). Religion and preventive health care utilization among the elderly. *Social, Science & Medicine*, 58, 109-118.
- Bozo, Ö, & Guarnaccia, C. (2010). Activities of daily living, social support, and future health of older americans. *The Journal of Psychology*, 144(1), 1-14.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Cheng, S-T. & Chan, A. C. M., (2006). Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life. *Social Science & Medicine*, 63 (1), 118-122.
- Cornwell, E., & Waite, L. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults*. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31-48.
- Corrêa, A. A. M., Moreira-Almeida, A., Menezes, P. R., Vallada, H., Scazufca, M. (2010). Investigating the role played by social support in the association between religiosity and

mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33 (2), 157-164.

Darviri, C., Artemiadis, A. K., Tigani, X., Alexopoulos, E. (2011). Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health*, 11, 1-9.

DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.

Dong, P. Y. & Eun-Kyoung, O. L. (2006): The Impact of Religiousness, Spirituality, and Social Support on Psychological Well-Being Among Older Adults in Rural Areas. *Journal of Gerontological Social Work*, 48:3-4, 281-298.

Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., Avlund, K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Social Science & Medicine* 48, 661-673.

Ellor, J. W., & McFadden, S. H. (2011). Perceptions of the roles of religion and spirituality in the work and lives of professionals in Gerontology: views of the present and expectations about the future. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 23(1-2), 50-61.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., Rudinger, G. Schroots, J., Hekkinnen, E., Drusini, A., Paúl, C., et al. (2004). Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology: Behavioural Science Section*, 50, 330-347.

Fiori, K. L., Smith, J., Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: a multidimensional approach. *The Journals of Gerontology*, 62B (6), 322-330.

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

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gallegos-Carrillo, K., Mudgal, J., Sanchez-Garcia, S., Wagner, F.A., Gallo, J. J., Salmerón, J., Gracia-Pena, C. (2009). Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Pública México*, 51(1), 6-13

Gottlieb, B. H., Bergen, A. E., (2010). Social supports concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69 (5), 511-520.

Guadalupe, S. (2008). A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico. Porto: (s.n.), 2008. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em Rede - Serviço Social Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Guzmám, J. M., Huenchuan, S., Mondes de Oca, V (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población XXIX (77)*, 35-70.

Haseen, F., Adhikari, R., Soonthorndhada, K. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatrics*, 10, 30-39.

Hoeymans, N., Feskens, E. J. M., van des Bos, G. A. M., Kromhout, D. (1997). Age, time and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. *American Journal of Public Health*, 87 (10), 1620-1625.

Israel, B., A. (1985). Social Networks and Social Support: Implications for Natural Helper and Community Level Interventions. *Health Education Quarterly*, 12 (1), 65-80.

Kahn, J., H., Hessling, R., M. & Russel, D., W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences*, 35, 5-17.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1187-93.

Krause, N. (2010). Religious involvement, humility, and self-rated health. *Social Indicators Research*, 98(1), 23-39.

Lee, H. Y., Jang, S. N., Lee, S., Cho, S., Eun-Ok, P. (2007). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (7), 1042-1054.

Leinonen, R., Heikkinen, E., Jylha, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people - a 5-year longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 52 (9), 1329-1341.

Lima-Costa, M. F., Firmo, J. O. A., Uchôa, E. (2004). A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Revista Saúde Pública*, 38 (6): 827-834

- Lindén-Boström, M., Persson, C., Eriksson, C. (2010). Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health - A population-based survey in Sweden. *BMC Public Health*, 10 (628), 1-15.
- Liu, G. & Zhang, Z. (2004). Sociodemographic differentials of the self-rated health of the oldest-old Chinese. *Population Research and Policy Review*, 23 (2), 117-133.
- Lou, V. W. Q. (2010). Life satisfaction of older adults in Hong Kong: The role of social support from grandchildfren. *Soc Indic Res* 95, 377-391.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Kruse, W. R., Beck, J. C., Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community.dwelling older adults populations. *The Gerontologist*, 46 (4), 503-513.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Educação, Ciência e Tecnologia*, 31, 128-134.
- Mazzella, F., Cacciatore, F., Galizia, G., Della-Morte, D., Rossetti, M., Abbruzzese, R., Langellotto, A. Et al. (2010). Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Archives Of Gerontology and Geriatrics*, 51, 323-328.
- Meisenhelder, J. B. (2003). Gender differences in religiosity and functional health in the elderly. *Geriatric Nursing*, 24 (6), 343-352.
- Moral, J., C., M., Miguel, J., M., T., Pardo, E., N. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud pública de México*, 49 (6), 408-414.
- Moon, S., Park, S., Cho, S. (2010).The associations of social support and activities with health in South Korea: Differences in age and gender. *J. Biosoc. Sci.*, 42, 409-424.
- Mullins, L. C. & Elston, C. H. (1996). Social determinants of loneliness among older Americans. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 122, 453-473.
- Myers, D. G. (2002). *Social psychology in the clinic*. In D. G. Myers, *Social psychology* (pp. 557-593). Boston: McGraw-Hill.

- Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O., Karisto, A., Uutela, A. (2008). Social participation, trust and self-rated health: A study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health & Place*, 14 (2), 243-253.
- Ocampo, J. M. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41(3), 275-289.
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A., Veríssimo, M. T. (2008). *Estudo de perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Coimbra: GERPI, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D., Gross, D. (2003). *Human Development*. Boston: Mc Graw-Hill.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras - Sociologia*, 15(1), 275-288.
- Paúl, C. Fonseca, A. M., Martín, I., Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist* 8(3), 160-167.
- Pedro, I., S., Rocha, S., M., M., Nascimento, L., C., (2008). Apoio e Rede Social em Enfermagem Familiar: Revendo Conceitos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (2).
- Peter, K., Rogers, R. G. (1997). The effects of perceived health status and age on elders' longevity. *The International Journal of Sociology and Social Policy*. 17 (9/10), 117-142.
- Pinto, J. L. G., Garcia, A. C. O., Bocchi, S. C. M., Carvalhaes, M. A. B. L. (2006). Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência e Saúde Coletiva* 11(3), 753-764.
- Pirani, E. & Salvini, S. (2012). Socioeconomic Inequalities and Self-Rated Health: A Multilevel Study of Italian Elderly. *Population Research and Policy Review*, 31, 97-117.
- Poeschl, G (2006). *Análise de dados na investigação em Psicologia: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Ponce, M. S. H., Lezaeta, C. B., Lorca, M. B. F. (2011). Predictors of quality of life in old age: A multivariate study in Chile. *Journal Of Population Ageing*, 4 (3), 121-139.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.

Ribeiro, J.L.P. (1999a). Escala de Satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558.

Ribeiro, J.L.P. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, O; Teixeira, L.; Duarte, N.; Azevedo, M. J.; Araújo, L.; Barbosa, S.; Paúl, C. (*in press*). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), *Revista Kairós de Gerontologia*.

Rosa, T. E. C.; Benício, M. H. D.; Alves, M. C. G. P.; Lebrão, M. L. (2007). Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2982-2992.

Shiovitz-Ezra, S., & Leitsch, S. (2010). The role of social relationships in predicting loneliness: The national social life, health, and aging project. *Social Work Research*, 34(3), 157-167.

Snelgrove, J. W., Pikhart, H. & Staffor, M. (2009). A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from the British Household Panel Survey. *Social Science & Medicine*, 68, 1993-2001.

Sorkin, D., Rook, k. S., Lu, J. L. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in a elderly sample. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (4), 290-298.

Thanakwang, K. (2009). Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the National Elderly Survey. *Nursing & Health Sciences*, 11(29), 144-149.

Tigani, X., Artemiadis, A. K., Alexopoulos, E. C., Chrousos, G. P., Darviri, C. (2012). Self-rated health in centenarians: A nation-wide cross-sectional Greek study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 342-348.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9, 526-534.

Wenger, G., C. (2009). Childless at the end of live: evidence from rural Wales. *Aging & Society*, 29, 1243-1259.

White, A., Philogene, G., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1872-8.

WHO (World Health Organization) (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. WHO. Geneva.

WHO (World Health Organization) (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Who. Geneva.

Yeh, S. J. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality* 32(2), 129-138.

Yeh, S. J. & Liu, Y. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Services Research*, 3, 1-9.

You, K. S., Lee, H., Fitzpatrick, J. J., Kim, S., Marui, E., Lee, J. S. & Cook, P. (2009). Spirituality, depression, living alone and perceived health among Korean Older Adults in the community. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (4), 309-322.

Zimmer, Z. & Kwong, J. (2003). Family size and support of elder adults in urban and rural China: current effects and future implications. *Demography*, 49 (1), 23-44.

Anexos

Anexo 1

Folha de Informação ao Participante

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título do estudo: Estudo sobre o bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã.

Introdução

Os investigadores responsáveis pelo estudo, da Universidade da Beira Interior, vêm convidá-la(o) a participar num estudo sobre a forma como se vive após os 65 anos de idade na cidade da Covilhã.

Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta investigação e o que vai envolver. Por favor, leia cuidadosamente a informação que se segue. Não hesite em entrar em contacto em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

Qual é o objetivo do estudo?

O objetivo deste estudo é investigar /analisar as características das pessoas que vivem na cidade da Covilhã e que têm mais de 65 anos no sentido de perceber o que é que contribui para o seu bem-estar e qualidade de vida. A sua participação neste estudo terá uma duração máxima de 2/3 sessões.

Porque fui escolhida(o) para participar neste estudo?

Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas com mais de 65 anos que vivam na cidade da Covilhã.

Será que tenho que participar?

A sua participação neste estudo é voluntária. Pode decidir participar ou não neste estudo. Se decidir participar pode desistir a qualquer altura, sem ter que dar qualquer justificação. A sua participação no estudo é anónima e não será remunerada.

O que me irá acontecer se participar?

Se concordar em participar neste estudo ser-lhe-á pedido que responda a alguns questionários.

A minha participação no estudo será mantida confidencial?

Os dados recolhidos neste estudo, que não a(o) identificam individualmente, serão guardados e processados em computador.

O que irá acontecer aos resultados do estudo?

Os resultados deste estudo serão alvo de Dissertações de Mestrado, que estarão disponíveis no Departamento de Ciências Médicas e Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira interior. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.

Quem se encontra disponível para prestar mais informação?

Se tiver alguma dúvida ou pergunta adicional relativa a este estudo, é favor contactar:

Nome (contacto do investigador que efetua a recolha de dados-

Número de telefone:

Agradecemos o tempo que despendeu a ler esta Informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado. Ser-lhe-á entregue uma cópia desta Informação e do seu Consentimento Informado assinado, que deverá guardar.

Anexo 2

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: Estudo sobre o bem-estar e qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã.

Ao assinar este documento confirmo o seguinte:

Li e compreendi a Informação ao participante no estudo acima referido e foi-me dada a oportunidade de pensar sobre o mesmo, e de colocar questões.

Todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação, sem que os meus direitos legais sejam afetados.

Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na Folha de Informação ao participante.

Recebi uma cópia, da informação ao participante, e do consentimento informado deste estudo, que devo guardar.

Nome da(o) participante:

Assinatura da(o) participante:

Data: (datada pela(o) utente): _____

Se a(o) participante for dependente/se estiver impedido de assinar:

Nome do tutor legal/cuidador/técnico responsável:

Assinatura do tutor legal:

Data (datada pelo tutor legal): _____

Nome do investigador:

Assinatura do investigador:

Data: _____

Anexo 3

Questionário de Identificação Geral

IDENTIFICAÇÃO GERAL

Referência: _____

1. Idade ____ 2. Data Nascimento ____ / ____ / _____
3. Género 1. Feminino 2. Masculino
4. Estado Civil 1. Casado(a) 2. União de facto 3. Viúvo(a) 4. Solteiro (a) 5. Divorciado(a)
5. Filhos Sim ____♀ ____♂ 6. Netos Sim 7. Bisnetos Sim
 Não Não Não
8. Última Profissão _____ 9. Reformado(a) Sim Não
10. Escolaridade 1. Analfabeto 2. Ensino Primário 3. ≤ 8 anos escolaridade
 4. ≥ 9 anos escolaridade s/ Ensino Superior 5. Ensino Superior

11. Residência permanente 1. Covilhã – Freguesia _____
 Observações: _____

12. Com quem vive 1. Cônjuge 3. Sozinho(a)
 2. Filho(s) 4. Outra situação

13. Residente em Lar de Idosos Não Sim
 Especifique _____

14. Apoio Domiciliário (SAD) Não Sim
 Especifique _____

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

16. Tem alguém à sua responsabilidade ou que dependa de si?

1. Não
2. Sim Se sim, quem? _____ Que tipo de cuidados presta? _____

Outros dados/Observações

Data (s) de recolha de dados: _____

Investigador(a) responsável: _____

Anexo 4

Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6)

ESCALA DE REDE DE APOIO SOCIAL DE LUBBEN (LSNS-6)

(Lubben et al., 2006 | Versão Experimental Portuguesa: Azevedo et al., 2011)

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
FAMÍLIA: <i>Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...</i>						
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?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
AMIGOS: <i>Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...</i>						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

Anexo 5

Questionário de Autoavaliação da saúde

AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE

(Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999, Adapto)

I. AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE

1. Em geral considera que a sua saúde é:

- a) Muito Boa
- b) Boa
- c) Aceitável
- d) Fraca
- e) Muito Fraca

2. Comparando com o ano passado, como classificaria agora a sua saúde em geral?

- a) Muito melhor do que há um ano
- b) Um pouco melhor do que há um ano
- c) Mais ou menos na mesma
- d) Um pouco pior do que há um ano
- e) Muito pior do que há um ano

3. Comparando-se com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, como se acha em termos de saúde?

- a) Muito melhor
- b) Um pouco melhor
- c) Mais ou menos na mesma
- d) Um pouco pior
- e) Muito pior

Anexo 6

Questionário de Religião

3.Religião (Corrêa, Moreira-Almeida, Menezes, Vallada & Scazufca, 2010)

Considera-se uma pessoa religiosa? Sim Não

Participa em encontros religiosos?

1	2	3	4
Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 ou mais vezes por semana

Qual a sua religião atual (filiação religiosa)? _____