

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



**SOLIDÃO
E
REDE DE APOIO SOCIAL NOS IDOSOS**

Perceção e caracterização

Sandra Portela da Silva Caetano

Dissertação apresentada para a
obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social

Leiria, junho de 2013

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



SOLIDÃO
E
REDE DE APOIO SOCIAL NOS IDOSOS

Perceção e caracterização

Sandra Portela da Silva Caetano

Dissertação orientada pela
Prof^a Doutora Isabel Cerca Miguel
para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social

Leiria, junho de 2013

“Se uma pessoa sentir, quando sentir que está morrendo que, embora ainda viva, deixou de ter significado para os outros, essa pessoa está verdadeiramente só!”

Norbert Elias

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Miguel, orientadora deste estudo dedico uma atenção especial pelo desafio sustentado desde o início e pelo contínuo e sábio incentivo que me dispensou durante este percurso.

À Sr^a Enfermeira Gabriela Lopes, professora deste curso de mestrado por ter partilhado os seus saberes e ensinamentos.

À Dr.^a Marta Oliveira pelo espírito de colaboração e valioso ensinamento acerca do programa estatístico SPSS;

À Catarina Mendes pelo contributo e disponibilidade na troca de conhecimentos;

À Margarida Lucas, pelo incitamento, encorajamento e apoio nos momentos mais difíceis;

Ao Prof. Nelson Serôdio pelo apoio prestado e por ter disponibilizado o suporte informático para a realização deste trabalho;

À Alice Mariano, impulsionadora na tomada de decisão e pela forma generosa como mostrou disponibilidade e dedicação na leitura e revisão na fase final deste trabalho.

A todos os inquiridos, incluindo alguns elementos do Grupo Coral de São Francisco – Leiria, do qual faço parte, a recetividade e disponibilidade em participarem no preenchimento do questionário.

E...

À minha filha Carolina pelo tempo que lhe roubei...

Ao Carlos um obrigada;

Aos meus pais e irmão:

Um carinho muito, muito especial pelo grande e imprescindível apoio com que sempre conto.

Bem hajam, todos!

RESUMO

Tendo como ponto de partida todas as condicionantes do bem-estar e da felicidade do idoso no mundo atual, considerando o aumento significativo do número de idosos nas sociedades e, ainda, a diminuta investigação que o tema tem suscitado na atualidade, propomo-nos analisar esta temática e problematizar causas e consequências genéricas do fenómeno.

Considerando que a solidão é um sentimento de cariz psicossocial com uma relevância acentuada, torna-se necessário aprofundar as suas causas, a fim de a prevenir, equacionando os malefícios que a mesma provoca na qualidade de vida da pessoa idosa.

Na última década têm sido desenvolvidas redes de suporte social formal, como solução que obvie os estados de solidão nos últimos anos de vida. O estudo das suas estruturas e abrangências poderá contribuir para uma efetiva prática, de cujo sucesso dependerá a qualidade de vida, de grande parte da população atual e futura.

Assim, a presente investigação debruçou-se no sentido da compreensão entre a perceção da solidão e a rede de apoio social, tendo em consideração a capacidade funcional das pessoas idosas inseridas na comunidade.

Participaram 50 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 87 anos de idade, dos quais 23 são do género masculino e 27 são do género feminino, sendo todos eles ativos na comunidade.

Os instrumentos selecionados e utilizados para a recolha de dados foram o questionário sociodemográfico, o índice de Lawton e Brody, a escala de rede social de Lubben, a escala de satisfação com o suporte social e, por último a escala de solidão da UCLA.

Os resultados obtidos refletem a expressividade das relações entre a solidão e a rede social, tendo-se constatado que quanto maior é a rede social, menor será a perceção da solidão.

Palavras-chave: Solidão, Rede Social, Idosos, Envelhecimento, Apoio Social

ABSTRACT

Taking as a starting point all the constraints to the well-being and happiness of older persons in the world today, considering the significant increase in the number of elderly people in society today and the still scant research that the topic has provoked, we will analyse this issue and discussing generic causes and consequences of the phenomenon.

Considering that loneliness is a feeling of psychosocial nature with sharp enough relevance, it is necessary to deepen its causes in order to prevent it, equating the harm that loneliness causes on the quality of life of the elderly person.

In the last decade have been developed social support networks as a solution that States obvies loneliness in the last years of life. The study of their structures and conditioning factors may contribute to an effective practice, whose success will depend on the quality of life, much of current and future population.

Therefore, the present study has to understand the relationship between the realization of loneliness and social support network, taking into account the functional capacity of the elderly in the community.

Took part in 50 senior citizens aged between 65 and 87 years of age, of which 23 are males and 27 are female and people who are active in their entirety in the community.

The selected instruments for data collection were the demographic questionnaire, the Lawton and Brody, Lubben social network scale, the range of satisfaction with social support and lastly the UCLA loneliness scale.

The results reflect the expression of the relationship between loneliness and social network, and found that the higher the social network, the lower is the realisation of solitude.

Keywords: Loneliness; Social Network, Elderly, Aging.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
ÍNDICE GERAL.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO	14
PARTE I - Fundamentação teórica	
Capítulo I – Envelhecimento - uma questão dos tempos atuais	18
1. Envelhecimento da população mundial	18
2. Envelhecimento da população portuguesa	22
3. Envelhecer	30
3.1. Concetualização	30
3.2. O que é a velhice?.....	30
4. As idades da vida	33
4.1. A idade cronológica	34
4.2. A idade biológica	36
4.3. A idade psicológica	37
4.4. A idade social.....	38
Capítulo II – Solidão	39
1. Conceito de Solidão	39
2. Solidão Social e Solidão Emocional	42
3. Causas e conseqüências da Solidão	44

Capítulo III - Rede Social	48
1. Conceito de Rede Social	48
2. Redes Sociais de Apoio	49
3. Rede de Suporte Social Percebido e Recebido	51
4. Redes Sociais Primárias e Secundárias	52
5. A família	54
6. Os amigos	56
7. Os confidentes	57
 PARTE II – Estudo Empírico	
 Capítulo IV – Plano Metodológico	59
1. Objetivos	60
2. Participantes	61
3. Instrumentos de avaliação	61
3.1. Questionário sociodemográfico	61
3.2. Índice de Lawton e Brody	61
3.3. Escala de Rede de Apoio Social de Lubben	62
3.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social	62
3.5. Escala de Solidão da UCLA	63
4. Procedimentos de recolha de dados	65
 Capítulo V – Resultados	66
1. Análise descritiva	66
1.1. Caracterização Sociodemográfica	66
1.2. Caracterização da Capacidade Funcional	70
1.3. Caracterização do Apoio Social.....	71
1.3.1. Rede familiar	71
1.3.2. Rede de amigos	73
1.3.3. Relações de confiança	74

1.3.4. Ajuda aos outros	75
1.4. Caracterização do nível de Satisfação com o Suporte Social.....	77
1.4.1. Satisfação com os amigos	77
1.4.2. Intimidade	78
1.4.3. Satisfação com a família	79
1.4.4. Atividades sociais	79
1.5. Caracterização dos níveis percebidos da Solidão	80
2. Análise inferencial	83
2.1. Resultados da Capacidade Funcional relativos a variáveis sociodemográficas	84
2.2. Resultados da Rede de Apoio Social relativos a variáveis sociodemográficas	85
2.3. Resultados da Satisfação com o Suporte Social relativos a variáveis sociodemográficas	86
2.4. Resultados da Solidão percebida relativos a variáveis sociodemográficas	88
3. Análise correlacional	
3.1. Relação entre a idade, o nível de Funcionalidade, a Rede de Apoio Social, a Satisfação com o Suporte Social e o nível percebido de Solidão	89
3.2. Relação entre a Solidão percebida e a Rede de Apoio Social.....	90
3.3. Relação entre a Solidão e a Satisfação com o Suporte Social.....	91
Capítulo VI – Discussão dos resultados	92
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide populacional em 1995 e 2025	20
Figura 2 – Declínio da taxa de mortalidade por tuberculose respiratória nos Estados Unidos entre 1900 e 1980	21
Figura 3 – A transição demográfica	22
Figura 4 – Estrutura etária da população por sexo em 2001 e 2011	25
Figura 5 – Evolução das percentagens de indivíduos com menos de 15 anos e com mais de 65 anos em Portugal entre 1950 e 1991	27
Figura 6 - Idade média da população residente em 2001 e 2011	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de envelhecimento em 2001 e 2011	26
Tabela 2 – Estrutura etária da população por “sexo” (%) em 2001 e 2011	26
Tabela 3 - Índice de longevidade em 2001 e 2011	30
Tabela 4 - Mínima, máxima, média e desvio padrão da variável “idade”	67
Tabela 5 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “sexo”	68
Tabela 6 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “estado civil”	68
Tabela 7 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “escolaridade”	68
Tabela 8 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “profissão”	69
Tabela 9 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “valor da reforma”.	70
Tabela 10 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “com quem vive”.	70
Tabela 11 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “elementos do agregado familiar”	70
Tabela 12 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “distrito”	71
Tabela 13 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “concelho”	71
Tabela 14 – Mínima, máxima, média e desvio padrão em função da “Capacidade Funcional”	72
Tabela 15 – Mínima, máxima, média e desvio padrão em função do “Apoio Social”	72
Tabela 16 – Distribuição de frequências e percentagens em função dos “familiares que vê ou fala pelo menos uma vez no mês”	73
Tabela 17 – Distribuição de frequências e percentagens em função do “familiar com quem contacta mais”	73
Tabela 18 – Distribuição de frequências e percentagens em função dos “familiares a quem pode pedir ajuda”	74
Tabela 19 - Distribuição de frequências e percentagens em função dos “amigos íntimos”	74

Tabela 20 - Distribuição de frequências e percentagens em função dos “amigos com quem se encontra ou conversa pelo menos uma vez por mês”	75
Tabela 21 - Distribuição de frequências e percentagens em função do “amigo com quem contacta mais”	75
Tabela 22 - Distribuição de frequências e percentagens em função de “quando tem que tomar alguma decisão importante, tem alguém com quem conversar”	75
Tabela 23 - Distribuição de frequências e percentagens em função de “outras pessoas que conhece se falam consigo acerca de um determinado assunto, quando têm alguma decisão a tomar”	76
Tabela 24 - Distribuição de frequências e percentagens em função de existir “existência de alguém à espera que faça algo por essa pessoa (ela/ele)”	77
Tabela 25 - Distribuição de frequências e percentagens em função de se “ajuda alguém”	77
Tabela 26 - Distribuição de frequências e percentagens em função de se “vive só ou com outras pessoas”	77
Tabela 27 – Distribuição das médias e desvios padrão em função da “Satisfação com o Suporte Social”	78
Tabela 28 – Distribuição das médias e desvios padrão em função da ”satisfação com os amigos”	79
Tabela 29 – Distribuição das médias e desvios padrão em função da ”intimidade”	80
Tabela 30 – Distribuição das médias e desvios padrão em função da ”satisfação com a família”	80
Tabela 31 – Distribuição das médias e desvios padrão em função das ”atividades sociais”	81
Tabela 32 – Mínima, máxima, média e desvio padrão em função dos “níveis percebidos da Solidão” segundo a Escala da UCLA	81
Tabela 33 - Distribuição de frequências e percentagens em função dos “níveis percebidos da Solidão” segundo os itens enunciados na Escala da UCLA	82
Tabela 34 – Análise das subescalas do Índice de Lawton e Brody em função do “sexo”	84
Tabela 35 – Análise das subescalas do Índice de Lawton e Brody em função da “zona territorial”	84

Tabela 36 – Análise das subescalas do Índice de Lawton e Brody em função do “estado civil”	85
Tabela 37 – Análise das subescalas da Rede de Apoio Social em função do “sexo”	85
Tabela 38 – Análise das subescalas da Rede de Apoio Social em função da “zona territorial”	86
Tabela 39 – Análise das subescalas da Rede de Apoio Social em função do “estado civil”	86
Tabela 40 – Análise das subescalas da Satisfação com o Suporte Social em função do “sexo”	87
Tabela 41 – Análise das subescalas da Satisfação com o Suporte Social em função da “zona territorial”	87
Tabela 42 – Análise das subescalas da Satisfação com o Suporte Social em função do “estado civil”	88
Tabela 43 – Análise da Escala de Solidão em função do “sexo”	88
Tabela 44 – Análise da Escala de Solidão em função da “zona territorial”	88
Tabela 45 – Análise da Escala de Solidão em função do “estado civil”	89
Tabela 46 - Distribuição de valores correlacionais entre a idade, o nível de Funcionalidade, a Rede de Apoio Social, a Satisfação com o Suporte Social e o nível percebido de Solidão	90
Tabela 47 – Distribuição de valores correlacionais entre a Solidão percebida e a Rede de Apoio Social	91
Tabela 48 - Distribuição de valores correlacionais entre a Solidão e a Satisfação com o Suporte Social	91

INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi elaborada no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, inserida na linha de investigação “Qualidade de Vida e Bem-Estar do Idoso”, e centrando-se no tema “Solidão e Rede de Apoio Social nos Idosos”.

Ao longo de toda a investigação subjacente, o desenvolvimento de temas relacionados com a solidão tem sido pouco estudado, quer pelos profissionais da área da gerontologia, quer pelos profissionais de geriatria. Todavia, esta temática, para além de originar fortes preocupações, assume cada vez mais uma relevância e pertinência no mundo atual, devido ao aumento expressivo do número de pessoas idosas.

Sabemos que o estudo da solidão na população idosa portuguesa é ainda incipiente.

Nos últimos anos, o envelhecimento da população fez-se notar de forma bastante acentuada, quer através do aumento da esperança de vida e da diminuição do índice de natalidade, quer através dos movimentos migratórios, pelo que é cada vez maior a inquietude e a apreensão com o isolamento e solidão dos idosos.

Nas sociedades humanas atuais persiste uma situação que, certamente, se não é estranha é paradoxal. Por um lado, a ciência desenvolvendo instrumentos capazes de prolongar biologicamente a vida do ser humano, desenvolvendo mecanismos de proteção e segurança, por outro lado, a própria sociedade que não estimula a participação da população idosa nos processos socioeconómicos e culturais de produção, assim como na decisão e integração social.

A pessoa idosa alcança o seu bem-estar através de uma interação nas dimensões subjetivas e objetivas, do contacto individual e coletivo, e da cultura.

Neste contexto, as redes sociais de apoio assumem um papel crucial relativamente às pessoas idosas. O sentimento de ser amado e valorizado, assim como a pertença a algum grupo ou organização tem como resultado o não isolamento e o seu reconhecimento enquanto ser humano e ainda sentir-se útil à sociedade.

As relações sociais têm contribuído de forma bastante significativa para o atenuar dos problemas que as pessoas idosas enfrentam no seu dia-a-dia, mais concretamente a falta de suporte social.

Nos nossos dias, e a um nível familiar, as transformações que se verificam têm sido constantes. O próprio conceito de família, os diferentes papéis desempenhados dentro do seio familiar e as responsabilidades profissionais tiveram como consequência o acentuado afastamento geográfico.

A solidão surge como consequência de todas as transformações ou mudanças anteriormente descritas, concretamente com a diminuição ou quebra de comunicação com os outros e constitui um dos problemas de maior relevo na sociedade atual.

Deste modo, ao ser abordada a dimensão social de todo o processo de envelhecimento humano, dois elementos devem ser observados, pois condizem com uma realidade vivenciada pelo idoso: por um lado por fatores independentes de variáveis necessariamente presentes, e por outro lado por variáveis independentes do próprio processo – a solidão e o isolamento. A solidão como um estado emocional marcado pela carência de relacionamentos afetivos, importantes e calorosos, e o isolamento referente à falta de contactos com pessoas diferentes e decorrente da ausência de atividades sociais.

É de referir que um isolamento prolongado aumenta a possibilidade do estado de solidão.

A par da solidão, do isolamento social ou do contacto social insuficiente, a insegurança, seja com a saúde ou com o futuro económico-financeiro, faz da pessoa idosa um indivíduo consciente ou inconscientemente triste.

Muitos fatores predispoem para que o idoso se sinta triste: a separação ou a morte do cônjuge, a perda de posição social, a redução dos ganhos, as dificuldades de locomoção, os conflitos familiares ou a reforma. Todos estes elementos estimulam os sentimentos de menosprezo, de invalidez moral e social, da ausência de objetivos ou mesmo do desmoronamento motivacional.

Nesta perspetiva, pretende dar-se pertinência neste estudo à análise da relação da solidão como sentimento psicossocial com o isolamento social sentidos pela população idosa portuguesa não institucionalizada. Pretende-se conhecer e aprofundar as causas e consequências da realidade envolvente deste grupo social, melhorando a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e encontrar respostas a nível da intervenção por forma a preveni-la.

Deste modo, a disposição e construção deste trabalho assenta em duas partes fundamentais, sendo que a primeira tem a ver com a fundamentação teórica e a segunda com o estudo empírico da investigação.

A primeira parte assenta em três capítulos nos quais se destacam o envelhecimento demográfico, a solidão nas pessoas idosas e as redes sociais de apoio. A segunda parte é constituída por três capítulos, sendo que o primeiro capítulo designado por plano metodológico evidencia os objetivos, os participantes, os instrumentos de avaliação e o procedimento da recolha de dados. No capítulo seguinte designado por resultados fazemos alusão às análises descritiva, inferencial e correlacional. O último capítulo refere a discussão dos resultados, que, na sua globalidade, mostra diferenças significativas entre a variável idade e as escalas aplicadas e utilizadas neste estudo, assim como a relação entre a Solidão e a Satisfação com o Suporte Social.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

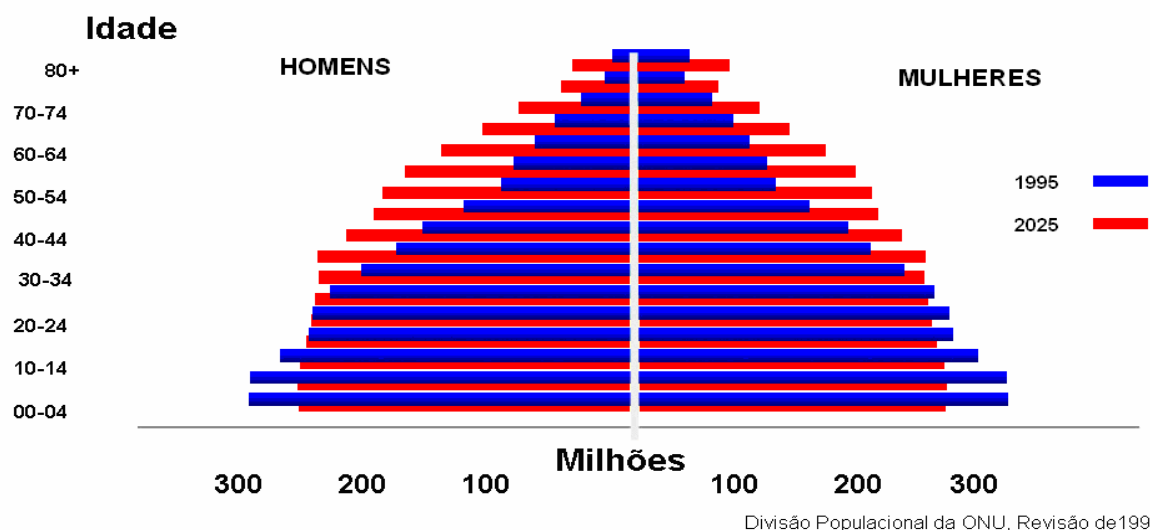
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO - UMA QUESTÃO DOS TEMPOS ATUAIS

1. Envelhecimento da população mundial

A partir da segunda metade do século XX, surgiu nas sociedades desenvolvidas o envelhecimento demográfico. A evolução deste novo fenómeno, caracterizado pela irreversibilidade e amplitude mundial, tem vindo a manifestar-se a um ritmo acelerado e com tendência para um aumento significativo num futuro próximo (Figura 1).

É difícil prever o crescimento populacional apesar das estatísticas demonstrarem a tendencial diminuição das taxas de natalidade e variarem entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. As taxas de mortalidade podem sofrer alterações a qualquer momento, devido a doenças, catástrofes, guerras ou até mesmo mudanças significativas relativamente aos avanços da medicina. Apesar de a Organização das Nações Unidas (ONU) ter divulgado algumas projeções acerca da população mundial, tem vindo esta regularmente a rever e a corrigir, constantemente, valores inicialmente superiores para valores inferiores. No entanto, a Organização das Nações Unidas (OMS) prevê que, por volta de 2025, haja cerca de 1,2 biliões de pessoas idosas no mundo inteiro com mais de 60 anos (2001, cit. in Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Pirâmide Populacional 1995 e 2025

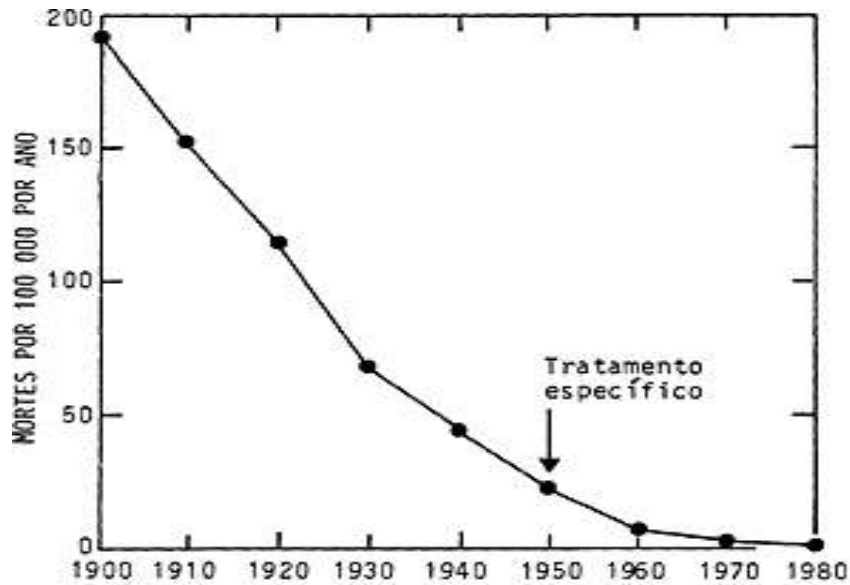


Fonte: Divisão Populacional da ONU, revisão de 1998

Figura 1- Pirâmide Populacional em 1995 e 2025

Na Europa, os progressos médico-tecnológicos assumiram maior relevância e vieram explicar a redução da taxa de mortalidade. Como exemplo clássico, a tuberculose ilustra bem essa situação. Em Inglaterra, no ano de 1855, constatou-se que, em 100 mortes, 13 eram atribuídas a esta doença infecciosa (Aldestein, 1977). No início do século XIX, os Estados Unidos, por ano, apresentavam uma taxa de mortalidade relativamente a essa doença de 194 mortes para cada 100.000 indivíduos.

Por volta de 1925, assistiu-se a uma redução significativa na referida taxa, e a partir de 1940 é, gradualmente, reduzida na totalidade (Fries & Crapo, 1981) como se pode observar na Figura 2.



Fonte: Fries e Crapo (1981)

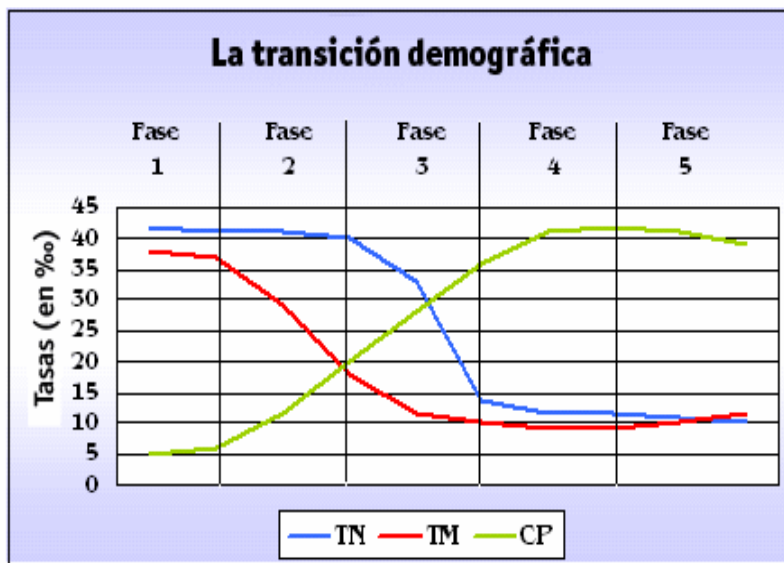
Figura 2 – Declínio da taxa de mortalidade por tuberculose respiratória nos Estados Unidos entre 1900 e 1980

Desta transição demográfica ou epidemiológica caracterizada pela passagem de um estado de equilíbrio em que a mortalidade e fecundidade assumem valores elevados, segue-se um novo período caracterizado por um declínio das taxas de mortalidade e fecundidade, paralelamente a um processo de modernização. O aumento da qualidade de vida da população, traduzida em melhores condições, tanto a nível higiénico-sanitário, e particularmente higiene pessoal, como a nível ambiental, ou ainda com a melhoria nutricional, vieram contribuir para importantes transformações populacionais.

Apesar dos fatores, anteriormente referenciados e de todo o processo ter sido desencadeado, ainda em finais da década de 40 início da década de 50, os progressos medicinais, os exames radiográficos, a vacina BCG e um leque variado de drogas potentes assumiram um papel de manifesta importância na redução da tuberculose.

A transição demográfica é um modelo de análise teórico das transformações demográficas da Europa. Em 1929, o demógrafo Warren Thompson observou as mudanças ocorridas nas sociedades industrializadas relativamente às taxas de natalidade e mortalidade dos últimos 200 anos. Deste modo e de acordo com a observação da Figura 3, esta teoria vem explicar as fases demográficas por que passa uma sociedade pré-industrial, caracterizada por taxas de natalidade e mortalidade altas, isto é, antes de

chegar a uma sociedade moderna ou plenamente industrial caracterizada por taxas baixas.



Legenda:

TN = Taxa de natalidade; TM = Taxa de mortalidade; CP = população (esta variável não pode ser medida com o eixo vertical de unidades desta figura; e não deve ser lido como o crescimento da população).

Fonte: http://es.wikipedia.org/wiki/Transici%C3%B3n_demogr%C3%A1fica

Figura 3 – A transição demográfica

Nos seus estudos Nazareth (2004, p. 41) conclui “*que todos os países já passaram ou terão de passar por quatro fases de evolução:*

1ª Fase – do “quase-equilíbrio” antigo ou de “pré-transição” caracterizada pela existência de uma mortalidade elevada e uma fecundidade igualmente elevada; a necessidade de uma descendência numerosa é uma consequência da existência de más condições sanitárias, o que implica a existência de uma mortalidade elevada; o crescimento natural da população é muito reduzido;

2ª Fase – do declínio da mortalidade como consequência de uma melhoria generalizada das condições de higiene e de saúde; o nível da fecundidade mantém-se inalterado e existe uma consequente aceleração do crescimento natural da população;

3ª Fase – do declínio da fecundidade como consequência de uma nova atitude face à vida apoiada por meios modernos de controlo da fecundidade; a mortalidade continua a declinar embora a um ritmo mais moderado e o crescimento natural da população diminuiu de intensidade:

4ª Fase – do “quase-equilíbrio” moderno entre uma mortalidade com baixos níveis e uma fecundidade igualmente baixa; o crescimento natural da população tende para zero.”

Embora a maior parte dos países em vias de desenvolvimento se possa ainda encontrar na segunda fase (declínio da mortalidade), outros já atingiram a fase seguinte (declínio da fecundidade).

No que respeita aos países desenvolvidos, podemos concluir que, de um modo geral, se encontram na última fase da transição demográfica. Todavia, outros já entraram numa outra fase designada de pós-transição, caracterizada por um nível de fecundidade baixo, sem que garanta a substituição das gerações, e por uma taxa de mortalidade superior à da natalidade.

Deste modo, a teoria da transição demográfica é a passagem de um estado de equilíbrio, em que tanto os valores da mortalidade como os da natalidade são elevados, para um outro estado de equilíbrio, cujos valores da mortalidade e natalidade são baixos, mas separados por um forte crescimento natural da população.

2. Envelhecimento da população portuguesa

De acordo com um estudo do **Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009)**, o fenómeno do envelhecimento demográfico na sociedade portuguesa, assenta “*na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e fecundidade assumiam valores elevados para um modelo em que ambos os movimentos assumem níveis baixos. Apresentando-se como um processo dinâmico, é comum definir-se o envelhecimento demográfico a partir do momento em que a proporção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas.*”¹

Os cenários prospetivos apontam para uma tendência bastante acentuada relativamente ao processo de envelhecimento demográfico.

Também segundo o INE (2009), nas projeções para os próximos 50 anos, aponta para um aumento do índice de envelhecimento da população. Reduzir-se-á a percentagem de jovens (de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060), e ocorrerá um

¹ *Revista de Estudos Demográficos* Nº 40, INE (2007). Art.º 2º. P. 21: “Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual”.

aumento considerável de indivíduos com 65 ou mais anos de idade (passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060).

Outro estudo considera que, citamos: *“é comum definir-se o envelhecimento demográfico a partir do momento em que a proporção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas (Gonçalves, C. & Carrilho, M. J.,2007, p. 24).*

Segundo Nazareth (2004, p. 119) citando: *“existem dois tipos de envelhecimento demográfico – o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo. O primeiro tipo de envelhecimento ocorre quando a percentagem de jovens começa a diminuir de tal forma que a base da pirâmide de idades fica bastante reduzida. O segundo tipo de envelhecimento ocorre quando a percentagem de idosos aumenta, fazendo assim com que a parte superior da pirâmide de idades comece a alargar, em vez de se alongar, como acontece nas sociedades típicas dos países em vias de desenvolvimento”*

Ora, a evolução da população portuguesa, concretamente nas estruturas e comportamento sociodemográficos, é compreendida através da análise de indicadores como a idade e o sexo.

De acordo com Nazareth (2009), citamos *“Pirâmide etária também conhecida como pirâmide demográfica ou pirâmide populacional é uma ilustração gráfica que mostra a distribuição de diferentes grupos etários em uma população (tipicamente de um país ou região do mundo), em que normalmente cria-se a forma de uma pirâmide. Esse gráfico é constituído de dois conjuntos de barras que representam o sexo e a idade de um determinado grupo populacional. É baseado numa estrutura etária da população, ou seja, a repartição da população por idades.*

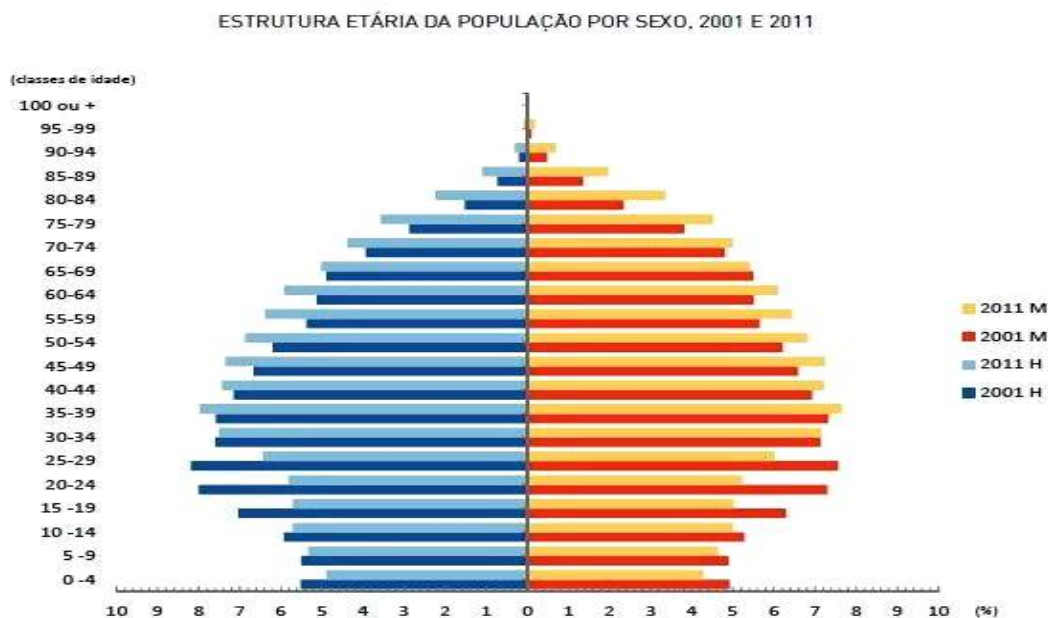
As pirâmides etárias são usadas, não só para monitorar a estrutura de sexo e idade, mas como um complemento aos estudos da qualidade de vida, já que podemos visualizar a média do tempo de vida, a taxa de mortalidade e a regularidade, ou não, da população ao longo do tempo. Quanto mais alta a pirâmide, maior a expectativa de vida e, conseqüentemente, melhor as condições de vida daquela população. É possível perceber que quanto mais desenvolvido economicamente e socialmente é o país, mais sua pirâmide terá uma forma retangular.”

Assim, a distribuição da população por idades, designada por estrutura etária, é um fator importante para compreender se a população de um determinado país ou região tende a aumentar ou diminuir e/ou se a sua tendência é para o envelhecimento.

Por volta de 1970 a população portuguesa era constituída, uma grande parte, por jovens, contrariamente ao registado na década de 90, cujo grupo predominante passou a ser o dos adultos. Em 2001 o número de jovens continuava a diminuir e o número de idosos a aumentar.

No nosso quotidiano, através dos meios de comunicação e informação, temos constatado, de uma forma simples e quantitativa, que a percentagem de pessoas com idade avançada tem aumentado a um ritmo acelerado.

Deste modo, no envelhecimento demográfico, a estrutura etária portuguesa por sexo no período compreendido entre 2001 e 2011 alarga-se no topo, com o crescimento da população idosa com idades mais avançadas, ou seja, acima dos 65 anos. Na base da pirâmide apresenta algum estreitamento com a diminuição de pessoas com idades mais jovens. Constatata-se ainda, neste gráfico, que em todos os grupos etários entre os 0-29 anos, se perdeu população (Figura 4).



Fonte: INE – Resultados definitivos dos Censos 2011

Figura 4 – Estrutura etária da população por sexo em 2001 e 2011

O envelhecimento da população é um dos fenómenos demográficos mais preocupantes da atualidade. O seu índice é de 127, o que significa que, hoje por cada 100 jovens há 127 idosos. Em 2001, este índice era de 102 (Tabela 1).

Índice de envelhecimento	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Portugal	102,23	83,56	121,78	127,84	104,77	151,98

Fonte: INE – Resultados definitivos dos Censos 2011

Tabela 1 – Índice de envelhecimento em 2001 e 2011

Na sequência dos resultados definitivos dos Censos 2011, as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentavam os índices de envelhecimento mais baixos do país, respetivamente, 74 e 91. Em contrapartida, as regiões do Alentejo e Centro são as que apresentavam os valores mais elevados, respetivamente 179 e 164.

Em 2005, observaram-se poucos nascimentos, comparativamente ao número de mortes ocorridas nesse ano, tendo diminuído o fluxo de imigrantes.

Perante este cenário, desde logo podemos concluir que, apesar da população portuguesa ter vindo a aumentar, mesmo com um crescimento natural menor, o nosso país continua a envelhecer consideravelmente.

De uma forma sucinta e perante os dados dos Censos 2011 assistiu-se, na última década (2001-2011) a um movimento inverso entre a percentagem de jovens e a percentagem de população idosa, sendo que no grupo dos jovens a percentagem recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011 e no grupo das pessoas idosas passou-se de 16% em 2001 para 19% em 2011 (Tabela 2).

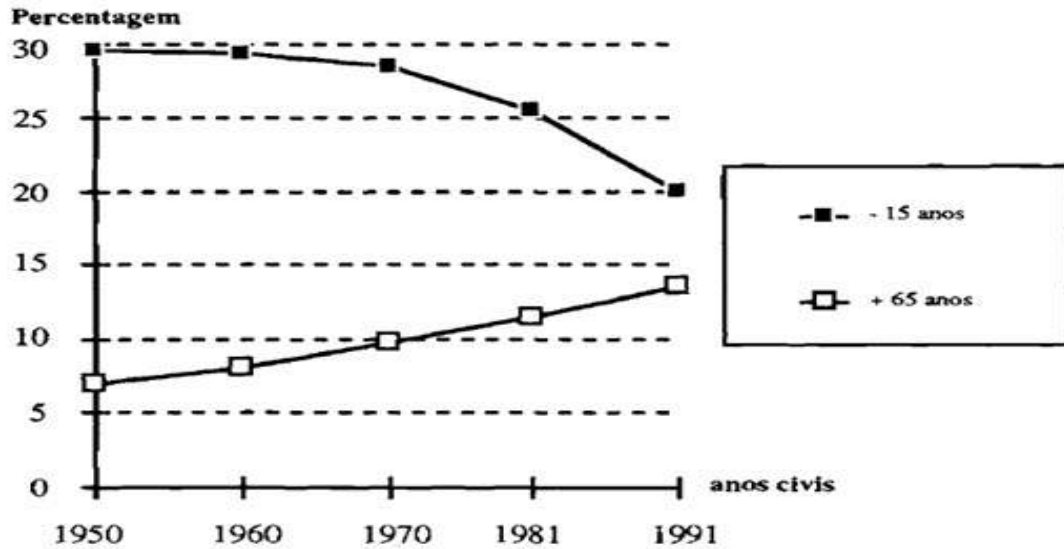
Estrutura etária da população por sexo (%)	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Jovens	16	16,95	15,11	14,89	15,93	13,93
Idosos	16,35	14,16	18,4	19,03	16,69	21,17

Fonte: INE – Resultados definitivos dos Censos 2011

Tabela 2 – Estrutura etária da população por sexo (%) em 2001 e 2011

Há já algumas décadas que a evolução desta tendência demográfica, no contexto da população portuguesa, se tem vindo a revelar. Segundo Valente Rosa (1993) *“tal tendência resulta numa redução da superioridade da parcela de população mais jovem*

(com menos de 15 anos) comparativamente à mais idosa (com mais de 65 anos)” conforme podemos observar na Figura 5.



Fonte: IX a XIII recenseamentos Gerais da População, INE, Lisboa

Figura 5 - Evolução das percentagens de indivíduos com menos de 15 anos e com mais de 65 anos em Portugal entre 1950 e 1991

Durante muito tempo acreditou-se que a explosão demográfica da terceira idade era o resultado do aumento da esperança de vida. Todavia, veio explicar-se que o fator natural responsável pelo envelhecimento demográfico, diz respeito ao declínio da natalidade nas últimas décadas de anos.

Para explicar o envelhecimento demográfico não nos podemos cingir, apenas, à dinâmica das relações entre a mortalidade e a natalidade como processo, mas devemos atender à dinâmica da mobilidade social.

Segundo Nazareth (2004, p. 120), citamos mais uma vez: “*se um país, ou uma região, é receptor de população, os potencialmente ativos aumentam. Este aumento implica a existência de uma diminuição nos outros dois grupos de idades – os jovens diminuem proporcionalmente (logo temos um envelhecimento na base) e os idosos também diminuem proporcionalmente (o que implica um rejuvenescimento no topo). Consequentemente, num país receptor de mão-de-obra, o aumento da importância dos idosos pode diminuir sensivelmente. Inversamente, num país ou numa região*

exportadora de mão-de-obra, a tendência natural para o aumento da importância da população idosa é acentuada pelos movimentos migratórios. Encontramo-nos, assim, perante o paradoxo de uma população por simultaneamente envelhecer e rejuvenescer.”

Deste modo, o processo natural de envelhecimento, pode ser profundamente alterado pelos movimentos migratórios, os quais são determinantes para o perfil e estrutura da população residente.

Em 2001 a evolução da estrutura dessa população residente resultou de um aumento em 50% relativamente ao recenseamento de 1991. O tempo que medeia entre estas duas datas é caracterizado pela continuidade da tendência do envelhecimento demográfico a um ritmo bastante acelerado e pela componente migratória como contributo para o acréscimo da população.

Segundo o INE (Anuário Estatístico de Portugal - 2010), “*em 2010 verificou-se uma diminuição da população residente, o que não ocorria desde o início da década de 90. A população estimada é ligeiramente inferior à de 2009...*” (Anuário Estatístico de Portugal, 2010)

Assim, e de acordo com Nazareth (2004, p. 253), afirma que “*quando analisamos a mortalidade temos como referência a compreensão das condições gerais de saúde existentes, e quando analisamos a fecundidade temos como referência os modelos culturais e económicos existentes também na unidade espacial em análise. No caso dos movimentos migratórios, estes podem ser justificados por razões internas ao sistema em observação, mas, muitas vezes, são os fatores exógenos os mais relevantes, o que implica a procura das causas do fenómeno (e, conseqüentemente, os “riscos”) fora do campo de observação de um país”*

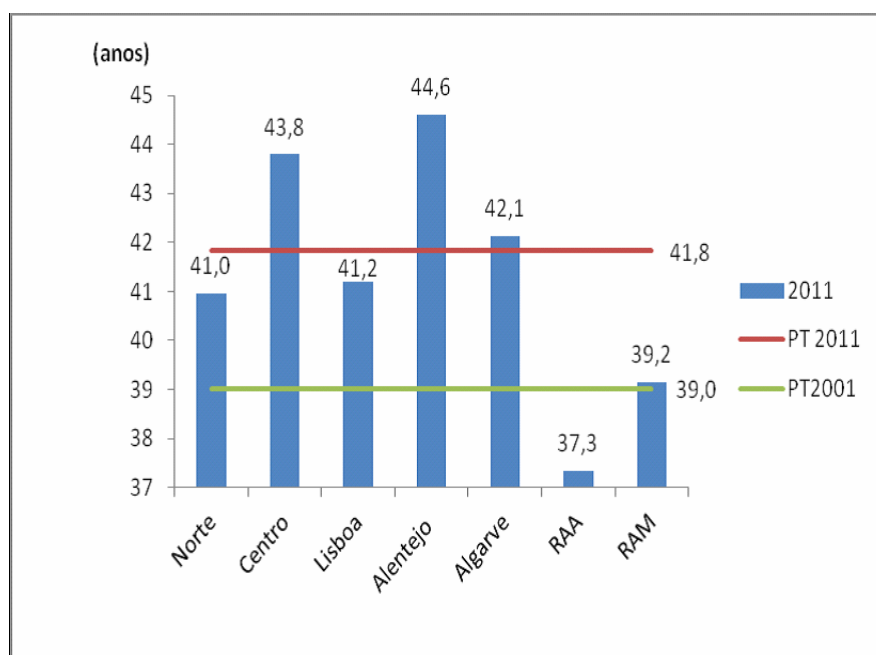
Se por volta de 1960 e em termos demográficos, Portugal era considerado um país jovem, hoje e perante a realidade que se apresenta, é bastante envelhecido. Pela primeira vez, no ano 2000 o número ou a percentagem de jovens, foi superado pelo número de idosos.

De acordo com os dados divulgados do INE através do Anuário Estatístico (2010, p. 2), citamos “*o índice de longevidade foi de 47,4, atingindo o nível mais elevado desde 1990, sendo evidente uma tendência de aumento desde 1995, ano em que este indicador se situava em 39,0%. O rácio entre a população com mais de 65 anos e a população até 14 anos (índice de envelhecimento) atingiu também o seu ponto mais*

elevado, alcançando 120,1%, quando em 2000 era de 102,2% e em 1990 se situara em 68,1%.”.

No que concerne à dinâmica do crescimento da população portuguesa, assinalamos que o número de idosos continua a registar uma tendência crescente, motivada pela diminuição da fecundidade e pelo progressivo aumento da longevidade. O ritmo de crescimento da população idosa e da população mais idosa, tem vindo a superar o ritmo de crescimento da população total, quer olhando retrospectivamente, quer projetando o futuro. No período compreendido entre 1960 e 2005 registaram-se grandes contrastes nas dinâmicas da população (Anuário Estatístico de Portugal, 2010).

No período compreendido entre 2001 e 2011, conforme podemos constatar (Figura 6), a idade média da população no nosso país cresceu de forma gradual na última década, fixando-se em 2001 e 2011, em 39,0 e 41,8 anos respetivamente.



Fonte: INE - Censos 2011 – Resultados Definitivos

Figura 6 - Idade média da população residente em 2001 e 2011

Os dados mais recentes revelam que a percentagem de jovens teve uma diminuição gradual a um ritmo médio, enquanto a população idosa registou taxas de crescimento superiores. A população muito idosa, isto é, com mais de 85 anos de idade, afirma-se com um aumento relativamente superior (Tabela 3).

Índice de longevidade	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Portugal	41,42	37,75	44,05	47,86	43,79	50,79

Fonte: INE - Censos 2011 – Resultados Definitivos

Tabela 3 – Índice de longevidade em 2001 e 2011

Indiscutivelmente, a evolução da estrutura etária da população portuguesa apresenta uma nova configuração, deixando de ser representativa em forma de triângulo e passando a ser representativa em forma de urna, quando os seus dados passam a ser estudados e interpretados graficamente. Esta pirâmide (Figura 4) é típica dos países desenvolvidos, que já ultrapassaram as três primeiras fases de evolução e que se encontram evolutivamente na última fase da transição demográfica.

A situação é preocupante nas sociedades em que o fenómeno do envelhecimento demográfico se manifesta.

Assim, de acordo com Fabiana Almeida (pág. 8, <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61116/2/77053.pdf> - Características Psicológicas e Solidão sentidas em idosos do meio urbano - Fabiana de Almeida Oliveira, (Porto 2011), citamos *“Portugal é rotulado dos países mais velhos da Europa. Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica no Mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea, sendo que existe maior importância relativa de idosos pertenciam ao Alentejo, seguido do Algarve e do Centro, deixando transparecer uma faixa litoral bastante menos envelhecida. Às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira pertenciam os menores níveis de envelhecimento do país, ou seja, as zonas geográficas com níveis de fecundidade mais elevados.”* (p. 8)

O envelhecimento, pelos impactos sociais e estruturais causados na sociedade portuguesa, e pela diversidade de acontecimentos e problemáticas que abrange, suscitou a necessidade de reforçar e desenvolver meios capazes de atender melhor às dificuldades deste grupo populacional em crescimento. Assim, importa frisar a necessidade de promover um envelhecimento saudável e bem-sucedido. Perante esta realidade que vem ganhando relevo, é importante indagar-se sobre as condições, políticas, sociais e culturais que possam intervir e contribuir para a possibilidade de se alcançar o bem-estar, a qualidade de vida e o funcionamento emocional e social da pessoa idosa, durante o envelhecimento. O contributo dos estudos e investigações

académicas que recaem sobre esta temática são essenciais para responder às necessidades das pessoas idosas e, do mesmo modo, desenvolver ações de intervenção na área da saúde do idoso.

3. Envelhecer

3.1. Concetualização

Desde o início deste século, mais concretamente, nestes últimos anos, a esperança média de vida tem aumentado de forma significativa, não se prevendo uma inversão desta tendência.

Este novo fenómeno, tem gerado um conjunto de fortes preocupações no que respeita ao crescente número de pessoas idosas em relação ao total da população mundial, o que justifica os estudos já realizados pelos investigadores de diferentes áreas, assim como o despertar para novos desafios.

O envelhecimento é caracterizado e definido pela dinâmica de um processo global de vida em constante construção e reconstrução, no qual, e de acordo com (Gonçalves, 1990, citado por Fernandes, 2002), existem modificações a nível morfológico, funcional, bioquímico e psicológico. Estas determinam, que: Robert, 1994, citado por Fernandes, 2002, p. 21), “*a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação ao organismo às condições mutáveis do meio ambiente que o circunda.*”

No que respeita às perspetivas do conceito de envelhecimento, verificamos que consiste num processo universal, dinâmico, progressivo e complexo, e do mesmo modo, inevitável e irreversível, sendo comum a todos os seres vivos, mais concretamente ao homem.

3.2. O que é a velhice?

Após a II Guerra Mundial, o estudo sobre as populações idosas e, conseqüentemente, dos fatores associados ao processo de envelhecimento humano suscitou grande interesse por parte dos pesquisadores, no que respeita à investigação das diferentes fases de vida.

No ano de 1950, Erik Erikson propôs a teoria de ciclos de vida fornecendo as bases sólidas para a construção de teorias que versavam sobre o potencial desenvolvimento ao longo da vida, dando ênfase às trajetórias construídas.

A partir de 1955, nos Estados Unidos, muitos dados foram gerados a partir de um estudo orientado por K. W. Schaie. Este investigador e os seus colaboradores observaram que, quer os adultos quer as pessoas idosas, quando expostas a ambientes e condições socialmente favoráveis, no seu percurso de vida, demonstraram um melhor desempenho intelectual.

Nos finais do século XX, constatou-se que os estudos anteriormente realizados vieram dar um contributo imprescindível para o avanço da gerontologia, construindo-se novas linhas de investigação. Deste modo, a gerontologia começou a interessar-se pelos conceitos de adaptação, habilidades, sabedoria, velhice bem-sucedida, incapacidades, fragilidades.

Assim, de acordo com os gerontologistas, qualquer processo de envelhecimento de todos os seres vivos se inicia no momento da conceção e culmina com o atingir do expoente máximo do desenvolvimento, a velhice. Na visão de Mascaro (1997), podemos entender a velhice como “*uma fase natural da vida e não há como fugir deste ciclo: nascimento, crescimento, amadurecimento, envelhecimento e morte*”. (p. 9) Portanto, sendo parte integrante do desenvolvimento humano, emerge do processo dinâmico global da vida, ou seja, das mudanças naturais que ocorrem no indivíduo.

Para tal compreensão, torna-se necessário definir dois conceitos distintos: o de velhice e o de envelhecimento. O primeiro define-se como “*a última idade da vida, cujo início fixamos no sexagésimo ano, mas que pode ser mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o género de vida e uma série de outras circunstâncias.*” (Bernard, 1994 cit. in Fernandes, 2000, p. 24). Neste seguimento, Fernandes (2000, p. 24) conclui que “*a velhice pode ser definida como sendo um processo “inelutável” caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo, podendo ser considerada o “coroamento” das etapas da vida*”.

Definir o conceito de velhice parece ser uma tarefa simples, quase que óbvia. Todavia, é bem mais difícil defini-la com exatidão, pois é necessário ter em consideração a idade cronológica, a idade biológica, a idade psicológica e, por último, a idade social. A primeira, relacionada com o calendário a marcar e a determinar o tempo que já passou por uma pessoa; a idade biológica, a que se refere ao envelhecimento das

células, e que apesar de estar, diretamente, relacionada com os hábitos adquiridos no dia-a-dia, pode não coincidir com a idade cronológica; a idade psicológica, a que é definida a partir das capacidades adaptativas, como a motivação, ou a aprendizagem e, do mesmo modo, segundo a auto regulação do indivíduo pela tomada de decisões; por fim, a idade social alusiva aos papéis sociais que o indivíduo desempenha na comunidade em que está inserido.

Esta temática assume contornos abrangentes e complexos, exigindo uma análise detalhada no que concerne às transformações biológicas, psicológicas e sociais. Estas determinam a progressiva perda da capacidade do indivíduo em se adaptar ao meio que o rodeia originando, assim, maior vulnerabilidade aos processos patológicos que culminam com a morte. A dificuldade em delinear o conceito de velhice deve-se, essencialmente, ao facto das diferentes dimensões e áreas do conhecimento (medicina, enfermagem, psicologia, gerontologia) tratarem este processo de forma parcial e também às especificidades concretas do processo de envelhecimento. Apesar dos campos de interesse e de atuação dos diferentes especialistas assumirem um carácter singular para o trabalho interdisciplinar, poderão contribuir para melhorar as condições de qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa, quer através da cooperação, quer através do intercâmbio.

Salgado (1982) também, constata e sustenta a atitude de entender a velhice como uma circunstância alargada com múltiplas dimensões. Propõe que a velhice seja encarada como *“uma etapa da vida na qual, em decorrência da alta idade cronológica, ocorrem modificações e ordem biopsicossocial que afetam a relação do indivíduo com o meio”* (pág. 29).

É um conceito bastante complexo, cujo significado se traduz na colheita de tudo aquilo que se aprendeu, experienciou, com ou sem sofrimento e foi alcançado ao longo dos anos desde a nascença.

Serrazina (1990) refere que João Paulo II compreendeu a velhice como *“um dom e um privilégio, mas apenas porque nem todos têm a sorte de a atingir, mas sobretudo porque a experiência e a sabedoria que a mesma proporciona permite um melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro”* (pág. 35). Entendemos a velhice, como um privilégio que a vida nos concede ao longo dos nossos anos relativamente à riqueza do conteúdo da experiência social acumulada, em termos de vivência que o indivíduo atinge.

Embora a velhice possa ser caracterizada como um período bastante distinto no que diz respeito a diversas perdas e limitações, também é sinónimo de, sendo possível, aprimorar as funções cognitivas, físicas e afetivas em detrimento do aumento de limitações, assim como de possíveis doenças.

Hoje em dia, o grande desafio que se coloca aos grandes investigadores é o de compreender quais os limites e potencialidades da pessoa idosa relativamente ao desenvolvimento integral do processo de envelhecimento.

4. As idades da vida

As investigações relativas ao fenómeno do envelhecimento humano e populacional têm por base uma área de estudo multidisciplinar, a gerontologia. Deste modo, e de acordo com o autor Fernandez Ballesteros (2000), esta disciplina ocupa-se do estudo dos aspetos biológicos, psicológicos e sociais da velhice. Num sentido mais abrangente, os gerontologistas preocupam-se em explicar os problemas funcionais das pessoas idosas relativamente às incapacidades e às dificuldades para continuarem a usufruir de uma vida independente. Preocupam-se, também, com todo o processo de envelhecimento desde que os indivíduos crescem até ao respetivo envelhecimento, tendo em conta a idade enquanto padrão de comportamento social (Bengston, Rice e Johnson, 1999).

Durante o século XX, foram desenvolvidas diversas subdisciplinas da gerontologia, destacando-se a gerontologia social, a geriatria e a psicogerontologia, especificamente direcionadas para o processo de envelhecimento humano.

Portanto, desde os tempos mais longínquos até aos nossos dias, verificou-se uma preocupação em conservar a juventude, a vitalidade no ser humano e tentando prolongar-se, cada vez mais a longevidade.

De acordo com Papaléo Netto (2002), Elie Metchikoff, médico russo, que em 1903 criou e defendeu o termo gerontologia (proveniente do grego *geron* = envelhecimento + *logos* = estudo) como campo de investigação dedicado ao processo de envelhecimento no ser humano, no seu todo, debruçando-se acerca das transformações quer sejam biológica, psicológica ou sociais.

A partir do século passado, esta área científica foi considerada multidisciplinar. Neri (2008) definiu a gerontologia como um, citamos: “*campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de*

envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais” (p. 95).

Esta ciência tem como objetivo crucial investigar as experiências de velhice e envelhecimento, tendo por base um contexto referencial ao nível das condições socioculturais, históricas e ambientais. Baseia-se, essencialmente, no contributo metodológico e conceptual das diferentes ciências como sejam a biologia, a psicologia, ou mesmo das ciências sociais e de algumas disciplinas como sejam as de enfermagem, direito, filosofia. De acordo com Alkema e Alley (2006) o estudo do processo de envelhecimento converge com a biologia, sociologia e ainda com a psicologia. Assim, o envelhecimento representa a dinâmica da passagem do tempo e tanto a velhice como a sociedade definem as pessoas idosas. A biologia do envelhecimento estuda assim os processos fisiológicos ao longo do curso de vida e, essencialmente, na velhice enquanto que a sociologia baseia-se nos períodos específicos da vida do indivíduo, concentrando-se nas circunstâncias sociais e culturais que afetam as pessoas idosas.

Tendo em conta as diferentes áreas do saber, como a Psicologia, a Sociologia, ou a Biologia, entre outras, podemos encontrar um leque variado e progressivo de significados distintos de envelhecimento, ao longo do discurso científico gerontológico.

Em 1909, o médico Ignatz Nascher desenvolvia o conceito de geriatria como especialidade da medicina, direcionando os seus estudos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças associadas com a idade do envelhecimento.

Torna-se importante atender à constituição etimológica da palavra geriatria que deriva da associação de “gero” e “iatrikos” (tratamento) e está, intimamente, ligada às ciências médicas constituindo-se como ramo da medicina, cujo objetivo é a prevenção e tratamento de doenças que ocorrem em idade avançada.

Por último, define-se a psicogerontologia ou psicologia do envelhecimento como a ciência que se ocupa dos aspetos cognitivos (percepção, pensamento, memória e a comunicação e linguagem), afetivos e emocionais à medida que vão ocorrendo na idade cronológica e no envelhecimento.

4.1. Idade cronológica

Ao longo dos tempos, o fenómeno do envelhecimento tem sido objeto de estudo para os investigadores das diferentes áreas. Apesar dos grandes progressos tanto

científico como tecnológico, não existe ainda consenso no que se refere às causas que desencadeiam o envelhecimento no organismo dos seres vivos.

O declínio de cada indivíduo, do ponto de vista genético, pode manifestar-se mais precoce ou tardiamente com diferentes intensidades, ou seja, não ocorre, necessariamente, em paralelo com a idade cronológica. Deste modo, as diferenças individuais provêm não só de fatores hereditários, mas também do meio e dos embates da vida, quer físicos, quer mentais ao longo do tempo. A este propósito Frutuoso (1990) afirma que, num momento ocasional de uma conversa, algumas vezes acontece dizermos que uma determinada pessoa, sendo um jovem, parece ser uma pessoa com idade avançada e o mesmo acontece ao contrário, pois apesar de muita idade, a pessoa apresenta um bom estado físico e psicológico. Assim, o tempo cronológico pode não corresponder à dinâmica do desenvolvimento humano, ou seja, não depender da idade, nem do estado orgânico dos órgãos, dos músculos, das artérias. A idade cronológica não é um critério fiável para compreender as modificações que ocorrem no envelhecimento do indivíduo, pois o número de anos não nos fornece a informação completa e necessária acerca do estado biopsicossocial, ou mais concretamente da qualidade de vida e bem-estar.

Em Portugal e em termos formais, a idade da entrada na reforma está associada à “idade do envelhecer”. A idade dos 65 anos é considerada como o marco cronológico que indica a entrada noutra fase da vida - a 3ª idade.

Jones & Rose (2005), defende uma classificação cronológica mais estática e objetiva permitindo maior facilidade em termos de comparação. Deste modo, considera nos seus estudos quatro categorias: o novo-idoso (entre 65 e 74 anos de idade); o médio-idoso (entre 75 e 84 anos de idade); o idoso-idoso (entre 85 e 99 anos de idade) e por último, o idoso muito idoso (idade superior a 100 anos de idade).

Nos países em desenvolvimento, o indivíduo é considerado idoso a partir dos 60 anos de idade ou mais, ao contrário nos países desenvolvidos o indivíduo é considerado idoso quando tem 65 anos ou mais. Todavia, por forma a haver comparações mais diretas entre todos os países, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como idade referencial os 65 anos de idade, sendo que destes 65 anos aos 79 anos são categorizados de “idosos” e a partir dos 80 anos categorizados de “muito idosos.”

Neste contexto, a extensão da esperança de vida é marcada a partir do momento em que o indivíduo atinge os 65 anos, idade intimamente associada à reforma e, socialmente, à idade da velhice.

Os nossos dias são contados a partir da idade cronológica, isto é, desde o nascimento, que a passagem pela vida é acompanhada pela sequência de números.

Como refere Costa (1998) citamos: *“todos nós, dentro da nossa cultura, nascemos em determinado dia, mês e ano, e isso nos fornece uma idade real, tomando por base a comparação (subtração) da data de nascimento com a data atual. Portanto, a idade cronológica é aquela que consta a partir da nossa certidão de nascimento e que não pode ser negada (presumindo-se a veracidade dos dados constantes nessa certidão”* (p. 32).

A ênfase que se confere à idade cronológica resulta, essencialmente, de diversas mudanças e preocupações de cariz social e individual. Estas devem ser ponderadas no sentido de uma renovada compreensão na última fase do ciclo de vida familiar.

4.2. Idade biológica

A idade biológica corresponde ao estado orgânico e funcional de todos os órgãos, aparelhos e sistemas em diferentes fases da vida de cada ser humano.

Neste sentido, há que compreender as teorias biológicas que asseguram e explicam que o envelhecimento é o resultado da interferência de diversos fatores, como intrínsecos e extrínsecos, ou seja, dependem não só da herança genética (aquela que determina a longevidade), mas também de fatores externos ou ambientais, socioeconómicos e profissionais. Quer isto dizer, mais concretamente da exposição à radiação, à poluição, à ansiedade ou stress, assim como da alimentação. Apesar de sabermos que a incidência das doenças (infecções, doenças crónicas, doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, etc.) emergem de forma mais acentuada nesta fase da vida, existem outros fatores como sejam (os) de obesidade, de hábitos tóxicos como o tabaco e o álcool, que contribuem de forma negativa para o processo de envelhecimento.

Desde modo, existem ritmos diferenciados, sendo bastante evidenciados em todo o processo de envelhecimento, pois variam de indivíduo para indivíduo. Este processo é caracterizado por constantes e sucessivas modificações que provocam a diminuição das capacidades funcionais assim como da adaptação ao meio ambiente.

Segundo Shephard (1997) o envelhecimento é um processo biológico no qual as alterações determinam mudanças estruturais no corpo modificando as suas funções. As

mudanças biológicas têm assim implicações no meio ambiente, onde de acordo com as normas, os valores e os critérios da sociedade e da cultura na qual a velhice acontece.

Fontaine (2000, p. 23), afirma que, citamos: “*a idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz.*”

4.3. Idade psicológica

Durante décadas, o envelhecimento biológico esteve intimamente relacionado com o envelhecimento psicológico, atribuindo-se-lhe alguma semelhança enquanto processo de sucessivos períodos de crescimento, culminância e declínio. Contudo, a pessoa idosa, não comprometida psicologicamente era entendida como aquela que ainda “vive” e quer continuar a viver em plenitude, usufruindo de tudo aquilo que a sua vida lhe reserva, tentando sempre dar resposta mediante as suas limitações/capacidades.

O envelhecimento psicológico é evidenciado por um processo dinâmico e complexo, muito influenciado por fatores individuais que se iniciam com um declínio lento e acentuado nas habilidades que o indivíduo desenvolvia anteriormente.

Ao longo da vida, o envelhecimento psicológico envolve, precisamente, ajustamentos individuais relativamente à ocorrência de mudanças no *self*, decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (levando, por vezes, à institucionalização).

Deste modo, as capacidades adaptativas, como a motivação e a aprendizagem que cada indivíduo possui, diferem de indivíduo para indivíduo relativamente à capacidade em adaptar-se ao meio ambiente que o circunda. Tais diferenças constituem uma componente essencial do desenvolvimento psicológico na velhice, sendo provocadas pela diferente combinação de fatores e características biológicas, psicológicas e sociais, assumindo cada uma delas por si e em conjunto, um papel crucial no processo de envelhecimento.

No que respeita às alterações psicológicas na pessoa idosa, podemos dizer que passam pela própria capacidade de se aceitar como indivíduo em fase de envelhecimento, por um certo declínio na manifestação da sua afetividade, emoções,

desejos e / ou interesses, receio pela mudança, por aquilo que é novo, mantendo apego a valores, costumes e normas já interiorizadas.

Surgem alterações a nível da memória, concretamente, na memória de fixação, acabando por esquecer os nomes das pessoas, de objetos, ou até mesmo da noção temporal ou espacial. É também notória a diminuição da percepção, concentração, raciocínio, criatividade, capacidade para o pensamento abstrato, auto estima, tendo como consequência a própria desvalorização pessoal.

Ao longo do processo individual de envelhecimento, o idoso tem tendência para o isolamento e introspeção, para o aumento da ansiedade associada à morte, doença ou perda de laços sociais e familiares, acabando assim por demonstrar comportamentos de regressão, ou seja, de infantilidade, ou mesmo apresentando quadros depressivos e alterações de humor.

4.4. Idade social

O envelhecimento social, é entendido como a idade é primordial no desempenho de papéis e comportamentos esperados para as pessoas de certa idade. Nesse sentido, as experiências da velhice podem variar num determinado momento histórico de cada sociedade, dependendo de um conjunto de circunstâncias económicas e sociais.

Assim, de acordo com os estudos de Santos (2002, pp. 35-36) a idade social refere-se aos papéis e hábitos do indivíduo em relação ao seu grupo social, podendo avaliar-se através de padrões comportamentais, como por exemplo, no desempenho de funções sociais.

Concluindo, com as palavras de Zimerman (2000, p. 21), em que *“Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas. É importante salientar que essas transformações são gerais podendo se verificar em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características*

CAPÍTULO II - SOLIDÃO

1. Conceito de Solidão

Atualmente, as investigações realizadas nas áreas da gerontologia, gerontopsiquiatria e geriatria, baseadas em estudos do envelhecimento humano, assumem uma crescente relevância e pertinência motivadas pelo aumento significativo do número de pessoas idosas a nível mundial, mais propriamente no que concerne aos países industrializados.

Estima-se que, nos próximos anos, um quarto da população mundial seja constituída por idosos, com uma forte tendência para o aumento da esperança de vida de uma forma mais generalizada e progressiva nos países em vias de desenvolvimento como também nos países ditos de terceiro mundo.

Apesar de esta temática ter vindo a suscitar cada vez mais interesse, o seu estudo, relativamente à população idosa portuguesa, tem sido escasso, sendo ainda diminuto o número de trabalhos elaborados.

A solidão, enquanto problema de relacionamento social, tem vindo a ser alvo de múltiplos interesses no mundo ocidental, mas só muito recentemente os investigadores sociais atuais começaram a explorar a sua origem.

Os fatores que explicam as razões pelas quais só há pouco tempo se iniciaram tais investigações, têm a ver com o facto de o estudo da solidão poder ser entendido como um estigma associado à realização do trabalho científico dos investigadores e ser, do mesmo modo, entendido como um problema pessoal. Assim sendo, verificar que, ao invés de outros temas de estudo, a solidão que ocorre na vida quotidiana dos indivíduos não pode ser, facilmente, manipulada num laboratório em condições controladas.

Podemos, então, considerar a solidão como um fenómeno cuja amplitude e complexidade do seu significado se traduz, no facto das relações sociais estabelecidas serem insuficientes, e não em função das expectativas individuais, ou seja, a perceção subjetiva experienciada por todos os indivíduos perante a frequência dos contactos sociais.

Existe, assim, uma discrepância face ao tipo de relações sociais que desejamos e ao tipo de relações que temos. Todo este contexto, baseado em aspetos psicossociais,

manifesta-se em sentimentos de inferioridade e diminuição da autoestima bastante profundos e sentidos: para uns através de sentimentos de alienação e de isolamento, e para outros, como falha no relacionamento social.

Hoje em dia, a solidão constitui um dos problemas com maior evidência nas nossas sociedades, pois que é no grupo das pessoas idosas que este fenómeno atinge maiores proporções e exerce uma profunda influência nos estados emocionais da doença, da apatia e mesmo da insegurança.

Para melhor compreendermos este fenómeno em estudo, e tendo-se reconhecido que existem abordagens teóricas e metodológicas diversas, torna-se necessário definir o conceito de solidão apesar de, para Neto (2000) não existir nenhum conceito que seja, universalmente, aceite pelos especialistas. As diferentes teorias surgem como reflexo de aspetos específicos em que a solidão que tem sido contextualizada ao longo dos tempos, assenta em abordagens psicodinâmicas, cognitivas, existencialistas. De acordo com o mesmo autor Neto (2000), citando Peplau e Perlman (1982), nas definições que lhes são atribuídas, são notórios três aspetos comuns:

- as formas deficientes de relacionamento social;
- a experiência subjetiva psicologicamente desagradável, não estando relacionada com o isolamento;
- por último, e a insatisfação com o número ou qualidade dos contactos.

De acordo com Peplau e Perlman (1982, cit. por Neto, 1992) a solidão, citamos: *“é uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente nalgum aspeto importante, quer quantitativamente quer qualitativamente”*.

Partilha da mesma opinião DJong-Gierveld (1989 in Neto, 2000) quando perspetiva a solidão como, *“um hiato entre as relações interpessoais concretizadas e desejadas”* (p.322), constituindo-se a maior parte das vezes como experiência desagradável e intolerável.

Sousa, et al. (2004) afirmam que, citamos *“a solidão é uma noção sentimental subjetiva, refere-se à percepção de privação de contactos sociais ou falta de pessoas disponíveis ou com vontade de partilhar experiências sociais emocionais. Essencialmente, trata-se de um estado em que o sujeito tem potencial vontade para interagir com os outros, mas não o faz. Há uma discrepância entre o desejo e a realidade das interações com os outros”* (p. 39).

De acordo com Horowitz, French & Anderson (1982) o indivíduo que apresenta um estado de solidão, descreve-o como estando isolado, não amado, evitando o relacionamento social. Muitas vezes a depressão é caracterizada por um sentimento de inferioridade, onde predomina o pessimismo, a ausência de esperança e a frustração.

Neste contexto constata-se, ainda, “*a dificuldade que o idoso tem em relacionar-se com os outros, concretamente em fazer amigos, em apresentar-se a alguém novo e em participar ativamente em diversas atividades de grupo*” (Horowitz, French, & Anderson, 1982). No entender deste autor, perante os fracassos interpessoais, a pessoa idosa pensa possuir menor habilidade e menor capacidade em termos de competências. Todavia, aqueles que não sofrem do sentimento de solidão, atribuem-no à sua própria personalidade, isto é, aquela que sempre foi a sua maneira de ser. Os indivíduos que vivem a solidão dia-a-dia têm dificuldades na resolução de problemas, apresentando menor capacidade para os resolver (Horowitz, French, & Anderson, 1982).

Apesar de a solidão ser sentida e vivenciada de maneira diferente de indivíduo para indivíduo, a solidão é entendida como o estado característico de quem está só, concretamente de quem vive o isolamento (Fernandes, Luft, & Guimarães, 2000).

Apesar de este sentimento estar presente nas diferentes fases da vida do ser humano, pode ocorrer com mais frequência, fundamentalmente, na fase de envelhecimento. Alguns estudos realizados acerca deste fenómeno, têm constatado que tanto os fatores psicológicos como os fatores sociais têm contribuído de forma significativa para o seu surgimento, bem como os estados de depressão, o luto, o isolamento social e o abandono (Goldfarb, 1998; Guidetti; Pereira, 2008; Prezo; Portella, 2003; Porto; Koller, 2006; Worden, 1988).

Facilmente se conclui que o ser humano tanto tem a necessidade de estar só (Buchholz & Helbraun, 1995), como a necessidade de apego (Bowlby, 1969/1990). Segundo Fromm-Reichmann (1959) contrariamente ao sentimento de solidão, descrito como sendo uma experiência negativa, estar só pode ser entendido como um estado positivo.

Querer estar só, define-se a partir da necessidade que o indivíduo tem em se retirar tanto psicológica como fisicamente, por forma à sua mente se reorganizar e encontrar o bem-estar (Buchholz & Helbraun, 1995).

Tem-se verificado que, apesar de a solidão ser sentida e vivenciada de maneira diferente de indivíduo para indivíduo, este sentimento de mal-estar, provoca por vezes, insatisfação social e instabilidade emocional. É uma experiência penosa associada a

uma necessidade de intimidade não satisfeita, relativamente a relações sociais, sentidas como insuficientes ou não satisfatórias. A solidão não é sinónimo de isolamento, mas sim uma reação pessoal face a uma determinada situação. Tal situação, poderá representar um risco importante para a pessoa idosa. Com o avançar da idade, vão surgindo problemas de saúde que, paralelamente às alterações sociais, diminuem a auto estima e aumentam a sensação de solidão e isolamento. A nível dos órgãos sensoriais, as dificuldades de audição vão, gradualmente, limitando o convívio e a proximidade em termos de conversação e relacionamento enquanto as dificuldades de visão começam por restringir deslocações ao exterior. Também, as dificuldades de locomoção sofrem algumas mudanças, pois os passos tornam-se mais curtos, lentos e inseguros, o que origina na maior parte das vezes uma tendência para a ocorrência de quedas. Deste modo, pessoa idosa vai perdendo a autonomia funcional e conseqüentemente, aumentar o empobrecimento da rede social.

Neste contexto podem degenerar-se dimensões psicopatológicas, como o risco de problemas psíquicos e físicos contribuindo para estados depressivos e para o suicídio.

De acordo com Capitanini (2000, citado por Rigo & Teixeira, 2005) a solidão na velhice aumenta, essencialmente, quando as perdas psicossociais, como a reforma ou viuvez, se manifestam ao mesmo tempo que as limitações físicas.

Através de um inquérito, direcionado à população em geral, Rubenstein e Shaver (1982, cit. in Neto, 2000) puderam concluir que as pessoas, quando estão sozinhas, apresentam um leque variado de sentimentos tais como a depressão, o desespero, a autodepreciação, o aborrecimento, o receio de desamparo e o abandono.

Deste modo, e segundo Neto (2000), ao longo dos tempos tem sido possível identificar outras formas de solidão associadas a um conjunto alargado de sentimentos conforme tivemos ocasião de demonstrar anteriormente.

2.2. Solidão Social e Solidão Emocional

A solidão é um sentimento que atinge todas as idades, no entanto, progressivamente, com o avançar da idade sente-se com maior persistência, nalguns momentos. Assiste-se, paralelamente, ao envelhecimento humano, ao afastamento da família, à morte do cônjuge, à diminuição da participação na comunidade, o que pode contribuir para o desenvolvimento de sentimentos subjetivos de solidão, acrescidos de

uma maior dificuldade, quer em relação à integração social e familiar, quer em relação à saúde física e psíquica.

A forma como o indivíduo lida com a solidão, tem a ver com a cultura em que está inserido, com o local onde reside, com a participação ou não na comunidade, com a experiência de vida e com a idade (Roka CH, Bacanlı, & Rambran, 2000).

De acordo com Ussel (2001, cit. por Fernandes, 2007) é necessário ter em consideração dois eixos fundamentais que estruturam e definem a existência do ser humano: por um lado o trabalho, por outro lado a família. Deste modo, significa que, ao ocorrer alguma alteração ou transformação num destes dois eixos ou em simultâneo, pode-se desencadear um leque diversificado de problemas, quer sejam eles a nível instrumental, quer a nível emocional, concretamente ao sentimento subjetivo de solidão.

O investigador, Weiss (1973, cit. por Neto, 1992, 2000) caracteriza neste aspeto a solidão a partir dos conceitos de *solidão social* e de *solidão emocional*.

Com efeito, estes dois conceitos permitem compreender melhor as transformações e mudanças a nível das relações estabelecidas entre os idosos e os seus pares.

O primeiro conceito – solidão social – é caracterizado pelo sentimento da falta de sentido na vida, quer isto dizer, pela insatisfação decorrente da ausência ou diminuição de relacionamentos significativos e laços sociais, quer sejam superficiais ou íntimos, como amigos e/ou pessoas conhecidas, colegas de trabalho, vizinhos. Portanto, resultante da ausência de uma ampla rede social de ligações onde se podem partilhar interesses e atividades. Todo o indivíduo que experiencia a solidão social não se sente como membro de uma determinada comunidade, ou que tem amigos ou aliados em quem confiar os seus problemas.

A solidão emocional é caracterizada pela insatisfação de si próprio, aquilo que cada um sente relativamente a si mesmo. Porém, é evidente o facto de não existirem pessoas com as quais estejamos, emocionalmente, comprometidos ou ligados afetivamente, pela perda de amigos íntimos ou mesmo confidentes.

Segundo Weiss (1973) a solidão é, citamos “*um sentimento que consiste no isolamento emocional que resulta da perda ou inexistência de laços íntimos e do isolamento social, com a conseqüente ausência de uma rede social com os seus pares*” (Monteiro & Neto, 2008,p.87). Do mesmo modo, este autor, afirma também que é um estado emocional que provoca no indivíduo a forma mais dolorosa de isolamento.

Mais sucintamente, e de acordo com um estudo realizado por Russell et al. (1984 cit. por Neto, 2000) pode-se afirmar que a solidão social está associada à falta de amizade e, do mesmo modo, a estados de carência afetiva, onde a solidão emocional se baseia na ausência de um companheiro(a) com quem se partilham relações íntimas. Deste modo, são experiências subjetivas diferentes.

3.3. Causas e consequências da solidão

Se na antiguidade, o velho era entendido como um sábio, um conselheiro e um ser respeitável, nos tempos atuais é percebido de um modo bem diferente, sendo sinónimo de doenças, de diminuição de funções, e capacidades e de perdas.

Ao longo do percurso normal da vida de um indivíduo, assiste-se a um conjunto variado de transformações, quer isto dizer, mais concretamente ao nível físico, psicológico, social e interpessoal. Paralelamente, e de acordo com Morales & Moya (1996, in Monteiro & Neto, 2008) a solidão está intrinsecamente ligada às características da própria personalidade, como a timidez, a ansiedade, a introversão, etc.; às da auto estima baixa; às competências sociais, como sejam o comportamento tímido e acanhado na relação com os outros; mas também às características sócio demográficas como a idade e o estado civil.

Durante algumas décadas, o envelhecimento biológico esteve, intimamente, ligado ao psicológico, devido à sua semelhança enquanto processo e aos sucessivos períodos de crescimento, culminância e declínio o que obriga o indivíduo a adaptar-se a novas realidades com que se depara no seu quotidiano. Todavia, as perdas vão aumentando, assim como a modificação da aparência, perda da vitalidade, perda de atividade, diminuição da acuidade sensorial, perda da libido devido à diminuição do fluxo hormonal, perda de reflexos e elasticidade muscular, ou mesmo perda de agilidade e mobilidade. Em paralelo assiste-se a um declínio lento e acentuado na manifestação da sua afetividade, emoções, desejos e/ou interesses, receio pela mudança, por aquilo que é novo, mantendo apego a valores, costumes e normas já interiorizadas.

Assim, ao longo do seu processo de envelhecimento o indivíduo para além de se acentuarem algumas perdas relacionadas com os aspetos biológicos, acresce ainda uma

maior predisposição para as doenças e, conseqüentemente, para um maior risco de dependência no sentido da autossuficiência.

Todas estas alterações ameaçam a autoestima do indivíduo, relativamente à sua individualidade física, psíquica e ou social. Representam crises, que acarretam um leque de sentimentos de frustração e tristeza, de depressão, de ansiedade e também de afastamento. Todo este antagonismo provocará alterações psicossociais no indivíduo, sendo que, uma das maiores preocupações do idoso é sem dúvida a morte, pois que ao perderem as suas capacidades físicas e psicológicas, começam a surgir doenças, levando a que o idoso se sinta desprotegido, afetado e inseguro. Naturalmente, o estado emocional do indivíduo também se altera, começando por surgirem neste, sentimentos de solidão: normalmente mais intensos em indivíduos sem família, solteiros, viúvos ou doentes e com dificuldades económicas o que implica dificuldades de comunicação. Aliás, Costa (2009), afirma que os lamentos e/ou queixas manifestados pelas pessoas idosas estão relacionados com a redução progressiva de interação com os outros e com o isolamento social ou, melhor dizendo, com a solidão. Seguindo a mesma linha de pensamento, Figueiredo (2007) considera que uma rede social alargada não traduz, necessariamente, a existência de relações de proximidade ou até ausência de solidão, assim como viver só, não significa estar só e sentir-se só. Todavia, a maior parte das pessoas idosas que vivem isoladas vivem sós.

Toda a evidência empírica e visível aos nossos olhos, sustenta que a estrutura familiar desempenha um papel fundamental como suporte social e emocional ao longo do ciclo de vida, acentuando-se até, no percurso de vida do indivíduo de uma forma mais avançada, quando este se desvincula do mundo do trabalho.

Quando este atinge a reforma, independentemente da sua vontade, esta marca de forma considerável a deterioração de determinadas relações sociais significativas, nomeadamente a perda do papel social ativo no que concerne à atividade profissional, a perda de importância e de valor, e mesmo o sentimento de prestígio, de poder e de equilíbrio. Associada à reforma acresce, ainda, a perda de poder económico e a perda de contactos sociais, restringindo-se, deste modo, a rede social do idoso à proximidade familiar, ou seja, à família.

Num sentido positivo, a adaptação social do idoso face a este acontecimento é entendida como a oportunidade para desenvolver antigos interesses e/ou novas atividades, para além de ser para muitos, a recompensa e o descanso merecidos.

Contudo, são-lhes colocadas algumas barreiras que advêm de mitos, crenças e preconceitos relativamente às limitações das suas capacidades e aptidões e que lhes são associadas. Sabemos que na última fase do seu ciclo de vida ocorrem alterações a todos os níveis e que poderão afetar o seu modo de vida, no entanto o envelhecimento não é uma doença, mas sim uma condição associada a algumas dificuldades. Deste modo, tal como refere Cabrillo e Cachafeiro (1992) *“ninguém quer ser velho porque não oferece nenhuma vantagem”* (p. 59).

Face ao exposto e associada à velhice é evidente a inversão de papéis no seio familiar, ou seja, o indivíduo que era bem-sucedido, competente e essencialmente independente torna-se: com a redução de capacidades quer físicas, quer psicológicas, e com as fragilidades a ele associadas, impotente para enfrentar as relações com a família e com a sociedade em que está inserido.

Desta forma, as pessoas idosas conferem uma importância primordial às perdas interpessoais, concretamente à morte de familiares, quer seja ela do cônjuge, de amigos ou de colegas, causadoras de provocarem sentimentos de ansiedade e de grandes dramatismos, chegando ao ponto de começarem a conjeturarem que a sua morte está a chegar.

Nos estudos de Pimentel (2004) *“o desaparecimento de familiares próximos, que eram o principal alvo da sua afetividade, cria sentimentos de solidão e impotência. Neste contexto, por vezes a vida perde sentido e muitos limitam-se a esperar pela morte”*. (Revista Futurando)

“As perdas são frequentemente palpáveis em diversas situações como, por exemplo, desaparecimento de uma pessoa (morte), de um órgão (amputação de um membro), ou de um objeto (roubo), mas a esta perda palpável associam-se, muito frequentemente uma rede de perdas simbólicas de natureza abstrata, psicossocial, como a perda de auto estima” (Santos, 2002, p. 37).

Concluimos assim, com base na exposição anterior que, a perda é um sentimento experienciado e vivenciado como um insucesso, uma separação ou privação que afeta todas as pessoas desde o nascimento até à morte.

Neste sentido e, intimamente relacionada com a solidão, está subjacente o estado de viuvez, uma vez que revela que a relação chegou ao seu término, pois, como afirma Paúl (1991): *“está em causa a perda de uma relação que era íntima”* (p. 57).

À medida que o tempo e a idade cronológica avançam, a pessoa idosa sente-se cada vez mais só, não só pelo facto do cônjuge já ter falecido, como também de os filhos já não residirem no lar de origem. É nesta fase que a intensidade e frequência das perdas e ganhos são mais evidentes, pois é o período de auto reflexão e avaliação de todo um passado, assente em recordações, na saudade, nos momentos vividos com intimidade que vêm à tona e se perspetivam as possibilidades para um futuro próximo. No entanto, se toda a trajetória de vida se desenrolou na promoção de relações positivas sociais, familiares e de amizade, possibilitará uma velhice com maior qualidade de vida e bem-estar.

Segundo a perspetiva de Sampaio e Gameiro (1998) a família é entendida como um citamos: *“conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só: de certo modo “fazem parte da família” elementos não ligados por laços biológicos, mas significativos no contexto relacional do indivíduo”* (p. 9), ou indivíduos como a família nuclear constituída por pais e filhos, a família extensa – ou seja, alargada a várias gerações e de elementos significativos como os amigos, professores e vizinhos.

É no seio familiar que o desenvolvimento e consolidação dos laços afetivos assumem um carácter estimulante para o retomar de antigos interesses e ou concretização de novas atividades. Deste modo, é neste espaço relacional que a participação nas dinâmicas familiares, como sejam a realização de tarefas doméstica, a guarda dos netos entre outras, poderá ser entendida de forma positiva como parte de um envelhecimento ativo preenchido, de qualidade e bem-estar. Assim, a participação ativa na dinâmica da interação poderá ser uma experiência gratificante.

Por outro lado, é na família e, conseqüentemente, nos respetivos membros que dela fazem parte, que assistimos aos movimentos de evolução e desenvolvimento ao longo de cada fase e transição de etapa do ciclo de vida.

Apesar de tudo, as mudanças sociais que têm ocorrido na vivência familiar nos últimos tempos, têm sido para alguns investigadores, objeto de intensos debates e paralelamente, de grandes preocupações pela complexidade que apresentam nos diferentes matizes contextuais. Neste sentido, o conceito de família apresenta-se às ciências sociais e humanas com carácter polissémico e bastante complexo.

Talcott Parsons (citado por Segalen, 1999) considera que a mobilidade social é condição e, conseqüentemente, causa do desenvolvimento económico no que concerne à rutura dos laços de parentesco.

Ao longo do tempo, quer a unidade conjugal, a rede familiar extensa ou quer ainda pelos grupos de parentela, foram manifestações do sistema familiar no sentido de representarem, “*aspectos diferentes e complementares de uma instituição que tinha e tem capacidade para exigir laços de lealdade e autoridade*” (Fuster & Ochoa, 2000, p. 36).

CAPÍTULO III – REDE SOCIAL

1. Conceito de Rede Social

O conceito de rede social define-se a partir das relações humanas e sociais, sendo estruturada através de comportamentos do dia-a-dia e mobilizada numa determinada circunstância, por forma a refletir-se na integração social do indivíduo.

Para Ross Von Speck (1990) a rede social é entendida como, citamos: “um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas, capazes de trazerem uma ajuda e um apoio tão reais como duradouros a um indivíduo ou a uma família.” (cit. in Elkaim et al. (1995). *Las Practicas de la Terapia de Red: Salud mental y contexto social* 2ª ed., Barcelona , Gedisa Editorial, p.24)

Numa visão mais abrangente, Attneave e Speck (1990, *cit in* Abreu, 2000, p. 22) refere para além do núcleo familiar, leque de amigos e pessoas próximas como os vizinhos, “colegas de trabalho e todos aqueles que, pertencentes a uma igreja, escola, organização assistencial ou qualquer tipo de instituição, atribuem uma ajuda significativa e demonstram capacidade e vontade de assumir o risco que implica participação.”

Os relacionamentos sociais abrangem sentimentos que proporcionam hábitos saudáveis e bem-estar psicológico. Como suporte emocional estimulam o sentido e coerência de vida.

Segundo Maia (2002) torna-se necessário saber como são estabelecidos os relacionamentos entre si, para compreender e explicar o posicionamento social que cada um ocupa em relação a outros indivíduos dentro de um sistema ou subsistema. Esses relacionamentos que poderão ser alargados ou não e variarem de intensidade, permitem perceber se vão para além dos vínculos diretos (dependências decorrentes de laços familiares). Assim, quanto maior é o número, a quantidade e intensidade de relacionamentos maior será a rede social.

2. Redes Sociais de Apoio

Na literatura acerca das redes, encontram-se, frequentemente, termos interessantes e com aspetos muito semelhantes, como rede de suporte formal ou informal, suporte social e emocional, redes sociais de apoio.

Neste contexto, é de salientar que a questão da relevância das redes sociais de apoio na velhice têm vindo, ao longo dos tempos, a revestir-se de importância crucial. No entanto, só a partir do início dos anos 70 este conceito começa a constituir-se como referencial teórico consistente.

Se, por um lado, a psicologia veio contribuir para o desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais, por outro, as investigações empíricas realizadas por diversos autores vieram demonstrar que as redes sociais atenuam as consequências negativas do stress e abriram caminho para o desenvolvimento desta concetualização. Deste modo, o papel dos processos relacionais tem uma grande influência sobre a saúde e bem-estar do indivíduo.

No campo social, as investigações de Caplan (1974) desenvolveram o conceito de sistema social com enfoque para a assistência e fornecimento/atribuição de recursos. Também, acerca da dimensão emocional, Cobb (1976 in Ribeiro, 1999), define suporte social como *“informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas”* (p. 547).

Um leque de questões ligadas à abrangência das redes de apoio social tem dificultado a aceitação universal da definição do seu conceito. Tendo em conta uma visão ampliada é necessário analisar e compreender pontos de vista sugeridos por alguns investigadores.

Para Barrón (1996), a definição de apoio social assenta num “conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre indivíduos”. Como tal, é um processo dinâmico que tem como finalidade a promoção da assistência, relativamente ao bem-estar físico e psicológico dos indivíduos, garantindo-lhes melhor qualidade de vida.

Com efeito, atualmente, o suporte social tem tido um impacto bastante relevante e indiscutível na área da psicologia da saúde, sendo considerado uma variável na dimensão social quer dos indivíduos quer dos grupos.

A década de 70 foi marcada, essencialmente, por investigações que referiam um leque variado de benefícios na saúde do indivíduo através do suporte emocional prestado quer dos profissionais de saúde, quer de outras áreas assistenciais (Auerbach & Kilman, 1977; Whitcher & Fisher, 1979, citados por Sarason, Sarason & Pierce, 1990).

Para Kessler et al., (1985), no domínio específico da saúde, o suporte social explica-se através das relações interpessoais pois, têm a capacidade de proteger o indivíduo, relativamente aos efeitos causados pelo stress e, do mesmo modo, pela ansiedade sentida.

Assim, para Rodin e Salovey (1989), o suporte social tem um papel positivo de atenuar situações de grande stress, bem como de ansiedade, de recuperar na doença e inibir o desenvolvimento de doenças.

O suporte social pode, então, comportar uma apreciação subjetiva social traduzida pela perceção que o indivíduo possui face à satisfação com a dimensão social possível, das relações interpessoais. Deste modo, consideraram-se benéficas quando os indivíduos as percebem como disponíveis em resposta ao mais desejado. Pode, também, comportar uma apreciação objetiva social no que diz respeito ao número de amigos, à frequência de contactos estabelecidos, à intensidade desses mesmos contactos, a existência ou não de amigos mais íntimos e contactos com outras pessoas que pertençam a outro tipo de rede social, como os vizinhos, por exemplo.

Alguns investigadores, ao versarem acerca da perceção do suporte social e da avaliação da sua satisfação, sublinham com relevância a associação destas a determinadas características da personalidade do indivíduo (Cohen et al., 1985; Cutrona

& Russell, 1987; Sarason et al, 1987) desenvolvidas na fase da infância aquando do processo de vinculação aos pais (Sarason, Sarason & Shearin, 1986) tais como a motivação para o contacto social (Hill, 1997; Pinheiro, 2003), a extroversão (Sarason & Sarason, 1983; Pinheiro, 2003; Pinheiro & Ferreira, 2002), as competências sociais (Sarason et al, 1987) entre outras.

3. Rede de Suporte Social Percebido e Recebido

Cramer, Henderson e Scott (1997) definem os conceitos de suporte social *percebido* e o suporte social *recebido*. O primeiro refere-se ao suporte social como convicção que o indivíduo percebe como disponível se necessitar dele, ou seja, como sendo satisfatório ou que lhe serviu de ajuda e o segundo como suporte social, efetivamente, recebido.

Também, Singer e Lord (1984) afirmam que o suporte social pode ser entendido em termos de quem o recebe, ou seja, recebido como informacional, emocional e material, e de quem o fornece como pessoal e interpessoal, ou seja, fornecido por familiares, amigos, vizinhos. Poderá ser, ainda, de tipo formal ou profissional. O primeiro fornecido por organizações e associações e o segundo em termos de consultas e terapias.

Dunst e Trivette (1990) defendem que o suporte social refere-se, essencialmente, aos recursos que durante o percurso de vida estão ao dispor dos indivíduos (como família, amigos, vizinhos, conhecidos) e das unidades ou grupos sociais (clubes, igreja, entre outros) face aos pedidos de ajuda e assistência.

Neste contexto, as redes informais e formais compõem a estrutura das relações sociais, tendo em conta que nas primeiras estão incluídos os indivíduos com quem se estabelece um relacionamento próximo e afetivo, como a família do próprio idoso, os amigos, vizinhos, os colegas de trabalho, e nas relações formais estão compreendidos os serviços do Estado através da Segurança Social e os serviços organizados pelo poder local, concretamente, Lares, Centros de Dia, Apoio Domiciliário, entre outros.

De uma forma sucinta e de acordo com Grand e Pous (1988, cit. in Imaginário, 2008) as relações sociais estabelecidas entre a família, amigos e vizinhos, “ *incluem atividades relacionadas com o bem-estar físico, psíquico e emocional do indivíduo, podendo abranger desde o apoio emocional, económico, instrumental e variam de intensidade e regularidades, consoante o ciclo de vida individual*”

Nesta perspetiva, a perceção pessoal de cada indivíduo acerca do apoio social percebido assenta na subjetividade e individualidade, ou seja, nas relações sociais estabelecidas, bem como na sua própria personalidade.

4. Redes Sociais Primárias e Secundárias

Para diversos autores, o apoio social não é só uma construção teórica mas um processo dinâmico e bastante complexo, pois envolve um conjunto de transações não só entre indivíduos, mas também entre as suas redes sociais.

No que concerne aos diferentes componentes, dimensões, funções e aspetos do suporte social, para a maioria dos investigadores é considerado multidimensional podendo, através da aplicação de instrumentos de medida psicossocial, ser avaliado com rigor e objetividade relativamente ao domínio científico.

Segundo Dunst e Trivette (1990) existem cinco **componentes** interligadas entre si: componente *constitucional* (incluem as necessidades de acordo com o suporte existente), componente *relacional* (estatutos familiar e profissional, o tamanho da rede, a participação em organizações sociais), componente *funcional* (tipo de suporte disponível, como o emocional, informacional, instrumental, material, a qualidade do suporte), componente *estrutural* (proximidade física e psicológica, regularidade de contactos estabelecidos, nível da reciprocidade e consistência da relação), componente de satisfação (utilidade da ajuda).

Estes autores sugerem, também, seis **dimensões** relativamente ao suporte social no sentido de as considerarem importantes para o bem-estar do indivíduo: o tamanho da rede, a existência de relações sociais (desde aquelas que são mais particulares até à pertença de grupos ou organizações), frequência de contactos (o número de vezes que o indivíduo contacta com os membros da rede social), necessidade de suporte expressa pelo indivíduo, tipo e quantidade de suporte disponibilizado), a congruência no que diz respeito à harmonia entre as necessidades do indivíduo e suporte social disponibilizado, utilização das redes sociais, dependência e confiança nas redes sociais quando necessita, reciprocidade entre o suporte social recebido e o fornecido, proximidade (a proximidade sentida para com os membros que disponibilizam o suporte social) e por último a satisfação, ou seja, a ajuda que o indivíduo sente no que diz respeito ao suporte social.

Ao longo dos tempos, as investigações têm demonstrado que, quer os componentes, quer as dimensões têm impactos positivos diferentes relativamente ao

grupo etário. Para Olsen et al. (1991) o cônjuge tem uma influência muito grande no grupo etário dos 30 a 49 anos de idade e a família no caso dos jovens e idosos. Vilhjalmsson (1994) afirma que a grande fonte de suporte social nos adolescentes são a família, concretamente os pais. De uma forma mais sucinta, e após um estudo com jovens, Ribeiro (1994a) vem confirmar que, para a população portuguesa, o suporte social mais relevante e de extrema importância é a família.

No entanto, torna-se necessário diferenciar as redes familiares das redes de amigos, pois segundo Litwak (1981) entende-se a primeira sendo “involuntária” no sentido de que é imposta ao indivíduo como obrigação, e a segunda como uma escolha própria e voluntária contribuindo positivamente para a satisfação e qualidade de vida da pessoa idosa.

Deste modo, e de acordo com Pinheiro (2003), o papel dos pais, amigos e colegas contribui, benéficamente, em termos emocionais, instrumentais e informativos para o desenvolvimento e bem-estar psicológico (satisfação com a vida, equilíbrio emocional e afetivo, otimismo, entre outros) na adaptação do estudante ao ensino superior.

As redes sociais constituídas por familiares e amigos próximos que circundam o indivíduo demonstram ser suportes capazes de atenuarem situações de ansiedade.

Todavia, ao longo do percurso de vida, observa-se que, na fase adulta inicial, compreendida entre os 20 e os 40 anos de idade, as redes sociais assumem uma maior amplitude.

Apesar de existirem aspetos divergentes para alguns investigadores face à análise das funções do apoio social, para a grande maioria existe um leque de pontos em comum e consensual mais abrangente.

Assim, para Barrón (1996), o papel integrador do indivíduo tem por base o apoio emocional, no qual o indivíduo sente apoio e reciprocidade para falar com alguém que demonstre disponibilidade, fomentando sentimentos de bem-estar afetivo, apoio material e instrumental, caracterizado por ações vindas de outras pessoas a fim de resolver trabalhos práticos (realização de tarefas, como limpeza da casa, preparação de refeições, entre outras) da vida diária. O apoio material só se torna, verdadeiramente, efetivo quando o indivíduo recetor entende esta ajuda como apropriada e, por último o apoio de informação quando recebem orientações, conselhos, sugestões para melhor compreenderem e ajustarem-se à sua realidade, facilitando a tomada de decisões.

O mesmo autor considera que os efeitos do apoio social traduzem-se num efeito direto no que respeita ao bem-estar físico e psicológico e um efeito protetor em situações que induzem ansiedade.

5. A família

A utilização do conceito de família é bastante diversificada uma vez ser um indicador de complexidade de relações.

A família é o "espaço ao mesmo tempo físico, relacional, simbólico (...) lugar privilegiado de construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais (...) a família não é um simples terminal passivo de mudança social, mas um dos atores sociais que contribuem para definir as formas e os sentidos da própria mudança social, ainda que com diferentes graus de liberdade e segundo as circunstâncias (...) Lugar em que os dois sexos se encontram e convivem, a família é também o espaço histórico e simbólico, no qual e a partir do qual se desenvolve a divisão do trabalho, dos espaços, das competências, dos valores, dos destinos pessoais de homens e mulheres, ainda que isso assuma formas diversas nas sociedades" (Saraceno, 1992, 12 e 14). **Pág 67 da Pimentel**

De modo a facilitar a compreensão deste estudo, torna-se fundamental clarificar a realidade concreta a que nos reportamos.

Pimentel (2005, p.67) entende "*a família como a rede alargada de parentes, como um grupo de parentes, com os quais o idoso mantém um conjunto de trocas e interações mais ou menos intensas*". É no seio familiar onde se estabelecem trocas e interações entre os elementos das redes de parentesco e se articulam vínculos e limites.

Nos nossos dias, para além da imagem vulgarizada do idoso só, triste e abandonado, existem algumas ideias pré-concebidas acerca das famílias modernas dizendo que vivem no isolamento. "*Mas, a par desta imagem, vulgarizou-se também a ideia de que, há alguns anos atrás, quando a família era uma instituição forte e estável, o idoso não era alvo de discriminação e de abandono.*" (Pimentel, 2005, p.33)

Contrariando estas ideias ou pontos de vista, a família nuclear assume um papel bastante significativo nas sociedades atuais. Apesar das alterações que têm vindo a ocorrer na estrutura e organização familiar, concretamente a nível de relações bem como a nível de distribuição de papéis e funções que desempenham, a família continua a ser o lugar privilegiado de valorização das trocas expressivas e instrumentais entre os

seus membros. É, segundo Pimentel (2005) "*a principal fonte de apoio aos idosos nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais*" (p. 15).

"O cuidado familiar prestado a idosos continua a ser de extrema importância para o bem-estar dos mais velhos, mesmo nas sociedades desenvolvidas atuais, onde continua a ser a família a assumir a imensa maioria das tarefas de apoio" (Tennstedt & Mckinlay, 1989, *in* Paúl, 2005, p. 283)

"O problema da nossa época é, então, o de compatibilizar a individualidade e a reciprocidade familiares. As pessoas querem aprender, ao mesmo tempo, a serem sós e a 'serem juntas'. Para isso, tem que enfrentar a questão de que, ao se abrir espaço para a individualidade, necessariamente se insinua uma ou outra concepção das relações familiares" (Carvalho, 2003, p.43).

Atualmente, se por um lado a família tende a afirmar-se pela autonomia e individualismo, como sejam a realização pessoal e a privacidade, por outro existe um conjunto de fatores estruturais que impedem as relações familiares e sociais de se desenvolverem (Treas & Bengtson, 1987 *in* Pimentel, 2005): o aumento de mobilidade geográfica e social que contribui para o distanciamento de contactos e relações entre os elementos que constituem a família; a precarização das condições materiais, relativamente à falta de espaço que permita a coexistência de gerações no mesmo agregado; a crescente integração da mulher no mercado de trabalho e a indisponibilidade para os papéis e funções que, tradicionalmente, lhes estavam confiadas.

Decorrente deste conjunto de mudanças, assiste-se ao declínio da família e, conseqüentemente, diminuição das relações intergeracionais, deixando esta de poder prestar assistência aos mais idosos.

Apesar dos jovens adultos sentirem a necessidade de autonomia e independência face às suas vidas, é certo que se preocupam com a vontade de ser solidário com os membros da rede de parentesco. Os idosos, também, manifestam as mesmas condições respeitando a privacidade dos filhos, por forma a não se sentirem dependentes (Finch 1996, *in* Pimentel, 2005). Assim, a norma comum é manter um relacionamento afável entre os membros da rede. "O respeito que se tinha pelos mais velhos, baseado na afetividade nascida das relações familiares, de parentesco ou de vizinhança" (Hespanha, 1993,321 *in* Pimentel 2005).

6. Os amigos

A importância das relações de amizade nas pessoas idosas tem sido objeto de pesquisas quer na área das ciências humanas quer na área das ciências sociais. Perante algumas definições e propostas conceituais, segundo Argyle, (2001) é relevante o seu papel face a um dos três tipos de relacionamento que mais interfere com a qualidade de vida, o bem-estar subjetivo e a felicidade, bem como os relacionamentos familiares e amorosos.

Fehr (1996) refere que a amizade pode ser classificada em tipos e/ou organizada em etapas. Primeiramente, os indivíduos conhecem-se (ou já são conhecidos, como colegas), de seguida, para se tornarem amigos necessitam de, nessa relação, identificarem um ganho instrumental no sentido de estarem juntos, praticarem um desporto, participarem numa atividade, ou um ganho que transmita prazer ou boa-disposição, como alegria, diversão, sentido de humor ou, por último, um ganho afetivo, que transmita lealdade e confiança. A amizade, pode então, partir de uma forma mais generalista para uma amizade mais próxima (Souza & Garcia, 2008).

Ao longo do ciclo de vida, a construção de grupos de amizade assume um lugar de destaque desde a infância até à velhice. Nesta última idade, a amizade reveste-se de um carácter heterogéneo, pois para além de amigos do mesmo sexo, têm-se muitos amigos do sexo oposto. Também é notório um grande saudosismo relativamente a amizades do passado (Shea, Thompson & Blieszner, 1998, *in* Souza & Garcia, 2008).

As relações sociais contribuem e interferem de forma saudável no bem-estar e funcionamento físico e psicológico das pessoas idosas, constituindo-se como suporte emocional.

Existem algumas pesquisas envoltas neste tema que referem que a amizade é o contributo essencial para o bem-estar emocional na velhice, manifestando-se quer através do apoio e companheirismo na vida quotidiana, quer através de ajuda na mudança de circunstâncias e adaptação à velhice ou em situações de maior embaraço que produzam stress ou ansiedade. No entanto, nem todas as pessoas idosas têm amigos disponíveis que possam preencher estas funções. (Stevens, 2001).

De acordo com Fredrikson & Cartensen (1990) as pessoas idosas são seletivas relativamente à escolha dos seus relacionamentos sociais, dando preferência aos mais

próximos como a família, em detrimento de novas amizades. Têm muita dificuldade em substituir amigos que vêm desde a infância e que vão morrendo.

Existem outros estudos (Bee, 1997; Cavanaugh, 1998; Phillipson, 1997) que revelam que os idosos não casados se sentem mais felizes e acompanhados com a presença de amigos do que concretamente com a família. Num envolvimento afetivo, recordam juntas memórias guardadas do passado e experienciam sentimentos tanto positivos como negativos. Quer no sexo masculino quer no feminino o número de amigos é semelhante, embora as mulheres idosas partilhem mais intimidades (Oliveira, 2008).

Assim, os amigos desempenham, visivelmente, um papel fulcral de suporte social e emocional na estrutura da rede social dos idosos.

7. Os confidentes

Para além das redes de suporte social na velhice, assentarem na família (cônjuge e família alargada), também assentam nos amigos e nos amigos íntimos ou confidentes.

Como afirma Kahan e Atonucci (1980) as redes de suporte social desenvolvem-se ao longo da vida como resultado de experiências, expectativas e significados relativos dos vários tipos de relação em que a pessoa se envolve. Elas são hierarquizadas e nos seus diversos níveis incluem-se os membros da família, os amigos, o cônjuge, os companheiros de trabalho e os profissionais com que cada pessoa se relaciona no curso de vida e em momentos específicos dela. Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006).

Ao longo do ciclo de vida, o indivíduo é ladeado de relacionamentos sociais, de pessoas próximas e significativas (confidentes) com efeito protetor em termos de apoio emocional, de auto estima e controlo de ansiedade. Com o avanço da idade, os contactos tendem a ser mantidos, procurados ou evitados privilegiando-se a qualidade afetiva ao invés da quantidade. Esta rede de relações proporciona saúde e bem-estar psicológico contribuindo para uma melhor satisfação e qualidade de vida em todas as fases por que passa o indivíduo.

Alguns investigadores debruçaram-se sobre o estudo das relações sociais tendo em conta o tamanho das redes, a composição, as funções e a sua satisfação; a presença de amigos como fonte de suporte social, o tipo de relacionamento como o grau de proximidade afetivo.

Paúl, Fonseca, Martin & Amado (2003) realizaram um estudo comparativo entre os idosos das zonas rural e urbana. Concluíram que, apesar de o tamanho da rede social ser maior nas zonas rurais e a sua constituição serem os vizinhos, o número de confidentes é menor. Poderá ser explicado pelos hábitos sócio culturais onde as relações interpessoais são mais instrumentais que intimistas, no sentido de preservar a intimidade familiar e prevenindo de possíveis conflitos. No entanto, tudo leva a crer que o reduzido número de confidentes produz efeitos negativos na qualidade de vida dos idosos. Apesar, dos idosos das zonas urbanas, concretamente as mulheres, parecerem viver socialmente mais isolados e/ou a sua rede social não ser tão alargada, possuem mais confidentes. Para estes autores este estudo vem comprovar que a qualidade das interações é bem mais importante que o tamanho da própria rede.

A pesquisa realizada por Erbolato (2004) veio a concluir-se que, através da amostrada estudada com indivíduos de ambos os sexos e idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos de idade, as redes sociais revelam-se eficazes na qualidade de vida na velhice facultando confiança, sentimentos de segurança e apoio em situações de ansiedade. Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006).

A existência de relacionamentos mais próximos e significativos em que é notório um investimento quer afetivo e solidário são uma *mais valia* ao longo da vida do ser humano.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – PLANO METODOLÓGICO

1. Objetivos

O apoio social como conceito multidimensional tem sido associado como um dos fatores intimamente ligados ao estado de saúde mental e físico do indivíduo. Perante tal constatação, a Organização Mundial de Saúde entendeu reconhecer e prevenir o isolamento social, como uma medida de promoção da saúde e do envelhecimento (OMS, 2002).

Este estudo debruça-se, essencialmente, sobre a solidão das pessoas idosas inseridas na comunidade, tendo como referência o contexto sócio demográfico. Para tal foi analisada a capacidade funcional de cada indivíduo através do Índice de Lawton e Brody. Foram também utilizadas as escalas da Rede Social de Apoio, a de Satisfação com o Suporte Social, relativamente à dimensão, à densidade da rede, à frequência e à intensidade dos relacionamentos ou contactos estabelecidos e por último, a Escala de Solidão da UCLA.

Deste modo, os objetivos principais propostos para esta investigação residem no exposto:

1. Proceder a uma descrição global da amostra, em termos de um conjunto de fatores, nomeadamente:

- Caracterizar a população-alvo da pesquisa quanto às variáveis sociodemográficas;
- Descrever a capacidade funcional dos idosos inseridos na comunidade;
- Determinar o grau de apoio social que o idoso recebe da família;
- Determinar o nível de satisfação com o suporte social;
- Caracterizar os níveis percebidos de solidão.

2. Caracterizar a Rede de Apoio Social, Satisfação com o suporte social e Solidão percebida por idosos residentes na comunidade, em função de um conjunto de variáveis sociodemográficas.

3. Averiguar as relações entre o nível de Funcionalidade, a Rede de Apoio Social, a Satisfação com a Rede de Apoio Social e os níveis de Solidão percebidos por idosos residentes na comunidade.

2. Participantes

Procurando responder aos objetivos da investigação que norteiam este trabalho, as entrevistas foram realizadas a 50 pessoas idosas, tendo como abrangência a área de estudo os distritos de Leiria e Santarém.

3. Instrumentos de avaliação

Para a realização desta investigação quantitativa, e a fim de dar resposta aos objetivos anteriormente delineados, recorreu-se à utilização de instrumentos de avaliação capazes de avaliar domínios e variáveis consideradas. Assim, os instrumentos selecionados para a recolha de dados foram um questionário sociodemográfico, o Índice de Lawton e Brody, a Escala de Rede Social de Lubben, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e, por último, a Escala de Solidão da UCLA.

Seguidamente, passaremos a descrever pormenorizadamente cada um destes instrumentos.

3.1. Questionário sociodemográfico

O instrumento inicial selecionado e utilizado para este estudo tem como finalidade descrever, compreender e avaliar o perfil sociodemográfico. Com efeito, envolve um questionário constituído por questões abertas e fechadas incidindo em variáveis sociodemográficas como sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, principal profissão, valor da pensão/reforma, com quem vive e, por último, a área geográfica onde reside presentemente.

3.2 Índice de Lawton e Brody

O Índice de Lawton e Brody (1969) tem sido amplamente utilizado para a avaliação do comprometimento das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD`s) e

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD`s). Com alguma frequência, é aplicada na investigação de algumas problemáticas relacionadas com a área da saúde ou prática clínica.

Este instrumento baseia-se na complexidade da capacidade funcional do indivíduo, pois permite avaliar o grau de dependência ou incapacidade de global ou parcial do indivíduo. A avaliação das capacidades traduz-se na capacidade de desempenho de um conjunto de tarefas de autocuidados que inclui sete atividades básicas e instrumentais, como sejam (cuidados pessoais, cuidados domésticos, trabalho/recreação/lazer, compras e gestão do dinheiro, locomoção, comunicação e relações sociais). Cada item tem quatro níveis diferentes de dependência pontuados de “0 a 3”, sendo que quanto mais elevada a pontuação, maior o número de dependência.

3.3. Escala de Relações Sociais de Lubben

A Escala de Relações Sociais (adaptação de Lubben, 1998) tem como objetivo permitir medir e avaliar, amplamente, a integração social e o risco de isolamento social através da obtenção de informações acerca da quantidade, periodicidade e intimidade (no que concerne à proximidade) relativamente aos contactos estabelecidos com a rede de suporte social. É um dos instrumentos, atualmente mais utilizados e desenvolvidos especificamente na investigação da gerontologia.

Esta escala foi desenvolvida, na década de 80, por Lubben (1988) tendo sido, inicialmente, constituída por dez itens com o objetivo de avaliar o nível de apoio percebido e do mesmo modo, recebido.

Deste modo e relativamente a este trabalho, a escala de rede de apoio social apresenta-se como um instrumento de avaliação adequado, distinguindo-se quatro componentes como a *rede familiar*, a *rede de amigos*, as *relações de confiança* e, por último, a *ajuda aos outros*. Cada uma das componentes inclui itens pontuados em cinco níveis distintos.

3.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social

Como anteriormente referido, entende-se por suporte social, citamos: “*a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*” (Sarason, et al.,

1983, p.127). Neste sentido, deve ter-se em consideração os aspetos sociais objetivos e subjetivos no que concerne ao suporte social, tais como o número de amigos, a frequência de contactos estabelecidos, a intensidade desses mesmos contactos, a existência ou não de amigos mais íntimos e contactos com outras pessoas que pertençam a outro tipo de rede social, como os vizinhos, por exemplo. Numa apreciação mais subjetiva do suporte, salienta-se a perceção que o indivíduo tem face à satisfação com a dimensão social possível das relações interpessoais.

Assim, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) é um dos instrumentos que permite avaliar o grau de satisfação do indivíduo relativamente ao suporte social existente. Esta escala de auto preenchimento é constituída por quinze itens que traduzem ou não a existência e/ou disponibilidade dos familiares, amigos, vizinhos, satisfação com as atividades sociais, entre outros. Cada item inclui cinco posições, nomeadamente “discordo totalmente”, “discordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “concordo na maior parte”, “concordo totalmente” sendo cotados de “1 a 5”. Existem seis itens classificados por ordem inversa – 1, 5, 6, 7, 11 e 14.

“As Escalas de *Likert* incluem vários itens, que devem ser somados para produzir uma nota e os seus itens somados por pertencerem à mesma escala devem ter correlações elevadas uns com os outros” (Ribeiro, 1999b, p. 108).

Quer isto dizer que, quanto mais elevada for a pontuação maior será o grau de satisfação com o suporte social.

3.5. Escala de solidão da UCLA

A Escala de Solidão da UCLA (*University of California Los Angeles Loneliness Scale*) foi, igualmente, utilizada como um instrumento de avaliação para a recolha de dados.

Esta escala foi desenvolvida por Russel, Peplau e Cutrona (1980, cit. por Neto, 1989) tendo tido por base outras escalas desenvolvidas por outros autores como Sisenwein (1964) e Eddy (1961).

Estes, no seu início definiram como principal meta, a criação de um instrumento de qualidade psicometricamente adequado, de fácil aplicação, que pudesse servir de estímulo aos estudos empíricos acerca da solidão.

De início, esta escala era constituída por setenta e cinco itens, tendo sido posteriormente sujeita a um critério de eliminação passando para vinte e cinco itens. Com esta nova versão aplicada na escala, os estudos alcançados permitiram concluir que os resultados conseguidos pareciam ter algumas limitações. As investigações realizadas até então, deviam ser aplicadas a outro tipo de população que não se baseasse, apenas, em amostras de estudantes. Por outro lado, a própria escala apresentava alguns problemas, como a possibilidade de enviesamento das respostas (a diferença entre a resposta esperada e o verdadeira resposta ou valor), a deseabilidade social, o querer agradar socialmente aqueles que nos cercam e por último, a validade discriminativa.

A Escala de Solidão da UCLA sofreu, deste modo, uma nova revisão. Após alguns estudos, Russell et al. (1980) desenvolveram uma nova escala, constituída por dez itens com respostas positivas e os outros dez itens com respostas negativas. Conseguiram assim demonstrar a validade da escala como instrumento de recolha de dados, revelando-se “*altamente fidedigna e válida quer na avaliação da solidão quer na discriminação entre solidão e outros construtos relacionados*” (Neto, 1999, p.59), sendo, portanto, considerada útil na avaliação do sentimento de solidão, tendo em conta a intimidade com os outros e a sociabilidade.

A Escala de Solidão da UCLA Revista foi aplicada e adaptada à população portuguesa (Neto, 1999), uma vez que se mostra interessante para o desenvolvimento deste problema psicossocial com relevância bastante acentuada. Depois de traduzida para a língua portuguesa, revelou uma boa consistência interna. Em termos estruturais, esta escala é constituída por um questionário onde se incluem apenas dezoito itens, dos quais se salientam nove itens redigidos de modo positivo (no sentido da satisfação) e nove itens negativos, que refletem o índice de solidão e os sentimentos a ela associados. As respostas a cada item são avaliadas numa escala modelo de Likert com 4 modalidades/pontos, desde *nunca* (1) até *muitas vezes* (4), cuja pontuação resultante na sua globalidade é o correspondente ao grau de solidão sentida pelo indivíduo. A pontuação decorrente das respostas obtidas variam entre 18 e 72 pontos, isto é, o maior número de pontos traduz maiores níveis de solidão, sendo que pontuações baixas traduzem reduzidos níveis de solidão.

4. Procedimentos de recolha de dados

Para a realização deste estudo, foi necessário definir um conjunto de técnicas e métodos, caracterizados pelo seu rigor e sistematização científicos que demonstrassem ser eficazes no desenvolvimento da investigação.

Como técnica de recolha de dados foi utilizado o inquérito por questionário. Sendo bastante difícil questionar todas as pessoas, selecionou-se um pequeno conjunto de elementos que representassem a população-alvo. Segundo Fortin (1999, p.41), a amostra representa: “*um subconjunto de elementos ou de participantes tirados da população que são convidados a participar no estudo*”. No presente estudo, o procedimento para a seleção da amostra foi aplicado de forma aleatória a 50 pessoas idosas, com idade superior a 65 anos e ativas na comunidade em que se inserem.

Foram estabelecidos contactos diretos e individuais com pessoas, nomeadamente com idades compreendidas entre os 65 e os 87 anos de idade, de entre as quais delas 23 são do género masculino e 27 são do género feminino. Do mesmo modo, os participantes foram informados relativamente ao propósito deste trabalho e dos seus objetivos, bem como questionados da disponibilidade e interesse em nele participar. Perante os dados facultados, privilegiou-se o sigilo da identidade e a confidencialidade das respostas, no sentido de proteger toda a informação pessoal fornecida.

De seguida, e de acordo com os objetivos deste estudo, recorreu-se ao programa informático SPSS 21 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows para se proceder à análise das respostas e, conseqüentemente, transformação estatística dos dados em informação.

Pretendeu-se, com a realização desta investigação, caracterizar o fenómeno em análise utilizando o estudo de tipo descritivo, correlacional e transversal. De acordo com Fortin (1999) o estudo descritivo, citamos: “*consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população*” (p. 163). Pretende-se com esta investigação e análise correlacional, explorar e determinar a existência de relações entre variáveis. Por último, e segundo a mesma autora, uma investigação de natureza transversal, uma vez que a recolha de dados foi feita num determinado momento, não existindo um período de seguimento dos indivíduos.

CAPÍTULO V – RESULTADOS

1. Análise descritiva

Para caracterizar a amostra em estudo, constituída por 50 pessoas idosas, com idade igual ou superior a 65 anos, recorreu-se à análise estatística descritiva dos dados, a fim de caracterizar as variáveis através do cálculo de valores médios, desvio-padrão ou frequências, tendo em atenção a natureza das variáveis.

Deste modo, e de uma forma mais concreta e pormenorizada, são apresentados os dados recolhidos, sob a forma de resultados.

1.1. Caracterização Sociodemográfica

A amostra deste estudo empírico é constituída por 50 (N=50) pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 87 anos de idade (média de 71,82 e desvio padrão de 6,12). Como se pode observar na Tabela 4, a idade mínima de 65 anos é comum aos dois géneros, sendo que a idade máxima de 85 anos corresponde ao sexo masculino cuja média é 72,00 e o desvio padrão de 5,00, e a idade máxima de 87 anos correspondente ao sexo feminino cuja média é 70,00 e o desvio padrão 6,00.

Tabela 4 – Mínima, máxima, média e desvio padrão da variável “idade”

	N	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Masculino	23	65	85	72,00	5,00
Feminino	27	65	87	70,00	6,00
Total	50	65	87	71,82	6,12

Na Tabela 5, podemos constatar que dos participantes selecionados (N=50), 23 são do sexo masculino (46%) e 27 do sexo feminino (54%).

Tabela 5 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “sexo”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Masculino	23	46,00
Feminino	27	54,00
Total	50	100,00

No que respeita à variável “estado civil” (Tabela 6), podemos observar que um número significativo de participantes é casado (60%), cuja frequência absoluta corresponde a 30. Os outros participantes vivem em estado de viuvez (24%), observando-se uma reduzida percentagem nos participantes solteiros (12%), e naqueles que são separados ou divorciados (4%).

Tabela 6 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “estado civil”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Solteiro	6	12,00
Casado	30	60,00
Viúvo	12	24,00
Separado/divorciado	2	4,00
Total	50	100,00

Relativamente à variável “nível de escolaridade” (Tabela 7), permite observar uma percentagem de 30% para aqueles que frequentaram o ensino secundário (N=15), 22% para os que frequentaram o 1º ciclo e, paralelamente, 18% para os que possuem habilitações literárias ao nível do ensino superior. O 2º ciclo representa uma frequência absoluta de 9 indivíduos (18%). Também se pode observar que apenas 8% não frequentaram qualquer nível escolar, correspondendo apenas a 4 indivíduos. Apenas 2 participantes possuem o 3º ciclo correspondendo a uma percentagem de 4%.

Tabela 7 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “escolaridade”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Não frequentou	4	8,00
1º ciclo	11	22,00
2º ciclo	9	18,00

3º ciclo	2	4,00
Secundário	15	30,00
Ensino Superior	9	18,00
Total	50	100,00

Na tabela referente à frequência da variável “profissão” (Tabela 8), concretamente à atividade profissional que os participantes exerciam antes de se aposentarem, é-nos permitido observar que os resultados não são homogêneos. Da amostra selecionada, 12 participantes exerceram e desenvolveram uma profissão administrativa (24%), seguindo-se os trabalhadores não qualificados (28%) como sejam comerciantes, pedreiros/canalizadores e empregadas domésticas, com uma frequência de 14 indivíduos. Representando uma percentagem mais elevada (34%), evidenciam-se os especialistas em atividades intelectuais e científicas, como sendo engenheiros, professores, médicos, etc. correspondendo a 17 indivíduos.

Da totalidade dos participantes (N=50) apenas 43 responderam a esta questão, verificando-se que 7 participantes (“missings”) não responderam.

Tabela 8 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “profissão”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Pessoal administrativo	12	24,00
Trabalho não qualificado	14	28,00
Especialistas ativ. intelectuais e científicas	17	34,00
Total	43	86,00

No que se refere ao “valor da reforma” (Tabela 9) observa-se que da amostra selecionada (N=50) apenas 3 indivíduos “não responderam” (missings) a esta questão. No entanto, podemos afirmar que, uma grande percentagem (26%) dos participantes auferem valores de reforma superiores a 1501 euros mensais correspondendo a uma frequência absoluta de 13 indivíduos. Observamos, ainda, que 20% auferem valores compreendidos entre 501 e 1000 euros e, curiosamente, aqueles que auferem valores entre 1001 e 1500 euros e 201-500 euros têm o mesmo valor percentual (18%) sendo que, a frequência absoluta é de 9 indivíduos. Apenas 6 participantes auferem uma pensão cujo valor monetário é igual ou inferior a 200 euros e que corresponde a uma reduzida percentagem (12%).

Tabela 9 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “valor da reforma”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
<200	6	12,00
201-500	9	18,00
501-1000	10	20,00
1001-1500	9	18,00
>1501	13	26,00
Total	47	94,00

No que se refere à coabitação (Tabela 10) podemos observar que a maioria dos participantes envolvidos neste estudo vive como casal (52%), enquanto alguns vivem sozinhos (32%) e os restantes em família alargada (16%) correspondendo uma frequência absoluta de 8 indivíduos.

Tabela 10 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “com quem vive”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Sozinho	16	32,00
Casal	26	52,00
Família alargada	8	16,00
Total	50	100,00

Relativamente ao número de elementos que constituem o agregado familiar, podemos observar na Tabela 11 que 8% dos participantes afirmam que o seu agregado é composto por 3 elementos correspondendo a uma frequência absoluta de 4. Presenciamos as mesmas percentagens (4%), exatamente, nos agregados constituídos por 4 e/ou 5 elementos, correspondendo a um valor de frequência absoluta de 2.

Verificamos, ainda, que 42 indivíduos não responderam à questão.

Tabela 11 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “elementos do agregado familiar”

Nº de elementos do agregado familiar	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
3	4	8,00
4	2	4,00
5	2	4,00
Total	8	16,00

Dos participantes que constituem a amostra (N=50), podemos observar na Tabela 12 que a maioria (96%) reside no distrito de Leiria, cujo valor da frequência absoluta corresponde a 48 e em menor percentagem (4%) no distrito de Santarém com uma frequência de apenas 2 indivíduos (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “distrito”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Leiria	48	96,00
Santarém	2	4,00
Total	50	100

De acordo com a tabela que se segue (Tabela 13), verificamos que 52% dos participantes reside no concelho de Figueiró dos Vinhos, 40% no concelho de Leiria e 4% no concelho de Pedrógão Grande. Apenas 4% reside no distrito de Santarém distribuídos igualmente pelos concelhos de Ourém e Coruche.

Tabela 13 – Distribuição de frequências e percentagens da variável “concelho”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Leiria	20	40,00
Figueiró dos Vinhos	26	52,00
Pedrógão Grande	2	4,00
Ourém	1	2,00
Coruche	1	2,00
Total	50	100,00

1.2. Caracterização da Capacidade Funcional

No que respeita à caracterização da Capacidade Funcional (Tabela 14) dos participantes em estudo, os dados da pesquisa mostram que nas subescalas “locomoção” e “cuidados domésticos” o valor da média é 6,94 e 6,93 e o correspondente desvio padrão é de 2,46 e de 3,64, respetivamente. Se cada item tem 4 níveis de dependência, cuja pontuação está compreendida entre “0 a 3”, então quanto mais elevada for a pontuação, maior será a dependência. Analisados os dados da tabela, podemos verificar que existe um nível elevado de dependência no que concerne a estes dois itens.

Tabela 14 – Mínima, máxima, média e desvio padrão em função da “Capacidade Funcional”

	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Cuidados pessoais	6,00	14,00	6,22	1,16
Cuidados domésticos	4,00	19,00	6,93	3,64
Trabalho, recreação/lazer	4,00	13,00	5,58	2,33
Compras, gestão do dinheiro	3,00	12,00	3,60	1,76
Locomoção	4,00	14,00	6,94	2,46
Comunicação	5,00	14,00	6,10	2,27
Relações Sociais	3,00	5,00	3,20	.451

1.3. Caracterização do Apoio Social

Dos resultados gerais obtidos da Escala de Apoio Social (Tabela 15), podemos observar que os valores mais elevados concentram-se precisamente nas duas primeiras subescalas. Os familiares continuam a estar presentes, pois a "rede familiar" possui uma média de 14,94 e um desvio padrão de 2,61. Na rede de "amigos" o valor da média é de 11,06 e o desvio padrão corresponde a 5,04.

As "relações de confiança" têm uma média de 5,30 e o seu desvio padrão é de 1,65, o que quer dizer que as pessoas idosas em estudo têm uma rede de confidentes reduzida, apesar de terem sempre alguém para conversar, não têm amigos íntimos a quem possam confiar determinados assuntos pessoais.

A subescala "ajuda aos outros" tem como média 7,84 e um desvio padrão de 1,98.

Tabela 15 – Mínima, máxima, média e desvio padrão em função do “Apoio Social”

	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Rede familiar	5	18	14,94	2,61
Amigos	3	18	11,06	5,04
Relações de confiança	2	9	5,30	1,65
Ajuda aos outros	4	11	7,84	1,98
Total	23	48	38,43	5,94

1.3.1. Rede familiar

No que respeita ao número de “familiares que vê ou fala pelo menos uma vez no mês” (Tabela 16), todos os inquiridos declaram ter algum contacto, sendo que 2%

estabelecem contacto apenas com um familiar, 2% referem ter dois familiares, 20% três ou quatro familiares, 26% cinco a oito e por último 50% afirmam ter 9 ou mais familiares com quem estão pelo menos uma vez no mês.

Tabela 16 - Distribuição de frequências e percentagens em função dos “familiares que vê ou fala pelo menos uma vez no mês”

Familiares que vê ou fala pelo menos uma vez no mês	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Zero	0	0,00
Um	1	2,00
Dois	1	2,00
Três ou quatro	10	20,00
Cinco a oito	13	26,00
Nove ou mais	25	50,00
Total	50	100

Relativamente ao “familiar com quem contacta mais” (Tabela 17), observamos que 4% respondem que só de meses a meses, 2% revelam apenas algumas vezes por mês, 6% semanalmente, 14% algumas vezes por semana e por último, 74% afirmam que contactam diariamente com um familiar correspondendo a uma frequência absoluta de 37 indivíduos.

Tabela 17 - Distribuição de frequências e percentagens em função do “familiar com quem contacta mais”

Familiar com quem contacta mais	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Meses a meses	2	4,00
Algumas vezes por mês	1	2,00
Semanalmente	3	6,00
Algumas vezes por semana	7	14,00
Diariamente	37	74,00
Total	50	100,00

Como se pode observar acerca de “quantos familiares a quem pode pedir ajuda” (Tabela 18) 2% refere não ter qualquer familiar, 10% apenas um, 8% responde ter dois familiares com quem se sente mais próximo para pedir ajuda, 40% três a quatro familiares, 20% cinco a oito e finalmente, 20% podem contar com nove ou mais familiares.

Tabela 18 - Distribuição de frequências e percentagens em função de “quantos familiares a quem pode pedir ajuda”

A quantos familiares pode pedir ajuda	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Zero	1	2,00
Um	5	10,00
Dois	4	8,00
Três ou quarto	20	40,00
Cinco a oito	10	20,00
Nove ou mais	10	20,00
Total	50	100,00

1.3.2. Rede de amigos

No que diz respeito à rede de amigos, concretamente, aos “amigos íntimos”, podemos observar (Tabela 19) que 28,60% não têm amigos a quem possam confiar determinados assuntos pessoais, 8,20% afirmam que podem contar apenas com um amigo, 12,20% com dois, 20,40% com três ou quatro, 20,40% admitem ter cinco a oito e por último, 10,20% nove ou mais amigos íntimos.

Apesar do número total de participantes inquiridos ser de 50, constatamos na tabela que há um missing pois um dos indivíduos não respondeu.

Tabela 19 - Distribuição de frequências e percentagens em função dos “amigos íntimos”

Amigos íntimos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Zero	14	28,60
Um	4	8,20
Dois	6	12,20
Três ou quatro	10	20,40
Cinco a oito	10	20,40
Nove ou mais	5	10,20
Total	49	98,00

Podemos observar que, relativamente ao número de “amigos com quem se encontra ou conversa pelo menos uma vez por mês” (Tabela 20) 28% não tem amigos, 6% apenas tem um, 12% tem dois, 18% responde que, pelo menos uma vez por mês, tem três ou quatro amigos, 16% cinco a oito e por último, 20% admite ter nove ou mais amigos com quem se encontra ou conversa.

Tabela 20 - Distribuição de frequências e percentagens em função dos “amigos com quem se encontra ou conversa pelo menos uma vez por mês”

Amigos com quem se encontra ou conversa pelo menos uma vez por mês	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Zero	14	28,00
Um	2	6,00
Dois	6	12,00
Três ou quatro	9	18,00
Cinco a oito	8	16,00
Nove ou mais	10	20,00
Total	50	100,00

Ainda acerca da rede de amigos, concretamente, ao “amigo com quem contacta mais”, podemos observar (Tabela 21) que 18% revela contactar menos do que uma vez por mês, 2% mensalmente, 12% algumas vezes por mês, 8% afirma semanalmente, 22% algumas vezes por semana contactam com o amigo e por último 38% diariamente.

Tabela 21 - Distribuição de frequências e percentagens em função do “amigo com quem contacta mais”

Amigo com quem contacta mais	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Menos do que uma vez por mês	9	18,00
Mensalmente	1	2,00
Algumas vezes por mês	6	12,00
Semanalmente	4	8,00
Algumas vezes por semana	11	22,00
Diariamente	19	38,00
Total	50	100,00

1.3.3. Relações de confiança

Relativamente às relações de confiança, concretamente “quando tem que tomar uma decisão importante, tem alguém com quem conversar”, podemos observar (Tabela 22) que 70% dos indivíduos tem sempre com quem conversar, 6% respondem que, com muita frequência, 10% frequentemente, 14% só às vezes tem alguém com quem conversar acerca de alguma decisão a tomar.

Tabela 22 - Distribuição de frequências e percentagens em função de “quando tem que tomar alguma decisão importante, tem alguém com quem conversar”

Quando tem que tomar alguma decisão importante, tem alguém com quem conversar?	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Sempre	35	70,00

Com muita frequência	3	6,00
Frequentemente	5	10,00
Às vezes	7	14,00
Raramente	0	0,00
Nunca	0	0,00
Total	50	100,00

No que se refere a “outras pessoas que conhece se falam consigo acerca de um determinado assunto, quando têm alguma decisão a tomar”, podemos observar (Tabela 23) que todos os participantes neste estudo são solicitados; sendo que 4% responde sempre, 10% com muita frequência, 24% dos participantes são solicitados frequentemente, 44% às vezes e 18% raramente.

Tabela 23 - Distribuição de frequências e percentagens em função de “outras pessoas que conhece se falam consigo acerca de um determinado assunto, quando têm alguma decisão a tomar”

Frequência com que outras pessoas que conhece se falam consigo acerca de um determinado assunto, quando têm alguma decisão a tomar	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Sempre	2	4,00
Com muita frequência	5	10,00
Frequentemente	12	24,00
Às vezes	22	44,00
Raramente	9	18,00
Nunca	0	0,00
Total	50	100

1.3.4. Ajuda aos outros

No que se refere à “existência de alguém à espera que faça algo por essa pessoa (ela/ele)”, como ir às compras, fazer o jantar, fazer pequenas reparações, limpar a casa, cuidar de crianças, etc. podemos observar (Tabela 24) que 73,5% responde negativamente enquanto 26,5% responde positivamente.

Constata-se, também na observação, que um indivíduo não respondeu à questão colocada.

Tabela 24 - Distribuição de frequências e percentagens em função da “existência de alguém à espera que faça algo por essa pessoa (ela/ele)”

Existe alguém à espera que faça algo por essa pessoa (ela/ele)?	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Não	36	73,50
Sim	13	26,50
Total	49	98,00

No que diz respeito ao item “ajuda alguém” (Tabela 25), observamos que 6% nunca ajuda, 12% raramente, 26% apenas ajuda às vezes, 4% frequentemente, 8% costuma ajudar alguém com muita frequência e 18% dos participantes ajuda sempre.

Os restantes indivíduos que constituem a amostra não responderam à questão colocada.

Tabela 25 - Distribuição de frequências e percentagens em função de se “ajuda alguém”

Ajuda alguém?	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Sempre	9	18,00
Com muita frequência	4	8,00
Frequentemente	2	4,00
Às vezes	13	26,00
Raramente	6	12,00
Nunca	3	6,00
Total	37	100,00

No que se refere à coabitação, precisamente em função de se “vive só ou com outras pessoas” (Tabela 26), observa-se que 32,6% vive só. A maior parte (62,4%) vive com o cônjuge e/ou com outros familiares e amigos.

Dos 50 participantes inquiridos, 4 não responderam a esta questão.

Tabela 26 - Distribuição de frequências e percentagens em função de se “vive só ou com outras pessoas”

Vive só ou com outras pessoas?	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
Vive com o cônjuge e/ou com outros familiares e amigos	31	62,40
Vive com pessoas que não lhe são nada	0	0,00
Vive com alguém a quem paga uma mensalidade	0	0,00
Vive só	15	32,60
Total	46	100,00

1.4. Caracterização do nível de Satisfação com o Suporte Social

Para caracterizar o nível de Satisfação com o Suporte Social (Tabela 27) procedeu-se, de acordo com o programa informático anteriormente referido, ao cálculo de todos os itens respondidos por cada participante e que pertencem a cada fator.

Foram classificados 6 itens por ordem invertidos – 1, 5, 6, 7, 11 e 14.

Dos diferentes fatores que compõem a escala supracitada, observamos que os participantes desta amostra demonstram ter uma elevada “satisfação com a família” embora nas “atividades sociais” não aconteça da mesma forma.

Conclui-se que a perceção total da satisfação com este suporte social possui uma média de 15,54 correspondendo a um desvio padrão de 2,39. Quer isto dizer que, o grau de satisfação dos participantes neste estudo, no que diz respeito ao suporte social existente, é elevado.

Tabela 27 - Distribuição das médias e desvios padrão em função da “Satisfação com o Suporte Social”

	Média	Desvio Padrão
Satisfação com amigos	4,09	,65
Intimidade	3,72	,90
Satisfação com a família	4,49	,61
Atividades sociais	3,24	1,12
Total	15,54	2,39

1.4.1. Satisfação com os amigos

O fator "satisfação com os amigos" (Tabela 28) cuja finalidade é medir o grau de satisfação com os amigos, foi calculado de acordo com os itens 1,4,8,10 e 12 que o compõem.

Assim, observamos que os participantes estão “satisfeitos com o tipo de amigos que têm”, pois em relação à média o valor é de 4,30 correspondendo a um baixo desvio padrão de 0,84. Observamos ainda, que o item “estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos” assume valores, também, elevados relativamente à média apresentando o valor de 4,20 e com um desvio padrão de 0,83. Também, é possível verificar esta ocorrência no item “estou satisfeito com as atividades

e coisas que faço com o meu grupo de amigos” cuja média é de 4,12 e o desvio padrão é de 0,90.

Quer na média total do fator “satisfação com os amigos” (como anteriormente observámos), quer nos itens acima citados, é-nos permitido concluir que os dados dos desvios padrão não estão dispersos estatisticamente e estão próximos da média, o que traduz uma reduzida variabilidade dos dados em estudo, pois os valores estão concentrados em relação à média.

Tabela 28 - Distribuição das médias e desvios padrão em função da ”satisfação com os amigos”

Itens	Média	Desvio Padrão
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3,68	1,28
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	4,18	1,04
Estou satisfeito com quantidade de tempo que passo com os meus amigos	4,20	0,83
Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	4,12	0,90
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	4,30	0,84

1.4.2. Intimidade

O segundo fator que constitui a Escala da Satisfação com o Suporte Social, designado por "intimidade" tem a finalidade de medir o nível de perceção que cada indivíduo tem, no que diz respeito à existência de um suporte social íntimo. Para tal foi calculado em função de quatro itens - 2, 6, 14 e 15.

Podemos assim verificar (Tabela 29) que, relativamente a situações de maior embaraço, os participantes encontram sem dificuldade, várias pessoas a quem podem recorrer, observando-se uma média elevada de 4,36 e um desvio padrão baixo de 0,80. Do mesmo modo, quando necessitam de desabafar com alguém, facilmente encontram amigos com quem o fazer, tal com se pode verificar no valor da média 3,74 e desvio padrão de 1,22.

Para os restantes itens os valores distanciam-se ligeiramente. A solidão e a falta de apoio que os participantes sentem, traduz-se numa média de 3,70 e um desvio padrão de 1,48 e no que respeita à falta de um amigo verdadeiramente íntimo com quem possa desabar os cálculos apresentam uma média de 3,08 e um desvio padrão de 1,56.

Tabela 29 - Distribuição de médias e desvios padrão em função da "intimidade"

Itens	Média	Desvio Padrão
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	4,36	0,80
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar coisas íntimas	3,08	1,56
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	3,70	1,48
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	3,74	1,22

1.4.3. Satisfação com a família

Da Escala de Satisfação com o Suporte Social, temos que ter em conta um terceiro fator designado por "satisfação com a família". Este tem como objetivo principal procurar medir a satisfação com a existência de um suporte social familiar. Para tal cálculo da média e desvio padrão, foram incluídos os itens 3, 9 e 13.

Podemos observar na tabela seguinte (Tabela 30) que, todos os itens que constituem o fator, possuem valores muito elevados tanto em relação à média como ao desvio padrão o que traduz, conseqüentemente, um nível de satisfação elevado.

Tabela 30 – Distribuição das médias e desvios padrão em função da "satisfação com a família"

Itens	Média	Desvio Padrão
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	4,34	0,79
Estou satisfeito com a forma como relaciono com a minha família	4,60	0,75
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	4,54	0,57

1.4.4. Atividades sociais

Acerca da Escala de Satisfação com o Suporte Social, designadamente do fator "atividades sociais" (Tabela 31), temos a considerar um conjunto de três itens - 5, 7 e 11 cuja finalidade se traduz na medição da satisfação de cada indivíduo no que diz respeito às atividades sociais que realiza e das quais faz parte.

Observamos que, os dados referentes a este fator estão mais dispersos e se aproximam da média de cada item. Todavia, verifica-se que no item "não saio com

amigos tantas vezes como eu gostaria” tem uma média de 3,54 e um desvio padrão de 1,32.

Tabela 31 – Distribuição das médias e desvios padrão em função das “atividades sociais”

Itens	Média	Desvio Padrão
Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	3,08	1,50
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	3,54	1,32
Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3,10	1,51

1.5. Caracterização dos níveis percebidos da Solidão

Na tabela que se segue (Tabela 32) e tendo em consideração os “níveis percebidos da Solidão”, os valores totais observados representam uma média bastante elevada de 50,36 e um desvio padrão de 3,85.

Tabela 32 – Mínima, máxima, média e desvio padrão em função dos “níveis percebidos da Solidão” segundo a Escala da UCLA

	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Escala de solidão	40	58	50,36	3,85

Para caracterizar e analisar a perceção subjetiva da solidão social e psicológica dos participantes recorreu-se a um conjunto de itens que constituem a Escala de Solidão da UCLA.

As respostas foram dadas de acordo com a escala psicométrica de Likert usada habitualmente em questionários para pesquisas de opinião. Pretendeu-se medir, especificamente, o nível de solidão analisando os vários itens da escala.

Verificou-se (Tabela 33) relevante que as pessoas idosas desta amostra sentem-se *muitas vezes* em sintonia com as pessoas à sua volta (60%), *muitas vezes* têm pessoas a quem se sentem aproximadas (70%), afirmam *nunca* serem infelizes por serem retraídos (62%), *muitas vezes* existem pessoas quem podem falar (78%), *muitas vezes* têm pessoas a quem podem recorrer.

Tabela 33 - Distribuição de frequências e percentagens em função dos “níveis percebidos da Solidão” segundo os itens enunciados na Escala da UCLA

Item da Escala da UCLA	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Percentual
1.Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta		
Algumas vezes	20	40,00
Muitas vezes	30	60,00
2.Sinto falta de camaradagem		
Nunca	5	10,00
Raramente	21	42,00
Algumas vezes	23	46,00
Muitas vezes	1	2,00
3.Não há ninguém a quem possa recorrer		
Nunca	15	30,00
Raramente	13	26,00
Algumas vezes	14	28,00
Muitas vezes	8	16,00
4.Sinto que faço parte de um grupo de amigos		
Raramente	3	6,00
Algumas vezes	20	40,00
Muitas vezes	27	54,00
5.Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam		
Nunca	1	2,00
Raramente	2	4,00
Algumas vezes	23	46,00
Muitas vezes	24	48,00
6.Já não sinto mais intimidade com ninguém		
Nunca	15	30,00
Raramente	19	38,00
Algumas vezes	14	28,00
Muitas vezes	2	4,00
7.Os meus interesses/ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam		
Nunca	7	14,00
Raramente	17	34,00
Algumas vezes	19	38,00
Muitas vezes	7	14,00
8.Sou uma pessoa voltada para fora		
Nunca	1	2,00
Raramente	1	2,00
Algumas vezes	21	42,00
Muitas vezes	27	54,00
9.Há pessoas a quem me sinto chegado		
Raramente	5	10,00
Algumas vezes	10	20,00
Muitas vezes	35	70,00
10.Sinto-me excluído		
Nunca	25	50,00
Raramente	15	30,00
Algumas vezes	10	20,00
11.Ninguém me conhece realmente bem		
Nunca	11	22,00
Raramente	17	34,00
Algumas vezes	19	38,00
Muitas vezes	3	6,00
12.Sinto-me isolado dos outros		
Nunca	20	40,00

Raramente	17	34,00
Algumas vezes	12	24,00
Muitas vezes	1	2,00
13.Consigo encontrar camaradagem quando quero		
Nunca	1	2,00
Raramente	9	18,00
Algumas vezes	16	32,00
Muitas vezes	24	48,00
14.Há pessoas que me compreendem realmente		
Raramente	3	6,00
Algumas vezes	23	46,00
Muitas vezes	24	48,00
15.Sou infeliz por ser tão retraído		
Nunca	31	62,00
Raramente	9	18,00
Algumas vezes	9	18,00
Muitas vezes	1	2,00
16.As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo		
Nunca	15	30,00
Raramente	17	34,00
Algumas vezes	18	35,00
17.Há pessoas com quem consigo falar		
Raramente	3	6,00
Algumas vezes	8	16,00
Muitas vezes	39	78,00
18.Há pessoas a quem posso recorrer		
Raramente	1	2,00
Algumas vezes	18	36,00
Muitas vezes	31	62,00

2. Análise inferencial

Após a análise descritiva inicial, como a caracterização dos instrumentos de avaliação, torna pertinente debruçarmo-nos acerca do estudo da Capacidade Funcional, da Rede Social, da Satisfação com o Suporte Social e da Solidão, relativamente a um conjunto de variáveis sociodemográficas.

De acordo com Maroco (2007) o procedimento seguinte consiste em “*inferir acerca dos valores dos parâmetros da população teórica de onde foram obtidas as amostras*” p. 269.

2.1. Resultados da Capacidade Funcional relativos a variáveis sociodemográficas

Da análise das subescalas do Índice de Lawton e Brody com a inferência no “sexo”, podemos observar (Tabela 34) que, apenas na subescala “cuidados domésticos” existem diferenças significativas entre homens e mulheres $t(49,1) = 3,34$ ($p < 0,01$).

Tabela 34 – Análise das subescalas do Índice de Lawton e Brody em função do “sexo”

	Homens		Mulheres		<i>t-Student</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Índice de Lawton e Brody	40,68	12,66	37,00	7,52	1,32n.s.
Cuidados pessoais	6,39	1,67	6,07	0,38	,958n.s.
Cuidados domésticos	8,82	4,64	5,41	1,31	3,34*
Trabalho de recreação, lazer	5,73	2,45	5,44	2,26	,442n.s.
Compras, gestão do dinheiro	3,74	2,03	3,48	1,53	,512n.s.
Locomoção	6,70	2,42	7,15	2,54	-,642n.s.
Comunicação	5,96	2,33	6,22	2,28	-,407n.s.
Relações sociais	3,17	0,39	3,22	0,51	-,374n.s.

n.s.: não significativo

* $p < 0,01$

No que diz respeito à análise das subescalas do Índice de Lawton e Brody em função da “zona territorial” (Tabela 35) podemos observar que as diferenças entre os indivíduos que vivem na zona litoral/urbana e na zona interior/rural são significativas no que diz respeito à comunicação [$t(49,1) = 2,62$ $p < 0,05$] e ao índice geral [$t(49,1) = 1,66$; $p < 0,05$]

Tabela 35 – Análise das subescalas do Índice de Lawton e Brody em função da “zona territorial”

	Litoral/Urbano (N=19)		Interior/Rural (N=30)		<i>t-Student</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Índice de Lawton e Brody	42,05	13,59	36,50	6,75	1,657*
Cuidados pessoais	6,50	1,83	6,03	0,18	1,142n.s.
Cuidados domésticos	7,37	3,84	6,67	3,54	,653n.s.
Trabalho de recreação, lazer	6,20	2,69	5,17	2,00	1,558n.s.
Compras, gestão do dinheiro	4,10	2,55	3,27	0,83	1,411n.s.
Locomoção	7,00	3,04	6,90	2,06	,129n.s.
Comunicação	7,25	3,23	5,33	0,66	2,62*
Relações sociais	3,30	0,57	3,13	0,35	1,170n.s.

n.s. - não significativo

No que concerne à análise das subescalas do Índice de Lawton e Brody em função do “estado civil” (Tabela 36) podemos observar que, nenhuma diferença é significativa, ou seja, que não existem diferenças significativas nos resultados desta escala entre indivíduos casados, viúvos, solteiros ou divorciados.

Tabela 36 – Análise das subescalas do Índice de Lawton e Brody em função do “estado civil”

	Solteiro		Casado		Viúvo		Separado/Div.		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Índ. Lawton e Brody	34,00	4,81	39,66	10,89	49,00	10,59	30,00	0,00	1,06n.s.
Cuidados pessoais	6,00	0	6,30	1,46	6,16	0,57	6,00	0,00	0,14n.s.
Cuidados domésticos	4,83	0,40	7,52	3,99	6,91	3,65	5,00	0,00	1,10n.s.
Trab. recreação, lazer	5,33	1,63	5,60	2,22	5,91	3,05	4,00	0,00	0,39n.s.
Compras gest.dinheiro	3,00	0	3,66	1,84	3,83	2,12	3,00	0,00	0,37n.s.
Locomoção	6,33	2,87	7,23	2,41	7,00	2,44	4,00	0,00	1,22n.s.
Comunicação	5,33	0,81	6,03	2,53	6,83	2,16	5,00	0,00	0,79n.s.
Relações sociais	3,16	0,40	3,16	0,37	3,33	0,65	3,00	0,00	0,52n.s.

n.s. - não significativo

2.2. Resultados da Rede de Apoio Social relativos a variáveis sociodemográficas

No que diz respeito à observação (Tabela 37) das subescalas da Rede de Apoio Social em função do “sexo”, apesar da “rede familiar” dominar e os “amigos” predominarem, após a aplicação do teste *t* de Student as diferenças não se apresentaram significativas.

Tabela 37 – Análise das subescalas da Rede de Apoio Social em função do “sexo”

	Homem		Mulher		<i>t-Student</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Rede familiar	14,60	3,23	15,22	1,97	,680n.s.
Amigos	11,86	5,31	10,40	4,82	1,009n.s.
Relações de confiança	5,39	1,88	5,22	1,48	,127n.s.
Ajuda aos outros	6,40	2,06	6,48	2,10	,016n.s.

n.s.: não significativo

**p* < 0,01

Da observação e análise das subescalas da Rede de Apoio Social em função da “zona territorial” (Tabela 38) podemos, através do teste *t* de Student, concluir que não

existem diferenças que sejam significativas entre indivíduos que vivem na zona urbana e na zona rural em todas as subescalas da Rede de Apoio Social.

Tabela 38 – Análise das subescalas da Rede de Apoio Social em função da “zona territorial”

	Litoral/Urbano (N=20)		Interior/Rural (N=26)		<i>t-Student</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Rede familiar	14,15	2,94	15,47	2,27	-1,783 n.s.
Amigos	10,50	4,59	11,45	5,38	-,642 n.s.
Relações de confiança	5,20	1,28	5,37	1,88	-,345 n.s.
Ajuda aos outros	7,94	2,13	7,78	1,91	,274 n.s.

n.s. - não significativo

No que concerne à análise das subescalas da Rede de Apoio Social relativamente ao estado civil, podemos verificar (Tabela 39) que, apenas na “ajuda aos outros” o valor de $F(49,3) = 6.28$ é significativo, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre solteiros, casados, viúvos e separados ou divorciados.

Através da realização de testes Post-Hoc (LSD), verificámos que as diferenças na variável “ajuda aos outros” se encontravam entre os indivíduos casados e os restantes (solteiros, viúvos e divorciados).

39 – Análise das subescalas da Rede de Apoio Social em função do “estado civil”

	Solteiro		Casado		Viúvo		Separado/Div.		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Rede familiar	13,50	2,42	15,36	2,57	14,83	2,12	13,50	6,36	1,09
Amigos	7,83	4,66	12,31	5,05	10,16	4,40	8,00	7,07	1,88
Relações confiança	5,83	0,75	5,06	1,81	5,50	1,44	6,00	2,82	0,57
Ajuda aos outros	8,25	1,50	5,52	1,67	7,67	2,06	8,00	1,41	6,28

2.3. Resultados da Satisfação com o Suporte Social relativos a variáveis sociodemográficas

Com a análise da tabela seguinte (Tabela 40), pretende-se verificar se existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à satisfação com o suporte social entre o sexo masculino e o sexo feminino. Para tal, foi utilizado o teste estatístico de hipótese *t* de *Student* para amostras independentes no sentido de comparar as médias

entre os grupos em estudo. O formato da distribuição depende do número de graus de liberdade. Quanto maior for esse número, mais concentrada será a distribuição, ou seja para valores muito elevados maior será a proximidade com a distribuição normal.

Os resultados obtidos mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas subescalas de Satisfação com o Suporte Social ($p > 0,05$).

Tabela 40 – Análise das subescalas da Satisfação com o Suporte Social em função do “sexo”

	Homem		Mulher		<i>t- Student</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Satisfação com amigos	20,95	2,77	20,07	3,63	,905 n.s.
Intimidade	15,48	3,89	14,37	3,29	1,188 n.s.
Satisfação com família	13,52	2,12	13,44	1,60	,021 n.s.
Atividades sociais	10,13	3,15	9,37	3,58	,623 n.s.

n.s. - não significativo

Acerca da análise das subescalas da Satisfação com o Suporte Social em função da “zona territorial” (Tabela 41) podemos observar que, apesar de as pessoas idosas que residem na zona interior/rural (Figueiró dos Vinhos, Pedrógão Grande, Coruche e Ourém) se manifestarem satisfeitas com os amigos.

Tabela 41 – Análise das subescalas da Satisfação com o Suporte Social em função da “zona territorial”

	Litoral/Urbano (N=20)		Interior/Rural (N=26)		<i>t- Student</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Satisfação com os amigos	19,70	2,99	21,00	3,38	-1,39 n.s.
Intimidade	15,05	3,38	14,77	3,77	,271 n.s.
Satisfação com família	13,55	1,23	13,43	2,18	,217 n.s.
Atividades sociais	9,70	3,05	9,73	3,64	-,034 n.s.

n.s. - não significativo

No que concerne à observação e análise da tabela acerca das subescalas da Satisfação com o Suporte Social em função do “estado civil” (Tabela 42) podemos afirmar perante os dados recolhidos e visualizados que as pessoas casadas apresentam ou referem melhor e maior suporte social percebido, embora as diferenças não sejam significativas (Ornelas, 1994).

Tabela 42 – Análise das subescalas da Satisfação com o Suporte Social em função do “estado civil”

	Solteiro		Casado		Viúvo		Separado/Div.		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Satisfação com os amigos	17,83	3,12	21,10	2,95	20,16	3,85	21,00	1,41	1,81n.s.
Intimidade	11,83	0,40	15,30	3,77	14,91	3,55	17,50	2,12	2,06n.s.
Satisfação com a família	12,66	0,51	13,96	1,44	13,08	2,06	11,00	5,65	2,74n.s.
Atividades sociais	7,33	2,50	10,10	3,19	9,75	3,79	11,00	5,65	1,24n.s.

n.s. - não significativo

2.4. Resultados da Solidão percebida relativos a variáveis sociodemográficas

Segundo a análise da Escala de Solidão em função do “sexo” (Tabela 43) as mulheres obtiveram uma média mais elevada (32,85) em relação ao grupo dos homens (31,52), ou seja as mulheres têm uma percepção de solidão mais elevada. Apesar disso, verificamos que após a aplicação do teste *t* de Student a diferença entre género não é considerada significativa (se *p* não é menor que 0,05 a diferença não é significativa)

Tabela 43 – Análise da Escala de Solidão em função do “sexo”

	Homens		Mulheres		<i>t-Student</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Escala de Solidão	31,52	6,97	32,85	7,82	-.63 n.s.

n.s. - não significativo

Verificamos na tabela seguinte e de acordo com a análise da Escala de Solidão em função da “zona territorial” que após a aplicação do teste *t* de Student o valor não é significativo.

Tabela 44 – Análise da Escala de Solidão em função da “zona territorial”

	Litoral/Urbano (N=20)		Interior/Rural (N=26)		<i>t-Student</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Escala de Solidão	33,35	5,58	31,50	8,40	,747n.s.

n.s.- não significativo

Na tabela que se segue (Tabela 45) referente aos resultados obtidos da Escala de Solidão da UCLA em função do “estado civil” verificamos que os “solteiros” apresentam um nível elevado de solidão, sendo que as diferenças são significativas entre os solteiros e os restantes grupos (casados, viúvos e divorciados).

Tabela 45 – Análise da Escala de Solidão em função do “estado civil”

	Solteiro		Casado		Viúvo		Separado/Div.		F
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Escala de Solidão	42,16	1,94	30,56	6,83	31,91	7,41	29,50	3,53	5,329*

*p < 0.05

3. Análise correlacional

Através da observação de algumas Tabelas, podemos averiguar de forma correlacional as relações entre o nível de funcionalidade, a rede de apoio social, a satisfação com a rede de apoio social e os níveis de solidão percebidos por idosos residentes na comunidade.

3.1. Relação entre a idade, o nível de Funcionalidade, a Rede de Apoio Social, a Satisfação com o Suporte Social e o nível percebido de Solidão

Para a análise da correlação entre a idade e os instrumentos de avaliação que vêm sendo referidos neste trabalho, foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson ou simplesmente “*r* de Pearson” (Pestana e Gageiro, 2003).

Podemos observar na distribuição de valores correlacionais entre a idade e o nível de Funcionalidade (Tabela 46) que os itens “compras e gestão do dinheiro” (.337), “locomoção” (.389) e “comunicação” (.383) assumem valores estatisticamente significativos e estatisticamente muitos significativos na amostra pesquisada. Quer isto dizer que, existe uma correlação entre a variável “idade” e o grau de dependência ou incapacidade que interfere significativamente na realização das Atividades de Vida Diária (AVD).

Também, verificamos que existe um valor negativo de correlação significativo (-.337) no que concerne à Escala de Solidão. Quer isto dizer que, quanto maior a idade menor será a solidão.

Tabela 46 – Distribuição de valores correlacionais entre a idade, o nível de Funcionalidade, a Rede de Apoio Social, a Satisfação com o Suporte Social e o nível percebido de Solidão

	Idade
Índice de Lawton e Brody	-.03n.s.
Cuidados pessoais	.24n.s.
Cuidados domésticos	-.10n.s.
Trabalho de recreação, lazer	.19n.s.
Compras, gestão do dinheiro	.337*
Locomoção	.389**
Comunicação	.383**
Relações sociais	.05n.s.
Rede de Apoio Social	.02n.s.
Rede familiar	.01 n.s.
Amigos	.12n.s.
Relações de confiança	.22n.s.
Ajuda aos outros	.15n.s.
Escala de Satisfação com o Suporte Social	-.06.n.s.
Satisfação com os amigos	-.09n.s.
Intimidade	.24n.s.
Satisfação com família	.02n.s.
Atividades sociais	-.135n.s.
Escala de Solidão	-.337*

n.s. - não significativo

*p < 0.05

**p < 0.01

3.2. Relação entre a Solidão percebida e a Rede de Apoio Social

Assim, podemos observar (Tabela 47) que existe uma correlação significativa (e negativa) entre a Escala de Solidão e a Rede de Apoio Social, nomeadamente a “rede familiar”; a rede de “amigos”, as “relações de confiança”; e a “ajuda aos outros”, significando que quanto maior a rede, menor será o nível de solidão percebida. Quer isto dizer que quanto maior é a rede social, menor será a percepção.

Tabela 47 – Distribuição de valores correlacionais entre a Solidão percebida e a Rede de Apoio Social

	Escala de Solidão
Rede de Apoio Social	-.12n.s.
Rede familiar	-,35*
Amigos	-,47**
Relações de confiança	-,50**
Ajuda aos outros	-,39*

n.s. – não significativo

*p < 0.05 - significativo

** p < 0.01 – muito significativo

3.3. Relação entre a Solidão e a Satisfação com o Suporte Social

Relativamente à observação e posterior análise dos valores correlacionais entre a Solidão e a Satisfação com o Suporte Social (Tabela 48) as diferenças significativas (e negativas) registam-se nos fatores “satisfação com os amigos”, “intimidade” e “satisfação com a família” cujos valores são -,546; -,647 e -,429 respetivamente. O fator “atividades sociais” não apresenta valor significativo. Quer isto dizer que quanto mais elevado o nível de Satisfação com o Suporte Social, menor será a Solidão.

Tabela 48 – Distribuição de valores correlacionais entre a Solidão e a Satisfação com o Suporte Social

	Escala de Solidão
Escala de Satisfação com o Suporte Social	n.s.
Satisfação com os amigos	-,546**
Intimidade	-,647**
Satisfação com família	-,429**
Atividades sociais	n.s.

n.s. – não significativo

** p < 0.01 – muito significativo

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Tendo sido apresentado neste estudo os resultados através dos diversos instrumentos de avaliação selecionados e considerando os objetivos inicialmente traçados para esta investigação, torna-se agora, pertinente uma reflexão coerente, concisa e consistente relativamente aos mesmos.

Apesar da solidão ser percecionada como um dos maiores problemas da população idosa, existem investigações que demonstram não existir uma relação direta entre o sentimento de solidão e as pessoas idosas.

Os aspetos mais consideráveis e relevantes e que estão diretamente relacionados com os conteúdos abordados no enquadramento teórico, são presentemente colocados em interpretação e discussão.

Para Fortin (1999) a discussão consiste em, citando: “...interpretar os resultados obtidos em relação com o problema, as questões de investigação ou as hipóteses e a estabelecer comparações e contrastes com trabalhos anteriores que incidiram sobre o mesmo fenómeno” (pág. 346), No entendimento de Fortin (1999, p. 41) “... *a partir dos resultados, podem-se propor novas vias de investigação e formular recomendações*”.

Atendendo aos objetivos inicialmente propostos, podemos afirmar que, os resultados obtidos na presente pesquisa constatamos que parte da amostra é constituída por indivíduos do sexo feminino que apresentam idades compreendidas entre os 65 anos e os 87 anos de idade. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) a percentagem das mulheres assume valores homens elevados em relação à dos homens, sendo a esperança média de vida de 3 anos.

A maioria desta população idosa vive no interior/rural, concretamente no concelho de Figueiró dos Vinhos, distrito de Leiria.

Na sua globalidade todas as pessoas idosas que deste estudo participaram, revelam um elevado nível de escolaridade (ensino secundário) e antes de se aposentarem exerciam a profissão de especialistas em atividades intelectuais e científicas, como sejam professores, médicos, engenheiros, etc. Estas pessoas auferem um rendimento superior a 1501 euros por mês.

Constatou-se que a maioria vive em casal, ou seja com o respetivo cônjuge.

No que diz respeito ao nível de desempenho de atividades funcionais e instrumentais da vida diária algumas pessoas revelaram ter dificuldades, fundamentalmente, nos “cuidados domésticos” e “locomoção”.

Relativamente à relação entre a idade e o nível de Funcionalidade, mostram que envelhecer é um facto inevitável e irreversível, pois cada dia que passa envelhecemos e paralelamente, à medida que a idade avança é notório o declínio progressivo e comprometimento da autonomia funcional. Quer isto dizer que as necessidades das pessoas idosas aumentam no que concerne à realização das Atividades da Vida Diária (AVD). Constatou-se, ainda, a existência de uma relação significativa entre a idade e a perceção da solidão.

Verificámos que existe uma correlação negativa entre a Solidão e a Rede de Apoio Social, concretamente na “rede familiar”; na rede de “amigos”, nas “relações de confiança”; e na “ajuda aos outros”. Isto significa que quanto maior é a Rede Social, menor a perceção da Solidão.

Na amostra estudada metade dos participantes revelam ter uma boa e consistente rede familiar, já que pelo menos numa vez no mês afirmam ver ou falar com nove ou mais familiares e o familiar com quem contactam mais vêm-no diariamente. Quarenta por cento destas pessoas idosas podem pedir ajuda pelo menos a 3 ou 4 familiares.

Em relação ao grupo de amigos mostram que, aqueles que habitualmente contactam encontram-se e veem-se, diariamente. Alguns especialistas constataam que manter as amizades ao longo do percurso da vida contribui para o bem-estar psicológico e emocional da pessoa idosa quer sejam através do apoio e companheirismo, quer nos momentos de maior ansiedade, quer em termos de mudança e adaptação à velhice. Apesar de neste estudo salientar-se uma boa rede de amigos, segundo Stevens (2001)

nem todos os idosos possuem amigos ao dispor, que preencham estas funções. Constatamos que 28,60% dos participantes neste estudo não possuem amigos íntimos a quem possam confiar determinados assuntos pessoais, mas 20,40% afirmam ter três ou quatro e 20,40% admitem ter cinco. Perante estes valores e pela vivência do quotidiano entendemos que as pessoas idosas são seletivas em relação à escolha de novas amizades.

As “relações de confiança” revelam que a maioria dos participantes têm sempre alguém com quem conversar acerca de alguma decisão a tomar. A “ajuda aos outros” também declarou uma correlação negativa com a Solidão.

No que concerne à Rede de Apoio Social em função da “zona territorial” este estudo permitiu concluir que não existem diferenças que sejam significativas entre os indivíduos que vivem na zona urbana e na zona rural em todas as subescalas da Rede de Apoio Social. No entanto e de acordo com os estudos de Fonseca, Martin & Amado (2003) o tamanho da rede social é maior nas zonas rurais. As pessoas idosas das zonas urbanas, concretamente as mulheres, parecerem viver socialmente mais isoladas e/ou a sua rede social não ser tão alargada, possuem mais confidentes.

O resultado da análise da relação entre a Solidão e a Satisfação com o Suporte Social veio mostrar que há diferenças significativas entre o nível de solidão percebida pela pessoa idosa e a “satisfação com os amigos”, a “intimidade” e a “satisfação com a família”, sendo que quanto menor solidão que ela sente, mais satisfeita está com os amigos e a família e melhor a perceção de intimidade.

No que diz respeito à relação entre Escala de Solidão com a Satisfação com o Suporte Social e as variáveis “sexo”, “zona territorial” e “estado civil” não foi possível encontrar diferenças significativas. Todavia, podemos constatar na literatura que as mulheres representam um maior número de amigos e de redes de suporte mais consistentes que a dos homens. Neste estudo não foi possível encontrar alguma diferença entre homens e mulheres face ao fator intimidade, no entanto as mulheres revelam dar-lhe a devida relevância (Ornelas, 1994).

Apesar de, alguns investigadores terem tido em consideração o tamanho e as características das redes de suporte, não encontraram diferenças significativas o que perante dados obtidos nesta investigação vem ser constatado. (Ornelas, 1994).

CONCLUSÃO

As alterações demográficas que têm ocorrido ao longo dos tempos, têm sido uma evidência constante. Portugal não é exceção e constitui, também, uma das suas reais preocupações na atualidade. Na estrutura da população portuguesa assiste-se a um desequilíbrio entre as taxas de natalidade versus mortalidade, e o aumento da esperança de vida a par de um declínio da fecundidade e dos progressos na área da saúde. Confirma-se, deste modo, uma melhoria das condições de vida e conseqüentemente uma significativa qualidade de vida registada no nosso país.

Constata-se também, um aumento significativo do número de pessoas com mais de 65 anos de idade tornando-se assim necessário implementar medidas estratégicas e novas formas de olhar para esta problemática, que permitam responder às necessidades da população mais idosa.

Num tempo mais próximo, as projeções apontam para a duplicação do número de pessoas com idades superiores a 65 anos de idade. Se por um lado, na sociedade atual, a longevidade é considerada um dos maiores triunfos da humanidade, por outro, apresenta esta, grandes desafios para as várias contexturas desta mesma sociedade, quer sejam familiar, social, económica, política, cultural, entre outras.

Parece-nos evidente que o discurso científico no contexto do envelhecimento aponte na direção de um conjunto de novos desafios num crescente rumo de mudança.

Todavia, neste processo de conquista que nos prolonga a vida, isto é, à medida que o ser humano ganha cada vez mais anos face à morte que em tempo idoso nos subtraía anos, as relações entre as gerações tornaram-se, progressivamente, mais fragilizadas.

No domínio das relações familiares, se por um lado a pessoa idosa é vista como consumidora de recursos, por outro, não se atenta à mais-valia e contributo que ela própria tende a representar, enquanto fonte enriquecedora de vivências e experiências para as gerações mais novas.

Inúmeros estudos têm vindo revelar-nos que as trocas intergeracionais, resultantes da solidariedade familiar, continuam a assumir o aspeto primordial das relações familiares, quer sejam elas, no domínio dos afetos, da ajuda doméstica e financeira, da guarda de crianças, entre tantas outras.

Neste horizonte, a participação nas dinâmicas familiares apresenta-se como proposta de intervenção no âmbito das relações estabelecidas e inerentes aos projetos de vida de cada um, contribuindo desta forma, para a promoção do bem-estar e qualidade de vida.

No decurso deste estudo fomos explanando alguns conceitos que circundam o sentimento de solidão nas pessoas idosas, facilmente se compreende e onde se contribuiu por certo, para o entender da melhoria na sua dinâmica.

Assim, ao compreendermos os fatores que influenciam e contribuem para aprofundar a definição complexa de solidão, seremos capazes de implementar estratégias quer na promoção de novas e melhores abordagens de prevenção, quer na mudança que possam cooperar para o bem-estar e qualidade de vida no seu processo individual e natural de envelhecimento.

A partir do exposto, reforça-se a necessidade de uma proeminente perspetiva de desenvolvimento, relativamente, ao futuro do último ciclo de vida do indivíduo. Tem sido prevalente uma visão biomédica patológica e de declínio, que se traduz numa imagem social, tendencialmente, negativa da velhice. Neste período de vida, marcado pela redução das capacidades e competências, emerge de forma natural nas relações sociais, o sentido que as pessoas estabelecem entre si e se traduzem, neste grupo populacional, em estereótipos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S. (2000). *Singularidade das Redes e Redes da Singularidade. Rede Social Pessoal e Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado (ISMT).
- Aldestein, A. (1977). *Tuberculosis death: a generation effect*. *Pop. Trends*, p. 20-3.
- Alkema, G.E.; Alley, D.E. Gerontology's Future: An integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, v. 46, n.5, p.574-582, 2006.
- Argyle, Michael, *The Psychology of Happiness*, 2nd ed. New Work: Taylor & Francis, 2001.
- Barron, A. I. (1996), *Apoio Social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veinteuno. Espanha Editores, 1996. 84-232-0918-4
- Bengston, V., Rice, C., Jonhns, L. (1999). Are Theories of aging important? Models and explanation in gerontology at the turn of the century in V. Bengston e K. W. Shaie (Eds) *Handbook of Theories of Aging*, NY: Springer Publishing Company, 3-20.
- Bowlby, J. (1990), *Apego e perda*, Vol. 1: Apego. (A. Cabral, trad.). Brasil: Martins Fontes (Obra original publicada em 1969).
- Buchholz, E. S., & Helbraun, E (1995). A psychobiological developmental model for na “alonetime” need in infancy, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 143-158.
- Cabrillo, Francisco & Cachafeiro, M^a Luísa (1992), *A Revolução Grisalha*, Lisboa, Planeta Editora.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Capitanini, M.E.S. (2000). Solidão na velhice: realidade ou mito? Em A.L. Neri & S.A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 69-89). Campinas: Papirus.
- Carvalho, M. C. (org.), *A família contemporânea em debate*, São Paulo: Cortez, 2003.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and stress: theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.

- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 79-87.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. & Hoberman, H. (1985), Measuring the functional components of social support. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: theory, research and applications* (pp. 73-94). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Cutrona, C. E. (1982), Transition to college: loneliness and the process of adjustment, In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 291-309). New York: Wiley Interscience.
- Cutrona, C. E. & Russell, D. W. (1987). The provisions of social support and adaptation to stress, In W. Nesand & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships*, Vol 1, (pp. 7-67). Greenwich, ET: JAI Press.
- Costa, Elisabeth (1998), *Gerontodrama – Velhice em cena*, São Paulo, Editorial Ágora.
- Costa, J. C. Gomes (2009), Contexto Familiar e Envelhecimento, in *Animação Sociocultural para a Terceira Idade*, 1ª Edição, Chaves, Intervenção.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs, In: S. Meisels e J. Shonkoff (Edts.) *Handbook of early childhood intervention*, (pp 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Eddy, P. D. (1961), *Loneliness: a discrepancy with the phenomenological self*, Unpublished doctoral dissertation. Adelphi College.
- Elkaim, M. (1987). *Les Pratiques de réseaux*. Paris, ESF.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia social. Una introducción in R. Fernández-Ballesteros (Dir.) *Gerontologia Social*, Madrid: Pirâmide, 31-54.

- Fernandes, F. & Luft, C.P., Guimarães, F. M. *Dicionário Brasileiro Globo*. 53. Ed. São Paulo: Globo, 2000.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Estudo da Relação entre Fatores Pessoais e Situacionais e Manifestações da Depressão. Coimbra: Quarteto.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares o idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Freitas, P. (2011). Solidão em idosos, Percepção em Função da Rede Social, II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada, p. 42
- Fries, J.F. & Crapo, L.M. (1981). *Vitality and aging: implications of the rectangular curve*. San Francisco, W.H. Freeman & Co.
- Fontaine, Roger (2000). *Psicologia do Envelhecimento*, 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores
- Fortini, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Fries, J. F. & Crapo, L. M., (1981). *Vitality and Aging: Implications of the rectangular Curve*. San Francisco: WH Freeman and Company.
- Fromm-Reichmann, F. (1959). Loneliness. *Psychiatry*, 22, 1-15.
- Frutuoso, D. (1999). *A terceira idade na universidade*. Rio de Janeiro: Ágora da Ilha.
- Fuster & Ochoa G. (2000). *Psicologia Social de la Família*. Ediciones Paidós, Barcelona.
- Horowitz, L. M., French, R.S., & Anderson, C. A. (1982). The prototype of a lonely person. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a source book of current theory, research and therapy* (pp. 135_149). New York: John Wiley & Sons.
- Hill, C. A. (1997). The relationship of expressive and affiliative personality dispositions to perceptions of social support. *Basic and Applied Social Psychology*, 19, 133-161.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Jones, G. J. & Rose, D. J. (2005). The field of gerokinesiology. In Jones G. J. & Rose, D. J. (Eds.) *Physical activity instruction of older adults* (pp. 11-21). Leeds: Human Kinetics.
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Lawton, M.P.; Brody, E. M. Assessment of older people: self-main and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v.9, 1960.p.170-186
- Litwak, E. (1981). *The modified extended family, social networks, and research continuities in aging*. New York: Columbia University Center for Social Sciences.
- Lubben (1998). Escala de Rede de Apoio Social (ERAS). In *UNIFAI*, Projeto DIA. Porto: UNIFAI.
- Marôco, João (2007), *Análise estatística: com utilização do SPSS*, Lisboa: Sílabo
- Mascaro, S. A. (1997). *O que é a velhice*. São Paulo: Brasiliense.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.
- Nazareth, J. (2004). *Demografia: A Ciência da População*. Lisboa: Editorial Presença pág.120 e 253
- Neri, A.L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. 3ª ed. Campinas: Alínea.
- Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Neto, F. (1992). *Solidão, embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social;
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social (Vol. II)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, M (2004), Solidão (também) mata... não só idosos como jovens, *Diário de Notícias*, in http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content_id=591870.
- Neves, C. I. C. (2006). *Inventário da Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais: contributo para a avaliação do suporte social em estudantes do ensino superior*. Tesede mestrado apresentada a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Neves, C. I. C. & Pinheiro, M. R. (2006). Adaptação e validação, Quality of Relationships Inventory (QRI): a qualidade dos relacionamentos interpessoais numa amostra de estudantes do ensino superior. In C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Goncalves & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XI conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e Contextos*(pp. 405-416). Braga: Psiquilbrios.
- Novotny, P.; Smith, D.; Guse, L.; Rummans, T.; Hartmann, L.; Alberts, S. & Sloan, J. (2010). A pilot study assessing social support among cancer patients enrolled on clinical trials: a comparison of younger versus older adults. *Cancer Management and Research*, 2: 133-42.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do idoso*. Porto: Legis Editora
- Oliveira, R. A. (1998). *Do vínculo ao suporte social: aspectos psicodinâmicos em sujeitos com deficiências físicas adquiridas*. Tese de doutoramento apresentada a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*, 32 (7), 767-771.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social. Origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), 333-339.
- Ornelas, J. (1996). Sistema de suporte comunitário. *Análise Psicológica*, 14 (2-3), 331- 339.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 15 (3), 375-388.
- Papaléo Netto, M. (2002) O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. Em Freitas, E. V. de et al. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 02-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina
- Pestana, M., Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências ociais – A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pierce, G. R. (1994). The Quality of Relationships Inventory: assessing the interpersonal context of social support. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht & I. G. Sarason (Eds), *Communication of social*

support: messages, interactions, relationships and community (pp. 247-266). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

- Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028-1039.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, Luísa (2004), "O idoso e a família: vidas com projectos", *Futurando*, nº11/12/13, Dezembro 2004, pp. 39-44.
- Pinheiro, M. R. (2003). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Tese de doutoramento apresentada a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2005). A Percepção de suporte social da família e dos amigos como elementos facilitadores de transição para o ensino superior. *Actas do VIII congresso galaico-português de psicopedagogia* (p. 467-485). Braga: Instituto de Educação e Psicologia/Centro de Investigação em Educação.
- Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2002). O Questionário de Suporte Social: adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicología para América Latina*, 5. In <http://www.psicolatina.org/Cinco/rede.html>.
- Ribeiro, J. L. (1994). A importância da família como suporte social na saúde. In L. Almeida, & I. Ribeiro (Org.), *Família e desenvolvimento*. Portalegre: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (1999a). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (18), 547-558.
- Ribeiro, J. L. P. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40: 533-579.
- Rokach, A., Bacanlı, H., & Ramberan, G. (2000). Coping with loneliness: A cross-cultural comparison. *European Psychologist*, 5, 302-311.

- Russell, D., Peplau, L. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Russell, D., Peplau, L. & Ferguson, M. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Rutledge, T.; Matthews, K.; Lui, L.; Stone, K. & Cauley, J. (2003). Social networks and marital status predict mortality in older women: prospective evidence from the study of osteoporotic fractures (SOF). *Psychosomatic Medicine*, 65: 688-94.
- Salgado, M. A. (1982). O significado da velhice no Brasil. São Paulo: SESC, *Caderno da terceira idade*.
- Salgado, M.A. (1982). Velhice, uma nova questão social. São Paulo: SESC, *Caderno da terceira idade*.
- Sampaio D, Gameiro J (1998). *Terapia Familiar*. Edições Afrontamento, Porto
- Santos, Purificação (2002), *A depressão no idoso*, 2ª Edição, Quarteto Editora, Coimbra;
- Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce G. R. (1990). *Social support: an interactional view*. New York: John Wiley.
- Sarason, I. G., Levine, H., Basham, R. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. & Pierce, A. R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: its stability, origins and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.
- Segalen, Martine (1999), *Sociologia da Família*, Lisboa, Edições Terramar.
- Shepard, Roy J. (1997). *Envelhecimento, Actividade Física e Saúde*, Phorte Editora.
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

- Sisenwein, R.J. (1964). *Loneliness and the individual as viewed by himself and others*. Unpublished doctoral dissertation. Colombia University.
- Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Sousa, Liliana; Figueiredo, Daniela e Cerqueira, Margarida (2004), *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Coleção Idade do Saber 2ª edição, Porto, Âmbar;
- Speck, R. V. & Attneave, C. (1990). *Redes Familiares* (L. Wolfson, Trad.) Buenos Aires: Amorrortu Editors. (Obra original publicada em 1973).
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society*, 21, 183-202.
- Souza, L. & Garcia, A. (2008). Amizade em idosos: Um panorama da produção científica recente em periódicos estrangeiros. *Estudo interdisciplinar do Envelhecimento*, 13, 173-190.
- Tang, W.; Lum, C.; Ng, K.; Ungvari, G. & Chiu, H. (2006). Prevalence and correlates of depression in Chinese elderly patients with pneumoconiosis. *Aging & Mental Health*, 10(2): 177-81.
- Valente Rosa. (1993). *Análise Social*, vol. XXVIII, 122, 3.º, 679-689 In <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223291769P9jTF5la0Hq76JE3.pdf>
- Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23 (4), 437-452.
- Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só. In O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 31-37) (I. Ortiz trad.). Brasil: *Artes Médicas* (Obra original publicada em 1965).
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Zimmerman, Guite I. (2000), *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*, São Paulo, Artmed Editora.

PÁGINAS DA INTERNET:

http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=5993008&att_display=n&att_download=y

- Revista de estudos demográficos

http://pt.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A2mide_et%C3%A1ria- definição de pirâmides etárias

<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223291769P9iTF5la0Hq76JE3.pdf> - Valente Rosa (680)

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt-INE Censos 2011 Momento censitário 21 de Março 2011

http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=5993008&att_display=n&att_download=y

- artigo 2º - página 21

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/947/2/17728_ulsd_dep.17453_Dissertacao_de_Mestrado_Copia.pdf - Tese sobre a solidão

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf

http://www2.uol.com.br/vyaestelar/solidao_velhice.htm- A mente na terceira Idade

<http://ipcentralgaranhuns.blogspot.pt/2011/05/solidao.html> - Solidão

<http://www.cpihts.com/PDF07/Joana%20Lopes%20Paiva.pdf>

http://www.afrid.faei.ufu.br/sites/afrid.faei.ufu.br/files/Doc/completo_8.pdf- O processo e o sujeito do envelhecimento

<http://www.exedrajournal.com/docs/N2/02A-catarina-e-isabel.pdf> - A qualidade dos relacionamentos interpessoais com os amigos: adaptação e validação do Quality of relationships Inventory (QRI) numa amostra de estudantes do ensino superior

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf - Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção

http://novohamburgo.org/site/queromais/colunistas/psicologia/2007/08/27/a_importancia_dos_grupos_de_amizades_na_terceira_idade/

http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf - Atualidades do INE – O envelhecimento em Portugal - Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61116/2/77053.pdf> - Características Psicológicas e solidão sentida em idosos do meio urbano - Fabiana de Almeida Oliveira, Porto 2011

<http://www.psicolatina.org/Cinco/rede.html> - Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos – 10-05-2013

http://novohamburgo.org/site/queromais/colunistas/psicologia/2007/08/27/a_importancia_dos_grupos_de_amizades_na_terceira_idade/

http://es.wikipedia.org/wiki/Transici%C3%B3n_demogr%C3%A1fica

[http://pt.scribd.com/doc/103326409/AnuarioPortugal2011,Destaque – informação à comunicação social INE – Anuário estatístico de Portugal \(2010\) Ano de Edição 2011](http://pt.scribd.com/doc/103326409/AnuarioPortugal2011,Destaque%20-%20informa%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20social%20INE%20-%20Anu%C3%A1rio%20estat%C3%ADstico%20de%20Portugal%20(2010)%20Ano%20de%20Edi%C3%A7%C3%A3o%202011)

ANEXOS