

## Importância da rede social para o envelhecimento bem sucedido e a saúde do idoso.

Importance of social network for the successful aging and health of the elderly.

Importancia de la red social para el envejecimiento exitoso y la salud de los ancianos.

Maria Helena Pimentel<sup>1</sup>, Hélder Jaime Fernandes<sup>2</sup>, Carlos Miguel Figueiredo Afonso<sup>3</sup>, Alice Bastos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Bragança, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E); <sup>2</sup>Instituto Politécnico de Bragança, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E); <sup>3</sup>Instituto Politécnico de Bragança; <sup>4</sup>Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Corresponding Author: [helder@ipb.pt](mailto:helder@ipb.pt)

### Resumo

O envelhecimento é um processo dinâmico de ganhos e perdas. Com a idade a heterogeneidade aumenta. Daí a necessidade de avaliar as redes sociais e proceder a um rastreio do isolamento social das pessoas idosas. No presente estudo procurou-se averiguar a relação entre a rede social e a saúde dos idosos do município de Bragança, no contexto do projeto de investigação multicêntrico AgeNortC. Objetivos: Descrever as características sociais, a saúde e a rede social dos idosos de um município do nordeste de Portugal; identificar a relação entre múltiplos indicadores relativos à rede social, aos recursos económicos e educativos e à saúde dos inquiridos sob as perspetivas bivariada e multivariada. Metodologia: Os dados foram recolhidos através de um protocolo gerontológico multidimensional aplicado a uma amostra de 100 idosos. Os dados foram analisados com recurso ao SPSS 24.0, tendo sido efetuada análise descritiva, análise inferencial e análise de regressão logística. Resultados: a subescala redes sociais de Lubben referente à família revelou-se particularmente importante para a saúde dos idosos, quer nos resultados bivariados ( $p < 0,05$ ) quer nos resultados multivariados ( $p < 0,05$ ). Conclusões: Tendo este estudo sido desenvolvido num território caracterizado pela interioridade e fustigado pelo envelhecimento e despovoamento, sobressai na amostra estudada a importância das relações sociais, principalmente as relações que emanam do seio familiar, para a promoção da saúde e bem-estar nos idosos.

**Palavras-chave:** envelhecimento; rede social, saúde, idosos, regressão logística

**Abstract**

Aging is a dynamic process of gains and loss. With age the heterogeneity increases. Hence the need to evaluate the social networks and to screen the social isolation of elderly people. In this context, the purpose of this study was to investigate its relationship with the health of the elderly in the city of Bragança, in the context of the AgeNortC multicentric research project. Objectives: The description of the social traits, health and social support of the elderly in a city in the northeast of Portugal; to identify the relationship between multiple indicators related to social network and economic and educational resources and the health of respondents under bivariate and multivariate perspectives. Methodology: Data was collected through a multidimensional gerontological protocol applied to a sample of 100 elderly citizens. Data was analysed using SPSS 24.0, as well as descriptive analysis, inferential analysis and logistic regression analysis. Results: Lubben Social Network Scale (LSNS) regarding the family was particularly important for the health of the elderly, both in the bivariate results ( $p < 0.05$ ) and in the multivariate results ( $p < 0.05$ ). Conclusions: Because this study was developed in a territory characterised by interiority and triggered by aging and depopulation, the importance of social relations stands out in the studied sample, especially relationships within the family environment that promote health and well-being of the elderly.

**Keywords:** aging, social network, health, elderly, logistic regression

**INTRODUÇÃO**

O suporte social é definido relativamente à existência ou quantidade das relações sociais em geral ou, em particular, podendo focar-se nas relações conjugais, de amizade ou organizacionais. Este conceito é também definido e medido no que concerne às estruturas das relações sociais do indivíduo e pelo conteúdo funcional das relações, incluindo o grau de envolvimento afetivo-emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação. Assim sendo, uma perspectiva global da suporte social, deverá englobar os seguintes fatores: a quantidade de relações sociais; a sua estrutura formal; e o conteúdo destas relações (Ornelas, 1994).

O suporte social é um conceito multidimensional, e está relacionado com os recursos materiais e psicológicos que as pessoas têm acesso nas suas redes sociais (Ribeiro *et al.*, 2012). Estes recursos são essenciais para o acesso a cuidados de saúde. O conceito de prestação de cuidados de saúde visa a promoção de assistência a um membro da família, ou de um grupo, no sentido de promover a manutenção de um bom nível de independência (Gomes & Mata, 2012).

As redes de suporte social têm uma importância significativa para a manutenção de um bom estado de saúde (Lubben *et al.*, 2006). A Organização Mundial de Saúde refere que a prevenção do isolamento social é fundamental para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo (WHO, 2002).

Com o avançar da idade, nomeadamente na etapa da velhice, surgem novos desafios no que concerne à manutenção de um bom estado de saúde que permita uma vida autónoma e independente. Também aqui as redes de suporte social têm um papel importante. Diversos

estudos têm revelado a importância das redes de suporte social na velhice (Aoki *et al.*, 2018; Crooks, Lubben, Petitti, Little, & Chiu, 2008; Evans *et al.*, 2018; Lim, Park, Lee, Oh, & Kim, 2013; Ribeiro *et al.*, 2012; Shou *et al.*, 2018). Com o aumento da idade, aumenta a probabilidade dos idosos serem confrontados com problemas de autonomia e poderem vir a depender cada vez mais dos elementos da sua rede de apoio social, nomeadamente da família (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013). Existe uma importante relação entre as redes de suporte social, o acesso aos serviços de saúde e o bem-estar dos idosos (Rubinstein, Lubben, & Mintzer, 1994).

Os idosos mais independentes, autossuficientes, têm maior satisfação com a vida e estão mais ajustados aos efeitos do envelhecimento. Existe uma correlação positiva entre a independência nas atividades de vida diária, o fortalecimento da rede de suporte social e o bem-estar percebido (Zainab & Naz, 2017). Por outro lado, idosos mais isolados, com menor rede de suporte social, referem experiências mais negativas no acesso a cuidados de saúde primários (Aoki *et al.*, 2018).

Também na saúde mental existem evidências de que os programas de intervenções destinados a aumentar a qualidade do relacionamento e fortalecer as estruturas de redes de suporte social podem ser benéficos na prevenção de sintomas depressivos entre os idosos (Santini *et al.*, 2016).

A família tem um papel central dentro da rede de suporte social na prestação de cuidados, sendo um contexto preferencial para o desenvolvimento da etapa do envelhecimento (Gomes & Mata, 2012). Existe evidência da relação entre o apoio social, especificamente aquele que é fornecido pela família, e a qualidade de vida das pessoas idosas (Valdez-Huirache & Álvarez-Bocanegra, 2018).

No discurso do senso comum, a família representa o lugar de aconchego, segurança, identidade e lembranças, muito embora as relações familiares se possam tornar difíceis e conflituosas. A verdade é que a família é uma instituição fundamental na vida das pessoas. Além de ser o elemento socializador fundamental (a agência formadora do indivíduo nos seus aspetos sociais, afetivos e educativos), é no seio da família onde se dá grande parte dos processos de reciprocidade de interesses, relações e serviços, isto é, a chamada solidariedade (Campenhoudt, 2003).

As características da família, assim como a dimensão desta, têm uma elevada importância no suporte social que esta proporciona (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola, & Faccenda, 2011). Também o contexto cultural e económico pode influenciar nos recursos disponibilizados pela rede familiar de suporte social (Li & Tracy, 1999). A família pode ainda

ter um papel intermediário essencial entre os serviços formais de apoio e a pessoa idosa (González & Palma, 2016).

Carvalho (2009) dá-nos conta das vantagens de envelhecer em família. Em primeiro lugar, o afeto dos filhos e familiares é um fator psicológico importante e positivo no processo de cuidados. Em segundo, o idoso a viver com a sua família está mais estimulado e mais dinâmico. Por último, a autora refere que envelhecer em contexto familiar proporciona uma forma de vida muito mais personalizada e flexível que envelhecer numa instituição (que está tendencialmente formatada para providenciar o mesmo serviço para uma população heterogénea e com diferentes necessidades). Os familiares são capazes de dar uma resposta rápida às necessidades do idoso, sem protocolos e sem burocracias. É no seio da comunidade familiar onde se conhecem com maior pormenor os traços de personalidade, carácter e preferências do idoso, bem como a sua história de vida.

Uma rede social fortificada na família potencia o suporte social sob lógicas diferentes. Por exemplo, Fernandes (2001) menciona a lógica da obrigatoriedade, que está associada ao dever de cuidar como obrigação, como nos casos em que a pessoa cuida porque não tem alternativa, ou seja, o dever de solidariedade e entreajuda. A contra-dádiva, o 'pagamento' de uma dádiva recebida anteriormente assume-se como uma lógica de carácter inter-geracional extraída na relação entre pais e filhos.

Aumentar a qualidade e quantidade da rede de apoio social, nomeadamente no que concerne à família pode ser uma estratégia para proporcionar um envelhecimento bem-sucedido. Rubinstein et al. (1994) referem que é necessário desenvolver mais investigação para se poderem implementar, de forma generalizada, programas de intervenção no sentido de alterar positivamente a rede de suporte social de um idoso.

Face ao que foi exposto, e tendo em conta a importância das redes de suporte e apoio social delinear-se como objetivos deste estudo: descrever os traços sociais, a saúde e o suporte social dos idosos do município de Bragança; identificar a relação entre múltiplos indicadores referentes ao suporte social e aos recursos económicos e educativos e a saúde dos inquiridos sob as perspetivas de análise estatística bivariada e multivariada.

A enunciação destes objetivos de investigação demonstra uma clara preocupação na promoção do modelo social de saúde, que enaltece as determinantes sociais para a saúde, ao sustentar que os fatores culturais e socioeconómicos têm um papel mais importante que os biológicos (Castro, 2013)

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal. Previamente ao preenchimento dos instrumentos de colheita de dados foi facultado o consentimento informado para os participantes assinarem e autorizarem a sua participação voluntária no estudo AgeNortC, uma investigação multicêntrica que visou medir o impacto de projetos de intervenção autárquica no envelhecimento bem-sucedido.

De um extenso protocolo gerontológico que foi aplicado, foram retirados para este estudo elementos que visaram avaliar se o inquirido se encontrava doente, alguns das suas características sociais (rendimento, escolaridade, género, número de filhos), se vivia sozinho, se frequentava ou tinha frequentado alguma universidade sénior no último ano e se participava em projetos de intervenção autárquica.

O conceito de suporte social foi operacionalizado através da avaliação da rede social do idoso com base nas questões utilizadas para Escala Breve de Redes Sociais (LSNS-6) de Lubben *et al.* (2006) na versão portuguesa de Ribeiro *et al.* (2012). A LSNS-6 tem por base dois conjuntos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. Os itens incluídos no primeiro conjunto são: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc... (1) “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês, (2) “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. Estes três itens são repetidos em relação aos amigos, incluindo aqueles que vivem na vizinhança do idoso. A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, a qual vai de 0 a 30.

Apresentam-se neste estudo os dados da submostra de 100 idosos do município de Bragança de um total de 300 idosos abrangidos pelo estudo AgeNortC. Em termos de análise estatística, procedeu-se primeiramente a uma análise descritiva da amostra através de tabelas de frequência (no caso das variáveis de natureza qualitativa) e da análise da média, desvio padrão, mínimo e máximo (no caso das variáveis de natureza quantitativa). Mencione-se que para a análise descritiva e codificação das doenças, recorreu-se à classificação internacional de cuidados primários projetada pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA, 2011).

Para identificar as variáveis relevantes para a situação de doença dos inquiridos foram adotadas duas estratégias de análise de dados. A primeira passou pela estatística bivariada, identificando de forma isolada, através de testes *t* de *student* para duas amostras independentes e testes de independência do qui-quadrado, as variáveis com influência

estatisticamente significativa para a situação de doença. A segunda estratégia, demonstrou a preocupação em captar o efeito intercruzado de todas as variáveis explicativas para a doença através da estatística multivariada, nomeadamente, através da obtenção de um modelo de regressão logística binomial para prever a probabilidade de estar doente. O modelo de regressão logística foi obtido através do método *Forward Wald*, um método de seleção *stepwise*, em que a entrada de determinada variável explicativa no modelo é feita em função da significância da estatística *score* e a remoção de determinada variável é feita em função da significância do teste de Wald (Mertler & Reinhart, 2016).

## RESULTADOS

Apresentam-se em primeiro lugar os traços sociais e a avaliação da rede social dos idosos inquiridos.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	70	70
Masculino	30	30
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	6	6
Casado(a)/União de Facto	70	70
Separado(a)/Divorciado(a)	2	2
Viúvo(a)	22	22
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	2	2
1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> Anos	49	49
5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> Anos	18	18
7 <sup>o</sup> -9 <sup>o</sup> Anos	9	9
10 <sup>o</sup> -12 <sup>o</sup> Anos	13	13
Ensino Superior	9	9
<b>Rendimento Mensal</b>		
Inferior a 250€	2	2
De 250€ a 420€	9	9

De 421€ a 750€	22	22
De 751€ a 1000€	16	16
De 1001€ a 2000€	30	30
Superior a 2000€	21	21
<b>Participação em atividades socio recreativas da Câmara Municipal</b>		
Não	50	50
Sim	50	50
<b>Frequentou uma academia/universidade sénior no último ano</b>		
Não	82	82
Sim	18	18
<b>«Vive Sozinho»</b>		
Não	77	77
Sim	23	23
<b>«Está Doente?»</b>		
Não	51	51
Sim	49	49
<b>Idade – Média 70,64 anos (Desvio Padrão 5,32); Mín: 59; Máx: 83</b>		
<b>Lubben Total (LSNS) - Média 18,3 (Desvio Padrão 5,63); Mín: 3; Máx: 28</b>		
Lubben Família - Média 8,89 (Desvio Padrão 3,18); Mín: 0; Máx: 15		
Lubben Amigos - Média 9,40 (Desvio Padrão 3,72); Mín: 1; Máx: 15		

Estamos perante uma amostra de idosos feminizada com um média etária de 70,64 anos (desvio padrão de 3,18 anos), caracterizada por um baixo nível de instrução (51% tem apenas até o 4º ano de escolaridade) e por rendimentos intermédios. Praticamente metade dos inquiridos respondeu que estava doente e apenas 18% respondeu ter frequentado uma universidade sénior no último ano.

**Tabela 2.** Doenças da amostra de acordo com a classificação ICPC-2

Classificação			
ICPC-2	Denominação	n	%
T90	Diabetes tipo 2	12	25,5
P76	Depressão	10	21,3
R79	Bronquite crónica	4	8,5
L95	Osteoporose	4	8,5
Y77	Neoplasia maligna da próstata	2	4,3
K04	Palpitações/Perceção do batimento cardíaco	2	4,3
K91	Doença vascular cerebral	2	4,3
T85	Hipertiroidismo	2	4,3
L91	Osteoartrose	1	2,1
R96	Asma	1	2,1
L88	Artrite reumatoide	1	2,1
P06	Perturbação do sono	1	2,1
D98	Colelitíase	1	2,1
D92	Doença diverticular intestinal	1	2,1
N87	Parkinsonismo	1	2,1
L89	Osteoartrose da anca	1	2,1
R95	Doença pulmonar obstrutiva crónica	1	2,1

Quase metade da amostra (46,8%) de inquiridos tem diabetes tipo 2 ou depressão. Refira-se que existe também uma elevada representação de doenças do aparelho respiratório (12,7%) e de doenças do sistema musculo-esquelético (14,8%).

**Tabela 3.** Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS) e doença

		Doença	Média±DP	P
<b>Lubben Total</b>		Não	19,22±5,45	<0,05
		Sim	17,35±5,70	
<b>Lubben Amigos</b>	<b>Total</b>	Não	9,61±3,23	0,533
		Sim	9,18±3,53	
<b>Lubben Família</b>	<b>Total</b>	Não	9,59±3,24	<0,05
		Sim	8,16±2,97	



Os idosos que responderam negativamente à situação de doença perfilam-se com uma rede social mais fortificada, a julgar pelas médias significativamente superiores na escala de rede social de Lubben total e na subescala de rede social de Lubben referente aos contactos com a família ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 4.** Doença consoante caracterização social

	Doença		
	Não	Sim	<i>P</i>
<b>Viver Só*</b>			
Não	57,1%	42,9%	<0,05
Sim	30,0%	69,6%	
<b>Frequentar uma academia/universidade sénior*</b>			
Não	51,2%	48,8%	1,000
Sim	50,0%	50,0%	
<b>Atividades Câmara Municipal*</b>			
Não	54,0%	46,0%	0,689
Sim	48,0%	52,0%	
<b>Nível de escolaridade**</b>			
Sem escolaridade	50,0%	50,0%	0,411
1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> Anos	42,9%	57,1%	
5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> Anos	55,6%	44,4%	
7 <sup>o</sup> -9 <sup>o</sup> Anos	66,7%	33,3%	
10 <sup>o</sup> -12 <sup>o</sup> Anos	46,2%	53,8%	
Ensino Superior	77,8%	22,2%	
<b>Rendimento Mensal**</b>			
Inferior a 250€	50,0%	50,0%	0,776
De 250€ a 420€	66,7%	33,0%	
De 421€ a 750€	40,9%	59,1%	
De 751€ a 1000€	43,8%	56,2%	
De 1001€ a 2000€	53,3%	46,7%	
Superior a 2000€	57,1%	42,9%	

**Tem Filhos?\***

Não	57,1%	42,9%	1,000
Sim	50,5%	49,5%	

\*Teste Exato de Fischer

\*\* Teste do Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo

Os inquiridos que vivem sozinhos apresentam uma percentagem significativamente superior na resposta afirmativa à situação de doença, a julgar pelo  $p < 0,05$  que indicia a existência de relação de dependência entre a variável que diferencia os inquiridos doentes e não doentes e a variável viver só.

**Tabela 5.** Resultados da Regressão Logística (Forward Wald)

Coeficientes	Estimativa	Erro	Estatística	
		padrão	Wald	<i>p</i>
Intercepto	1,283	0,637	4,059	<0,05
LubbenFamília (LSNS)	-0,149	0,068	4,845	<0,05
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0,067			
%corretamente Classificados	58,0			
<i>p</i> Hosmer & Lemeshow	0,359			

Apenas a subescala de redes sociais (LSNS) referente à família demonstrou ter contribuição estatisticamente significativa para a predição da probabilidade de estar doente, sendo que quanto maior o valor dessa subescala menor é a probabilidade de estar doente. Temos uma percentagem de variação explica de 6,7% e uma percentagem de corretamente classificados de 58%. Segundo o *p-value* superior a 0,05 (0,359) do teste Hosmer & Lemeshow não se rejeita a hipótese do modelo de adaptar aos dados.

## DISCUSSÃO

A vulnerabilidade social do idoso constitui, na atualidade, uma preocupação central, sendo importante estudar de que forma pode afetar o estado de saúde e o envelhecimento bem-sucedido.

Portugal é o quarto país da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas (European Commission, 2015) e a população da região estudada (o Nordeste Trasmontano) caracterizada-se por uma acentuada perda de população ao longo da última década (INE, 2012) e por um contínuo e acentuado envelhecimento (PORDATA, 2016). Segundo as mesmas fontes observa-se, na região, um índice de envelhecimento muito elevado, a 31 de dezembro de 2011 havia 252,7 idosos por cada 100 jovens.

A amostra de idosos feminizada neste estudo com um média etária de 70,64 anos, um baixo nível de instrução (51% tem até o 4<sup>o</sup> ano de escolaridade) e rendimentos intermédios vai de encontro à caracterização do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), relativamente ao Censos 2011 no distrito de Bragança e ainda aos estudos de Pimentel *et al.* (2018), Pereira *et al.* (2016) e Paiva *et al.* (2016).

Praticamente metade dos inquiridos respondeu ter pelo menos uma doença diagnosticada e a diabetes tipo 2, bem como a depressão assumem elevada taxa de prevalência tal como os estudos de Paiva *et al.* (2016), Pereira *et al.* (2016), Preto *et al.* (2017) e Nuno & Menezes (2014). Os idosos por nós estudados que responderam negativamente à situação de doença perfilam-se com uma rede social mais fortificada, a julgar pelas médias significativamente superiores na escala de rede social de Lubben total e na subescala de rede social de Lubben referente aos contactos com a família ( $p < 0,05$ ). Por sua vez, os inquiridos que vivem sozinhos apresentam uma percentagem significativamente superior na resposta afirmativa à situação de doença ( $p < 0,05$ ) que indicia a existência de relação de dependência entre a variável que diferencia os inquiridos doentes e não doentes e a variável viver só. De igual forma os resultados do estudo de Pimentel *et al.* (2018) demonstram que as mulheres idosas são particularmente vulneráveis em recursos sociais devido à situação de viuvez ( $p < 0,05$ ) e os homens idosos apresentam piores indicadores relacionados com a saúde preventiva. Estes dados vêm a reforçar a ideia apresentada por Gomes e Mata (2017) no que concerne à importância da família para a manutenção do estado de saúde e para o envelhecimento bem-sucedido.

Muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial a melhorar (DGS, 2017). A literatura sugere que programas de intervenção dirigidos a idosos melhoram os hábitos alimentares (Kimura *et al.*, 2013), aumentam o nível de aptidão física (Kang *et al.*, 2015), diminuem o risco de quedas (Gillespie *et al.*, 2012), têm um efeito positivo na qualidade de vida e saúde mental (Forsman *et al.*, 2011), reduzem o declínio funcional (Ruikes *et al.*, 2016) e aumentam a capacidade para a realização de atividades de vida diária (Hikichi *et al.*, 2015). Estes ganhos são de sumária importância para debelar os problemas de saúde e sociais identificados na nossa amostra. Por conseguinte os programas de intervenção devem partir de objetivos dirigidos à promoção da saúde e à participação e integração social (Bárrios & Fernandes, 2014); devem incluir uma exaustiva avaliação geriátrica inicial de modo a identificar problemas de saúde e necessidades sociais específicas do grupo-alvo e contexto geográfico (Pérez-Cuevas *et al.*, 2015). Devem basear-se nas melhores práticas e implementados ao longo de um período de tempo adequado (Gschwind *et al.*, 2013).

Atendendo a que a subescala redes sociais de Lubben referente à família se revelou particularmente importante para a saúde dos idosos, quer nos resultados bivariados ( $p < 0,05$ ) quer nos resultados multivariados (Wald = 4,845;  $p < 0,05$ ) os programas autárquicos que promovem atividades sociais e recreativas junto da população com mais idade poderão ir de encontro à necessidades específicas deste grupo etário e constam da agenda para a interioridade do Programa Nacional para a Coesão Territorial (2017), e ainda da Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025), cujas prioridades se prendem com as questões do envelhecimento e com o ajuste de serviços à realidade demográfica. Alinhados com esta necessidade vários autores (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola, & Faccenda, 2011; Mata & Veja, 2012; González & Palma, 2016; Gomes & Mata, 2017; Pereira, 2017) averiguaram nos seus estudos a importância das relações sociais, nomeadamente o apoio da família como forma de influenciar positivamente o bem-estar psicológico e a saúde, reduzir o isolamento social (e a solidão) e aumentar a satisfação com a vida. Também as atividades de grupo evitam muitas vezes o isolamento por parte dos idosos. Estas intervenções trabalham a dimensão identitária,

treinam habilidades para enfrentar constrangimentos do cotidiano, reforçam a autoestima, valorizam os seus saberes e potencialidades (Pimentel & Silva 2017).

## CONCLUSÃO

O envelhecimento da estrutura etária da população está a criar pressões nos serviços de apoio social e de saúde, o que significa que está a registar-se um aumento da procura diferenciada de prestação de serviços. É assim necessário desenvolver mais investigação no sentido de encontrar evidência científica que permita fundamentar melhor a reorganização dos serviços e programas disponibilizados (Rubinstein et al., 1994). A resposta poderá ser encontrada a partir da realocação de recursos e da priorização no investimento em programas de envelhecimento ativo que fortaleçam o apoio social e o bem-estar dos idosos em risco de isolamento social, em síntese repensar o envelhecimento de forma mais estruturada incluindo a família como uma estrutura prioritária nesse processo.

É na família onde se encontram as dinâmicas e os arranjos sociais de reciprocidade para uma promoção de bem-estar e saúde do idoso. É nessa célula nuclear da sociedade onde emanam as lógicas de suporte social mais óbvias e efetivas para a maximização dos ganhos para o envelhecimento ativo (Fernandes, 2001; Carvalho, 2009).

Por fim, este estudo vem também a apelar a adoção de uma postura epistemológica que enalteça os determinantes sociais para a saúde e que rompa com o naturalismo, isto é, com a tendência para explicar os fenómenos sociais como se de fenómenos naturais se tratassem, quando estamos perante fenómenos que são socialmente construídos (Castro, 2013). Ora a doença é um fenómeno que é também socialmente construído e com uma complexidade social que acresce perante a multidimensionalidade e multidisciplinaridade da ciência gerontológica.

Financiamento:

O presente estudo foi realizado no âmbito do projeto AgeNORTC – Envelhecimento, Participação Social e Detecção Precoce da dependência: Capacitar para a 4<sup>a</sup> idade (POCI-01-0145-FEDER-023712).

**BIBLIOGRAFIA:**

- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. de C., Domingues, M. A. R., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Cienc Saude Coletiva*, 16(5), 2603–2611.
- Anes, E. M. G. J., Geraldés, M. de F. P., Fernandes, A. M. P. da S., Magalhães, C. P., & Antão, C. M. da C. (2013). Avaliação da qualidade de vida do idoso residente em meio rural, 1, 247–258.
- Aoki, T., Yamamoto, Y., Ikenoue, T., Urushibara-Miyachi, Y., Kise, M., Fujinuma, Y., & Fukuhara, S. (2018). Social isolation and patient experience in older adults. *Annals of Family Medicine*, 16(5), 393–398. <http://doi.org/10.1370/afm.2257>
- Bárrios M. J., & Fernandes A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 32 (2), 188-196. doi:10.1016/j.rpsp.2014.09.002.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campenhoudt, L. V. (2003). *Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Carvalho, M. I. L. de. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Kairós*, 12(1), 77–96.
- Castro (2013). De como la sociologia construye sus objectos: el carácter problemático de los “determinantes” sociales de salud-enfermedad. *Idéias*, 6, 15-40.
- Crooks, V. C., Lubben, J., Petitti, D. B., Little, D., & Chiu, V. (2008). Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1221–1227. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2007.115923>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional Para O Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS.
- European Commission (2015). *Demography Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Evans, I. E. M., Llewellyn, D. J., Matthews, F. E., Woods, R. T., Brayne, C., Clare, L & Matthews, F. (2018). Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PLoS ONE*, 13(8), 1–14. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0201008>

- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39–52. <http://doi.org/ISSN 0873-6529>
- Forsman A. K., Nordmyr J., & Wahlbeck K., (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int*; 26 Suppl 1, i85-107. doi:10.1093/heapro/dar074.
- Gillespie L. D., Robertson M. C., Gillespie W.J., Sherrington C., Gates S., Clemson L. M., & Lamb S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* (9), CD007146. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Gomes, M. J., & Mata, A. (2017). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. A. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1st ed., pp. 163–173). Viseu: Psicosoma.
- González, E. F., & Palma, F. S. (2016). Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Invest Educ Enferm*, 34(1), 67–73. <http://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a08>
- Gschwind Y. J., Kressig R.W., Lacroix A., Muehlbauer T., Pfenninger, B., & Granacher U. (2013). A best practice fall prevention exercise program to improve balance, strength / power, and psychosocial health in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*; 13, 105. doi:10.1186/1471-2318-13-105.
- Hikichi H., Kondo N., Kondo K., Aida J., Takeda T., & Kawachi I. (2015). Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. *J Epidemiol Community Health*; 69(9), 905-910. doi:10.1136/jech-2014-205345.
- Kang S, Hwang S, Klein AB, & Kim SH. (2015). Multicomponent exercise for physical fitness of community-dwelling elderly women. *J Phys Ther Sci* 27(3), 911-915. doi:10.1589/jpts.27.911.
- Kimura M., Moriyasu A., Kumagai S., Furuna T., Akita S., Kimura S., & Suzuki, T. (2013). Community-based intervention to improve dietary habits and promote physical activity among older adults: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr*, 13 (8). doi:10.1186/1471-2318-13-8.
- Li, H., & Tracy, M. B. (1999). Family support, financial needs, and health care needs of rural elderly in China: A field study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14(4), 357–371. <http://doi.org/10.1023/A:1006607707655>

- Lim, J. T., Park, J. H., Lee, J. S., Oh, J., & Kim, Y. (2013). The relationship between the social network of community-living elders and their health-related quality of life in Korean province. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(1), 28–38. <http://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.1.28>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Von Kruse, W. R., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the lubben social network scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46(4), 503–513. <http://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos - Resultados definitivos. Portugal - 2011*. Lisboa: INE
- Mata, M. A. P., & Vega Rodríguez, M. T. (2012). Informal caregiving to dependent old people in the Northeast of Portugal. *Prisma Social*, (8), 333-357.
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Edições Caminho.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, 12(2–3), 333--339.
- Pereira, F. (2017). *Sistemas de apoio aos idosos em Portugal*. In F. Pereira (coord) *Teoria e Prática da Gerontologia* (119-128). Viseu: Psicossoma.
- Pereira, F., Nunes, B., Azevedo, A., Raimundo, D., Vieira, A., & Fernandes, H. (2016). Multidimensional assessment study of the elderly living alone in the county of Alfândega da Fé – Northeast of Portugal. *Journal of Aging & Innovation*, 5 (2): 27 -39.
- Pérez-Cuevas R., Doubova S. V., Bazaldúa-Merino L. A., Reyes-Morales H., Martínez D., Karam R., Gamez, C. & Muñoz-Hernández O. (2015). A social health services model to promote active ageing in Mexico: design and evaluation of a pilot programme. *Ageing Soc*; 35(7), 1457-1480. doi:10.1017/S0144686X14000361.
- Pimentel M. H., Afonso C. M. F., Alves, M. J., Monteiro, A. M. P. & Preto L. (2018). El deterioro de los recursos sociales de las mujeres ancianas: reflexiones sobre viudedad y conyugalidad. *Prisma Social* 21: 28-42.
- Pimentel, H. & Silva, M. (2017). Inclusão social dos idosos. En F. Pereira (coord) *Teoria e Prática da Gerontologia* (pp. 215-226). Viseu: Psicossoma.
- Preto, L. S. R., Dias, M. do C. C., Figueiredo, T. M., Mata, M. A. P., Preto, P. M. B., & Aguiar, E. M. (2017). Frailty, body composition and nutritional status in non-institutionalised elderly. *Enfermeria Clinica*, (XX). doi.org/10.1016/ j.enfcli.2017.06.004
- PORDATA. (2016) *Retrato de Portugal*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-



- 6). *Kairós*, 15 (1) , 217–234. Retrieved from <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12787>
- Rubinstein, R. L., Lubben, J. E., & Mintzer, J. E. (1994). Social Isolation and Social Support: An Applied Perspective. *The Journal of Applied Gerontology*, 13(1), 58–72. <http://doi.org/10.1177/073346489401300105>
  - Ruikes F. G., Zuidema S. U., Akkermans R. P., Assendelft W. J., Schers H. J., & Koopmans R. T. (2016). Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. *J Am Board Fam Med*; 29(2), 209-217. doi:10.3122/jabfm.2016.02.150214.
  - Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 59–69. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.032>
  - Shou, J., Du, Z., Wang, H., Ren, L., Liu, Y., & Zhu, S. (2018). Quality of life and its contributing factors in an elderly community-dwelling population in Shanghai, China. *Psychogeriatrics*, 18(2), 89–97. <http://doi.org/10.1111/psyg.12288>
  - Valdez-Huirache, M. G., & Álvarez-Bocanegra, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 113–121. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00113.pdf>
  - WHO. (2002). Active Ageing: a Policy Framework. Geneva: World Health Organization. <http://doi.org/10.1080/713604647>
  - Zainab, N., & Naz, H. (2017). Daily living functioning, social engagement and wellness of older adults. *Psychology, Community & Health*, 6(1), 93–102. <http://doi.org/10.5964/pch.v6i1.213>