

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

REDES SOCIAIS PESSOAIS E MOBILIDADE EM IDOSOS



LINA SOFIA VENÂNCIO DIAS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2015



REDES SOCIAIS PESSOAIS E MOBILIDADE EM IDOSOS

LINA SOFIA VENÂNCIO DIAS

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do
Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Sónia Guadalupe

Coimbra, outubro de 2015

Agradecimentos

À **Professora Doutora Sónia Guadalupe**, minha orientadora, pela partilha do saber e da sua experiência enquanto profissional, por todo o apoio que me deu durante o processo de investigação, pelas críticas construtivas, correções e sugestões úteis e pela permanente disponibilidade desde o primeiro momento.

À **minha família**, por todo o apoio e incentivo, pelas palavras de encorajamento, pela força e pela confiança. Obrigada por acreditarem em mim.

Aos **idosos** que colaboraram e participaram na presente investigação, todos eles tiveram um papel fundamental, sem os quais não seria possível a sua realização.

Às **instituições** que estiveram envolvidas no processo de investigação e que deram um importante contributo.

A presente investigação não teria sido possível sem o apoio, contribuições e disponibilidade de todos os intervenientes, que de uma forma direta ou indireta, contribuíram para a sua realização.

A todos os envolvidos, os mais sinceros agradecimentos.

Resumo

Objetivos: A investigação tem como objetivo geral analisar a associação entre a mobilidade nos idosos e as características estruturais, funcionais e relacionais-contextuais das suas redes sociais pessoais.

Metodologia: No nosso estudo utilizámos o Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal, IARSP, versão idosos (IARSP Idosos de Guadalupe & Vicente, 2012; Guadalupe, 2009), que permite caracterizar a rede social pessoal do indivíduo e uma questão do WHOQOL (OMS; Canavarro et al., 2006) para avaliar a perceção de mobilidade.

Participantes: A amostra é constituída por 446 idosos com idades compreendidas entre os 65 anos e os 98 anos. Os participantes são na sua maioria do sexo feminino (63,9%; n = 285), casados (51,6%; n = 230) e com escolaridade (65,9%; n = 294).

Resultados: Verifica-se que são os idosos do sexo feminino, os casados e com escolaridade, aqueles que apresentam uma média mais elevada de mobilidade percebida. Consta-se que existe uma maior proporção de idosos cuja mobilidade é “boa ou muito boa” (48,2%; n = 215) em comparação com os que têm uma mobilidade “nem boa nem má” (26,5%; n = 118) e com os que a mobilidade é “má ou muito má” (25,3%; n = 113). Quanto às características estruturais, os idosos que apresentam melhor mobilidade percebida têm uma média mais elevada na proporção das relações familiares nas redes (M = 77%), quanto às características funcionais, na companhia social (M = 2,37), apesar de não existirem diferenças significativas, e na reciprocidade de apoio (M = 3,53; $p = 0,002$), e consideram estar muito satisfeitos com a rede (M = 2,87, $p = 0,059$), quando tais características comparadas com as dos idosos com pior mobilidade. Verificam-se também diferenças entre as subamostras quer no apoio material e instrumental (M = 2,30; $p = 0,013$) e no apoio informativo (M = 2,44; $p = 0,001$), registando o grupo das pessoas com pior mobilidade as médias mais baixas. Quanto às características relacionais contextuais, na durabilidade das relações, os sujeitos com mobilidade “má ou muito má” apresentam uma média mais elevada (M = 42,41 anos; $p = 0,025$).

Conclusão: Segundo a pior ou melhor mobilidade, é nas características funcionais que se assinalam as principais diferenças estatisticamente significativas, o que nos permite afirmar uma associação entre mobilidade nos idosos e as relações interpessoais, pelo conteúdo das relações e pelo apoio que percecionam. Concluímos que os idosos que se consideram com melhor mobilidade apresentam, na generalidade, características de rede social mais positivas quando comparados com os que têm menor mobilidade percebida.

Palavras-chave: redes sociais pessoais, mobilidade, autonomia, idosos.

Abstract

Objectives: The main goal of the research is to analyze the association between mobility in the elderly and the structural, functional and relational-contextual characteristics of their personal social networks.

Methodology: In our study, we used the Social Personal Network Assessment Tool – IARSP , elderly version (IARSP-Idosos of Guadalupe Vicente, 2012; Guadalupe, 2009), enabling an individual's personal social network and a question of WHOQOL (WHO; Canavarro and such, 2006) to evaluate their perception of functionality of mobility.

Participants: The study has 446 elderly participants aged between 65 years and 98 years. Participants are mostly female (63,9%; N = 285), married (51,6%; N = 230) and with education (65,9%; N = 294).

Results: We found that older women, married and with education are those with a better mobility. It is noted that there is a greater proportion of elderly people whose mobility is "good or very good" (48.2%, n = 215) compared to those with a mobility "neither good nor bad" (26.5%, n = 118) and the mobility is "bad or very bad" (25.3%; n = 113). Regarding the structural characteristics, seniors who have better perceived mobility have a higher average in the proportion of family relationships in networks ($M = 77\%$; $p = 0,331$), and for the functional characteristics as social company (2, 37; $p = 0,418$), reciprocal support (3.53; $p = 0.002$), and satisfaction with their network ($M = 2.87$; $p = 0.059$) when these characteristics are compared with those of older people with poor mobility. Exist also statistically significant differences between subsamples either in the material and instrumental support ($M = 2.30$; $p = 0.013$) and informational support ($M = 2.44$; $p = 0.001$), recording the group of people with poorest mobility. For the relational and contextual characteristics, individuals with mobility "bad or very bad" have a higher mean durability of relationships ($M = 42.41$; $p = 0.025$).

Conclusion: According to better or worse mobility, the functional characteristics indicates major differences between subsamples, that allow us to assert an association between mobility in the elderly and the content of interpersonal relationships, as well as the perception of support. We conclude that the elderly who consider themselves to have better mobility in general, have more positive social networking features when compared to those with lower perceived mobility.

Keywords: personal social networks, mobility, autonomy, elderly.

Índice

Introdução	1
Objetivos	11
Material e Métodos	
Âmbito Geral do Estudo	11
Amostragem e Amostra	12
Procedimentos	14
Instrumentos	14
Análise Estatística	17
Resultados	17
Discussão e Conclusão	23
Referências Bibliográficas	30

Imagem da capa: <http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/img/imagemgde.jpg>

E-mail: lina.venancio@gmail.com

INTRODUÇÃO

Um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades do século XXI é o crescente envelhecimento da população, registando-se um rápido crescimento da população idosa em todo o mundo (Fernandes, 2000), e também em Portugal, sendo por isso relevante a produção de investigação sobre esta população.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), o crescimento demográfico da população em Portugal na década passada foi de 5%, enquanto que nesta década foi apenas de 2%. Verifica-se simultaneamente um fenómeno de duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, em que há 30 anos, em 1981, cerca de $\frac{1}{4}$ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Entre 2001 e 2011 houve uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) de 5,1% e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de 22,5%. Em contrapartida, houve um aumento da população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4% (este valor contrasta com os 8% aferidos, em 1960, e com os 16% da década anterior), bem como a população que está entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

O processo de envelhecimento é complexo, universal e contínuo podendo no entanto notar-se uma evolução mais rápida ou pelo menos mais evidente num determinado indivíduo (Fernandes, 2000; Fontaine, 2000). Para Birren & Schroots (1996, *cit. in* Fonseca, 2006) a idade cronológica é usada como principal índice de informação acerca de uma pessoa e do seu desenvolvimento, mas salvaguardam que a idade só por si não explica muito.

Daí o envelhecimento se definir, segundo Doron & Parot (2001) como sendo um “efeito normal da idade nas diferentes funções psicológicas e orgânicas que tende, se bem que de uma maneira muito desigual, conforme os indivíduos e as funções, a uma diminuição dos desempenhos e capacidades”. Desta forma, compreende-se o envelhecimento como um fenómeno que está relacionado com alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida (Sequeira, 2007).

Em 2011, em Portugal, cerca de 15% da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tinha 65 ou mais anos de idade. Neste sentido obtemos um índice de 129 idosos por cada 100 jovens (INE, 2011). Para o ano de 2050, o INE (2007) prevê que em Portugal a população continue a envelhecer cada vez mais e o seu índice de envelhecimento poderá atingir os 243 idosos por cada 100 jovens. De acordo com as previsões do INE (2009), prevê-se que em 2060, em Portugal, residam cerca de 3 idosos por cada jovem. Ou seja, em 2060 habitarão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, o que

equivale a mais do dobro do valor apontado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens. Devido a todas estas mudanças, estima-se que em 2050 a situação se venha a agravar e que a população idosa represente 22% da população mundial (ONU - *World Population Ageing 2009, 2010*).

Na opinião de Vaz Serra (2006), o processo de envelhecimento é vulgarmente dinâmico, lento e progressivo, mas individual e variável, fundamentando a inclinação para identificar os mais velhos como um grupo heterogéneo. O decair das mais variadas funções não é constante nem no mesmo indivíduo nem de indivíduo para indivíduo. Para este autor envelhecer não se traduz, meramente, por ficar com mais idade. O processo de envelhecimento acarreta, gradualmente, o detrimento muscular e a deterioração de numerosas funções corporais e intelectuais mas, neste âmbito, é necessário aludir que nem todas as funções biológicas declinam ao mesmo tempo.

As transformações, quer físicas, quer biológicas, adquiridas através do processo de envelhecimento referem-se à aparência. Os órgãos dos sentidos sofrem algumas alterações: ao nível da visão, a adaptação a alterações de luminosidade torna-se mais lenta; ao nível da audição tem tendência a diminuir ou a perder a precisão; e ao nível do olfato e paladar estes tendem a não ser tão sensíveis (Lieberman, 2002).

Damásio (2005) aponta a importância do corpo e da própria atividade corporal para a conservação da mente normal. No entanto, muitos idosos acabam por evidenciar lacunas a este respeito pelo agravamento da sua imobilidade corporal.

Na composição global do corpo, manifestam-se mudanças a vários níveis: na estatura, esta diminui devido a transformações do tecido conjuntivo; há uma acentuada lentificação do corpo, o que se relaciona com a velocidade de condução dos impulsos nervosos que diminui com a idade; o corpo torna-se mais frágil, devido às alterações originadas ao nível dos ossos, quer pela escassez do cálcio, quer pelo desgaste que sofrem com o uso; os próprios sentidos também decaem com a idade; o corpo torna-se mais escasso, o que se manifesta, por exemplo, a nível das secreções glandulares, que diminuem o seu débito; e por último, o corpo torna-se mais reduzido, na medida em que vai ficando com menos células (musculares, etc.), menos cabelo, menos papilas gustativas, entre outros (Simões, 1982).

Segundo Fontaine (2000) um envelhecimento com sucesso está associado à conjugação de três fatores: o primeiro é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perdas de autonomia; o segundo consiste na manutenção de um elevado nível funcional nos planos físico e cognitivo; o terceiro é a conservação do empenhamento e dedicação social e de bem-estar subjetivo.

Na idade avançada, é de salientar que, no que concerne à autonomia, fatores como a idade, o género masculino, a ausência de problemas de saúde, a presença de uma situação

médica estável e a inexistência de consumos tabágicos predizem a manutenção de autonomia (Ford, A., Haug, M., Stange, K., Gaines, A., Noelker, L. & Jones, P., 2000).

A autonomia na execução de tarefas, habitualmente praticadas e necessárias a todos os indivíduos, como as tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vivem, que asseguram a possibilidade de viverem sozinhos na sua habitação está relacionada com a noção de funcionalidade ou capacidade funcional (Fillenbaum, 1986, *cit. in* Botelho, 2005). O objetivo da avaliação da funcionalidade tem como interesse reconhecer e sinalizar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades (Stuck e col., 1993, *cit. in* Botelho, 2005). Stuck e col. (1993, *cit. in* Botelho, 2005) sugerem ainda que, a capacidade funcional deve ser classificada, tendo em conta o nível de auto-suficiência no desempenho, o que em termos dicotómicos se pode manifestar como *independência* (quando há independência total, ou somente a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as restrições existentes são superadas) ou *dependência* (quando há necessidade de ajuda frequente por parte de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade).

Para Meisner, Dogra, Logan e Weir (2010), as pessoas idosas que são inativas fisicamente possuem mais limitações funcionais, doenças crónicas e um envolvimento social mais reduzido.

Schroots, Fernández-Ballesteros e Rudinger (1999), em oposição aos estereótipos que aliam a ancianidade a um maior nível de dependência, realçam que a grande maioria das pessoas com mais de 65 anos vive de forma independente e tem uma energia, dinamismo e resiliência que lhes permite funcionar a um nível satisfatório.

Sousa, Galante e Figueiredo (2003) demonstraram, com base num estudo exploratório que realizaram à população portuguesa acerca da qualidade de vida e bem-estar, através de uma amostra de 1354 idosos de diversos distritos nacionais, que 79.7% eram “autónomos” (não demonstravam incapacidades em nenhuma das áreas consideradas) e 10.9% eram “quase autónomos” (apresentavam valores médios nos fatores em análise), perfazendo um total de 90.5% nestas duas categorias, destacando que apenas 4.1% dos participantes foram classificados como “dependentes”.

Num estudo realizado por Klumb e Maier (2010), concluíram que depois dos 70 anos de idade, todo o tempo que os idosos expendem na realização de tarefas regenerativas, como descansar, produtivas, como realizar lidas domésticas e de socialização, como conviver com amigos, está relacionado com a longevidade, o que pode indicar que estas tarefas geram condições psicossociais associadas a uma melhor qualidade de vida e, se forem preservadas diariamente, acumulam os seus efeitos positivos ao longo da vida.

Num estudo realizado por Baltes e Smith (1999, *cit. in* Fonseca, 2006), revela a existência de uma relação significativa entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, estando o empobrecimento do primeiro diretamente aliado à diminuição do último. No mesmo estudo, estes autores revelam que fatores como a visão e a audição mostram ter mais influência sobre o funcionamento cognitivo do que o próprio historial de vida do indivíduo (no que concerne a educação, classe social ou rendimento).

Um outro estudo realizado por Braam et al. (2005) demonstrou que as limitações, a incapacidade e a dependência física, abrem caminho a um possível sofrimento psicológico, aumentando assim as probabilidades dos idosos virem a sofrer de algum tipo de perturbação depressiva e ansiosa.

Sousa (2008) sugere que os sinais críticos para a possibilidade de ter uma vida independente são estabelecidos pela capacidade demonstrada pelo idoso, em manter funções de cuidados pessoais, como o vestir, o lavar e o cuidar, e a realização de atividades que possam auxiliar na manutenção da vida diária, como o facto de estar orientado no tempo e no espaço, a possibilidade de fazer compras, usar o telefonar ou efetuar pagamentos. Este autor acrescenta ainda que os idosos saudáveis não têm dificuldades em realizar este tipo de atividades, desde que no seu passado as tenham cumprido com sucesso. Só não as conseguem executar, se tiverem graves limitações sensoriais, de saúde física ou mental.

Quanto ao conceito de dependência, Sequeira (2010) descreve-a como sendo a incapacidade que o indivíduo tem para conseguir um grau de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de praticar comportamentos ou executar tarefas sem a ajuda de outros.

Segundo dados do *Globalstat* (2015) houve um aumento notório do rácio de dependência da população acima dos 65 anos, na maioria dos países, entre os anos de 1960 e 2013, e em Portugal registou um valor de 12,73% em 1960 e 28,24% em 2013.

A dependência emerge como resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade no que respeita à funcionalidade da pessoa, como sequela de um processo patológico ou acidente. Deste modo, torna-se relevante distinguir autonomia, dependência e independência (Sequeira, 2010). Já de acordo com Santos (2002, p. 49), a autonomia é o “conjunto de procedimentos que o sujeito tem consigo mesmo, como autor das suas próprias normas e do sistema de valores escolhido para gerir a sua conduta e administrar as suas atitudes”.

A perda de autonomia é um dos fenómenos que mais influência exerce, quer na vida, quer na qualidade de vida dos idosos, sobretudo a nível psicológico. A independência e a dependência não são conceitos fáceis de operacionalizar. Cerqueira, Figueiredo e Sousa (2004,

cit. in Sousa 2008) sugerem que a independência é traduzida pela condição que o idoso recorre aos seus próprios meios para a satisfação das suas necessidades.

Paschoal (2000, *cit. in* Santos 2008) diz que envelhecer com autonomia, independência, ter um papel social ativo e uma boa saúde física e psicológica, são alguns dos fatores que contribuem para a promoção de uma boa qualidade de vida.

Vários autores (Krause, 2001, 1999; Baltes, 1996, 1999; Carstensen 1996, 1999, *cit. in* Fonseca, 2005 e Paúl 2005) expressam determinantes extintos no que toca ao envelhecimento ativo.

Para Krause (2001, 1999 *cit. in* Fonseca, 2005) o fator mais determinante é a disponibilidade das redes de suporte social. Para Baltes e Carstensen (1996, 1999, *cit. in* Fonseca, 2005) são primordiais os agentes psicossociais, a saúde física, as capacidades funcionais e estilo de vida, e as condições biofísicas e condições sociais. Para Paúl (2005) são as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e ainda a saúde e serviços sociais.

Sabe-se que a ligação existente entre saúde e relações sociais é de extrema relevância no que diz respeito ao envelhecimento, pois este é influenciado pelo apoio social recebido e percebido.

Na opinião de vários autores (Barreto, 1984, 1988; Paúl, 1996, 2001; Novo, 2003 *cit. in* Fonseca, 2004; Paúl, 2005; e Matsukura, Marturano e Oishi, 2002, *cit. in* Resende e col., 2006) a presença das redes e das relações sociais significativas no processo de envelhecimento é essencial para preservar a autonomia dos idosos, bem como um autoconceito positivo e uma maior satisfação de vida, necessários para conseguir um envelhecimento bem sucedido.

Um estudo realizado por Berkman e Syme (1979), em Alameda County, na Califórnia, numa amostra de 6.928 sujeitos, em que se pretendia verificar a relação entre os laços sociais e comunitários e a mortalidade, os resultados do estudo vieram demonstrar que os indivíduos sem vínculos sociais estavam mais propensos a morrer mais cedo quando comparado com outros sujeitos que mantinham um maior contacto social e comunitário. Estudos anteriores vieram também comprovar que os laços sociais e os relacionamentos podem desempenhar um papel fundamental na determinação do estado de saúde, sendo que as pessoas que passam por rápidas mudanças sociais e culturais, bem como aquelas que vivem em situações caracterizadas pela desorganização social e pobreza parecem estar mais vulneráveis em situação de doença. Os mesmos estudos demonstram ainda que um maior suporte social pode ter um papel protetor contra os efeitos nocivos para a saúde associados com os eventos de vida produtores de stresse, a deterioração duradoura para a sua saúde, e o aumento das taxas de mortalidade, como no caso de viúvas de militares ou nos homens em situação de desemprego (Berkman e Syme, 1979). Ainda segundo os referidos autores pode-se concluir que as circunstâncias sociais, tais como o

isolamento social desempenham um papel determinante nas variações do estado de saúde dos sujeitos e podem influenciar e/ou afetar a adequada resistência e vulnerabilidade nas doenças em geral.

Para Fernández-Ballesteros (2002, *cit. in* Fonseca, 2005) a manutenção da autonomia, da independência, a melhoria da qualidade de vida e a expectativa de uma vida saudável, a par do crescimento “existencial” de relações sociais estáveis, alargadas e significativas, são as condições sociais preditoras de um envelhecimento ativo.

Flick, Fischer, Neuber, Schwarts e Walter (2003) realizaram um estudo na Alemanha e comprovaram que a ausência de doença, por si só, é claramente insuficiente para caracterizar o estado de saúde na idade avançada, sendo necessário ir ao encontro de variáveis como sistemas de *coping*, integração social, redes de suporte social, etc. Para os autores do estudo, a ligação entre saúde e atividade, bem como a capacidade do indivíduo para ajustar a sua vida a alguns limites e restrições, preservando a autonomia e o controlo, são os traços que melhor definem o conceito de saúde aplicado ao envelhecimento (Fonseca, 2006).

A interação social é importante para o idoso, pois para além de facilitar e aumentar as relações sociais e melhorar a qualidade de vida, tem um efeito benéfico na saúde, e quando isso não é exequível, as pessoas sentem-se dependentes, o que pode afetar a saúde de diversas maneiras. A literatura mostra ainda que as redes sociais compostas por familiares e amigos diminuem os efeitos do stresse nos idosos, elas favorecem suporte social na configuração de amor, carinho, cuidado e assistência (Ramos, 2002; Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007). Neste âmbito, as redes sociais têm um papel de extrema importância na manutenção e promoção da saúde física e mental. Ao contrário, a escassez de relações sociais e a falta de convivência social é tido como um fator de risco para a saúde, potenciando graves danos na capacidade cognitiva geral (Ramos, 2002; Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007).

No intuito de investigar a constituição das redes sociais de idosos e a presença de suporte social, Erbolato (2004) no seu estudo realizado com idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos, concluiu que, as redes eram constituídas principalmente por elementos mais jovens (filhos, netos, genros e noras), por familiares diretos (descendentes) ou indiretos, companheiro(a) e amigos de mesmo sexo. Concluiu também que as redes sociais foram eficazes na manutenção da qualidade de vida na velhice, facilitando oportunidades de comunicação aprazível, confiança (auto-revelação), sentimentos de segurança e apoio em situações críticas. No caso de perdas, por falecimento de familiares ou de cônjuge, o estudo evidencia que estes são substituídos por parentes novos, não consanguíneos, ou por amigos íntimos, sugerindo um esforço adaptativo para manter as redes funcionais (*idem*).

Sabe-se que frequentemente os idosos recebem os cuidados vindos da família, dos amigos ou dos vizinhos. São estes elementos da rede que prestam apoio, surgindo como essencial fonte de auxílio, no entanto, são os descendentes diretos que estão à frente. Estudos realizados na União Europeia demonstram que cerca de 70% ou 80% dos cuidados prestados a idosos dependentes são prestados pela família (Brito, 2002), mais concretamente, e na maioria dos casos, é o cônjuge que cuida; em 17% dos casos, são os filhos; em 5%, o irmão/irmã; e em 4,4%, dos casos outros parentes (Martins, 2006).

Outro aspeto importante é o habitat. Lopes (2004, *cit. in* Ferreira, 2009) realizou um estudo onde comparou as diferenças entre idosos que habitam no meio rural e idosos que habitam no meio urbano, a nível da qualidade de vida e do suporte social. Pode-se constatar que os idosos do meio rural tinham uma perceção de suporte social recebida maior que os idosos do meio urbano. Igualmente Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), noutro estudo, tiraram as mesmas conclusões ao compararem as subamostras rural e urbana. E demonstraram ainda nesse mesmo estudo que os idosos do meio rural têm uma rede mais alargada de familiares e amigos comparativamente com os idosos do meio urbano.

Para Figueiredo (2007), é na fase mais tardia da vida, após os 65 anos, que emergem alterações nos papéis sociais, impondo ao idoso novas condições de vida. É aqui que as relações sociais desempenham um papel crucial na prevenção da solidão e na promoção do envolvimento social.

Na opinião de Ramos (2002), através do convívio com outras pessoas poderão surgir hábitos saudáveis, e ajudar o idoso a adquirir um melhor sentido de controlo pessoal, contribuindo para o seu bem estar psicológico. Também outros autores investigaram nos seus estudos o papel importante que as relações sociais têm, e concluíram que para além de darem suporte social, influenciam positivamente o bem estar psicológico e a saúde percebida, e reduzem o isolamento social e aumentam a satisfação com a vida (Carvalho e col., 2004 *cit. por* Resende, Bones, Souza e Guimarães, 2006; Ramos, 2002; Sequeira e Silva, 2003; Paúl, 2005; Carneiro, Falcone, Clark, Prette e Prette, 2007).

Quando a autonomia é reduzida a importância do cuidado informal aumenta substancialmente. O Relatório Final do Soccare Project (2003) comparou a realidade no domínio dos cuidados sociais entre cinco países europeus: Finlândia, França, Itália, Portugal e Reino Unido, concluindo que, os cuidados familiares predominavam em todos os países, mais acentuadamente no Sul da Europa. Em Portugal, o papel de cuidar é de facto reportado, histórica e culturalmente, para a esfera familiar. Esta tendência continua a estar fortemente enraizada, nomeadamente nas comunidades rurais do interior norte do país, onde o cuidar os parentes

mais velhos é visto como obrigação constituindo desta forma um padrão ético e comunitário fortemente partilhado.

Um estudo levado a cabo por Martins (2006), realizado com 34 pessoas (2 homens e 32 mulheres, cuidadores dos seus progenitores, ou dos progenitores dos seus cônjuges, residentes nos Concelhos de Soure (contexto rural) e Coimbra (contexto urbano) mostrou que as estratégias que as redes informais (em particular a família) adotam para cuidar são muito diversificadas e, muitas vezes, indicadoras de uma enorme capacidade imaginativa, o que é sintomático da maleabilidade que distingue as dinâmicas familiares contemporâneas. O principal objetivo do estudo foi perceber a especificidade e a complexidade das ligações existentes no contexto das famílias que assumem a prestação de cuidados aos seus membros mais velhos, em situação de dependência, dando particular evidência ao delineamento de estratégias de cuidar no interior das fratrias. Os resultados concluíram que a maneira como cada rede familiar cuida depende de uma conjugação de fatores que tornam as soluções de apoio únicas, complexas e imprevisíveis.

Um outro estudo de Deus, Guadalupe e Daniel (2012) sobre as expectativas associadas ao cuidar das gerações mais velhas, comparando filhos únicos e membros de fratrias, realizado a 185 participantes, concluiu que se verifica uma preferência dos indivíduos com irmãos (36,3%) na partilha do cuidado com um familiar. Os filhos únicos, contrariamente aos filhos membros de uma fratria, equacionam de forma diminuta a possibilidade em partilhar o cuidado com outro familiar. Ao agruparmos as opções que passam pelos cuidados formais, verificamos que estas surgem com maior representatividade no caso dos filhos únicos. Os resultados deste estudo demonstraram que subsiste uma lógica de cuidar ambivalente, observando-se que o que motiva os familiares a cuidar do seu pai ou mãe idosa dependente é o “amor, ternura”, a par da “obrigação/dever” (Deus, Guadalupe e Daniel, 2012).

Foi realizado um estudo que incluía dois grupos de idosos, um mais ativo e outro com menos atividade, consistindo em saber qual o grupo mais operacional. Os resultados foram que os idosos mais ativos obtiveram resultados de tempo de reação e movimento mais rápidos que os idosos menos ativos (Gabbard, 1999). Tudo indica que o primeiro grupo é preditor de uma qualidade de vida superior, no que concerne à autonomia motora, nas tarefas de vida diária (Gabbard, 1999).

Num estudo realizado por Anders, Dapp, Laub e Von Renteln-Kruse (2007) com pessoas sem necessidades de apoio físico nas atividades quotidianas, cujo objetivo era saber em que medida os sintomas de fragilidade e o medo de cair poderiam influenciar a mobilidade, a realização de atividades de vida diária e a ocorrência das próprias quedas. Os resultados demonstraram que o medo de queda leva à imobilidade, originando um ciclo em que, o medo de

queda conduz à imobilidade que por sua vez aumenta o risco de queda por falta de mobilização. Assim, podemos dizer que o sentimento de fragilidade está relacionado com um risco maior de queda, perda de mobilidade e com a diminuição da autonomia nas atividades de vida diária (Anders *et al.* 2007).

Estudos realizados por Araújo e Ceolim (2007), concluíram que a perda de movimentos por parte dos idosos é influenciada, e muitas vezes estimulada pelos cuidadores que lhes prestam apoio. Nos lares, por exemplo, é frequente os cuidadores realizarem tarefas simples por vez do idoso, sendo este capaz de realizar (Araújo e Ceolim, 2007).

Resende, M. C.; Cunha, C. P. B.; Silva, A. P.; e Sousa, S. J. (2007) realizaram um estudo em que o objetivo era descrever a configuração da rede social de pessoas com amputação de membros, verificar a satisfação com a rede de relações sociais e a satisfação com a vida (SV). A amostra compreendia 21 participantes, sócios da Associação dos Paraplégicos de Uberlândia (APARU), com idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos, e todos com amputação de membros. Os resultados deste estudo mostraram que, em média 3 pessoas fazem parte da rede social. Os entrevistados estão muito satisfeitos com a rede social atual, quando comparada com a rede de pessoas da mesma faixa etária e com o número de pessoas que compõem a sua rede; apresentam satisfação com a saúde e capacidade física, capacidade mental e envolvimento social; quanto menor a rede, maior a satisfação com a capacidade mental e maior a satisfação com a vida há 5 anos atrás.

Como já referimos antes, a dimensão relacional assume um papel importante na promoção da saúde. A presença de redes de apoio social é uma condição essencial para garantir a autonomia dos idosos, um auto-conceito positivo e uma maior satisfação de vida, indispensáveis para atingir um envelhecimento eficaz (Novo, 2003).

Segundo Sluzki (1996, na fragilização das redes sociais na velhice surgem cinco fatores fundamentais interligados entre si e com efeito cumulativo: contração da rede (por perdas relacionais, situações de conflito e stress, declínio das capacidades físicas e cognitivas, barreiras ambientais e contextuais, entre outras), diminuição das oportunidades de renovação dos vínculos, menor energia para ativar, manter ativos e mobilizar os vínculos da rede e as perdas geracionais. Um aspeto relevante a acrescentar a estes fatores é o fato destas dificuldades caracterizarem não só o sujeito central da rede mas também os outros elementos da rede.

Sluzki (1996) demonstra que a rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, opera com o agente de auxílio e encaminhamento, assim como afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, apressa os processos de tratamento, aumenta sobrevida tempo de vida, ou seja, origina saúde. Por outro lado, demonstra

que a presença de doenças pode comprometer a qualidade de vida, interação social e, à posteriori, reduzir o tamanho e as possibilidades de acesso do indivíduo à sua rede social.

Uma rede social pessoal é sempre definida e delineada por um sujeito ou ator social, sendo vista como “o campo relacional de uma pessoa” (Speck e Attneave, 1990: 31, *cit in* Guadalupe, 2001). A rede pessoal pode ser ainda o “conjunto de pessoas com quem nós interagimos regularmente, com quem dialogamos, com quem trocamos sinais que nos dão corpo, que nos fazem reais (...) é o conjunto de todas as relações percebidas pelos sujeitos como significativas ou distintas da totalidade incógnita da sociedade (...) é o equivalente ao nicho interpessoal do sujeito” (Sluzki, 1996: 13 e 42 *cit in* Guadalupe, 2001). Ou seja, podemos assim dizer que ela é composta por todos os atores sociais que se relacionam com o sujeito mantendo um relacionamento interagente com ele, podendo ser os seus familiares, amigos (e inimigos), colegas, vizinhos, instituições, etc.

Guadalupe (2009) sugere que o suporte social reúne um ou vários tipos de apoios prestados por indivíduos, grupos ou instituições com determinadas especificidades. E muitas vezes é este o apoio que os familiares encontram em alternativa a terem de deixar os seus idosos sozinhos. Guédon (1984 *cit. in* Guadalupe, 2001) faz a distinção entre dois tipos de redes. Denomina assim o conjunto natural de sujeitos em interação uns com os outros de redes primárias. Aqui a família é a essência da rede primária, mas não é o quadrante exclusivo. Há que ter em consideração os quadrantes das relações de amizade, vizinhança, e ‘companheirismo’ (relativas às relações de trabalho e de lazer) (Guédon, 1984). Esta sucessão de relações, que podem existir numa rede primária, pode representar um importante recurso para o sujeito no que respeita ao apoio que daí pode receber. E aos elementos da rede com os quais se estabelecem as relações num contexto formal e com objetivos funcionais a autora denomina de redes secundárias.

Embora as redes sociais pessoais constituam a principal fonte de suporte informal percebido pelos sujeitos, a existência de uma rede social não significa, no entanto, existência efetiva de suporte social (Guadalupe, 2009). A família emerge como detentora de grande parte do apoio recebido e prestado, até pela redução dos contactos sociais e vínculos extrafamiliares (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011).

Para Guadalupe (2009) a dimensão estrutural da rede diz respeito à organização da teia relacional, a dimensão funcional às trocas e necessidades funcionais e a dimensão relacional/contextual envolve as relações no seu contexto específico.

Segundo Sluzki (1997) na rede social de um sujeito podem destacar-se: as relações íntimas, constituídas por familiares diretos, onde há um contacto diário e por amigos chegados; relações pessoais, com um grau de compromisso inferior, são constituídas pelas relações sociais

ou profissionais, com algum contacto pessoal, mas ausente de intimidade, por amizades sociais e por familiares; relações ocasionais, são constituídas por conhecidos da escola ou do trabalho, por vizinhos e por familiares (Sluzki, 1997).

Objetivos

A presente dissertação integra o Projeto de Investigação “Redes Sociais Pessoais de Idosos Portugueses”, em desenvolvimento no Departamento de Investigação & Desenvolvimento do ISMT e no Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE). O estudo pretende descrever e tipificar as redes sociais dos idosos portugueses quanto às suas características estruturais, funcionais e relacionais-contextuais, analisando intercessões com variáveis demográficas, familiares, relacionais, socioprofissionais, psicológicas, de saúde e de participação social. Integra diversos estudos seccionais.

Para o nosso estudo foram definidos os seguintes objetivos: 1) analisar a associação entre variáveis sociodemográficas, as características das redes sociais pessoais e mobilidade; 2) analisar diferenças nas características estruturais, funcionais e relacionais-contextuais da rede social pessoal segundo a mobilidade percebida.

MATERIAL E MÉTODOS

Âmbito Geral do Estudo

O presente estudo integra o Projeto de Investigação “Redes Sociais Pessoais de Idosos” da responsabilidade das Professoras Doutoradas Sónia Guadalupe, Fernanda Daniel, Inês Amaral e Professor Doutor Henrique Vicente. O projeto de investigação “Redes Sociais Pessoais de Idosos” utiliza um protocolo de recolha de dados com 8 secções de questões, a saber:

- Características sociodemográficas e familiares;
- Características socioprofissionais e de aposentação;
- (E) Migração;
- Saúde e qualidade de vida;
- Solidão e depressão;
- Satisfação com a vida, com relações interpessoais e *coping* resiliente;
- Participação social;
- Rede Social Pessoal.

Este protocolo inclui nove instrumentos padronizados, em versão integral ou parcial. No nosso estudo utilizámos o **Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal – IARSP - Idosos** (Guadalupe & Vicente, 2012; Guadalupe, 2009) e uma questão extraída do **WHOQOL** (OMS; Canavarro e tal., 2006).

Amostragem e Amostra

Todo o processo de investigação surgiu em consonância com os princípios éticos, garantindo a todos os participantes os seus direitos, o consentimento livre e esclarecido, a privacidade, o sigilo das informações e as características de identidade de cada idoso cooperante. A recolha foi feita na zona centro do país, segundo um método de amostragem não-probabilística.

Todos os registos nos instrumentos (WHOQOL e IARSP – Idosos) foram analisados de acordo com as cotações recomendadas pelos autores dos mesmos.

A amostra é constituída por 446 participantes de ambos os sexos, institucionalizados e não institucionalizados e com idade igual ou superior a 65 anos. A análise da distribuição por género revela uma amostra composta maioritariamente pelo sexo feminino, 63,9% dos participantes (n = 285), em comparação com 36% dos participantes do sexo masculino (n = 161).

O grupo etário com maior número de elementos da amostra é o grupo dos idosos mais velhos com 53,5% (n = 239), seguindo-se o grupo etário dos idosos mais jovens com 46,4% dos participantes (n = 207). Relativamente ao estado civil, 51,5% dos sujeitos (n = 230) são casados ou vivem em união de facto, 35,6% (n = 159) são viúvos, 8% (n = 36) são solteiros e 4,7% (n = 21) são divorciados ou separados. Constatámos que 65,9% (n = 294) dos indivíduos da amostra têm escolaridade, já 34% (n = 152) não tem.

Na amostra distinguimos três grupos de idosos, constituindo as nossas subamostras. Segundo a padronização linear de 0-100 das respostas do WHOQOL em relação à mobilidade consideraram-se as subamostras com “má e muito má” mobilidade, que correspondem a 25,3% (n = 113) dos participantes, com os que consideram ter uma mobilidade “nem boa nem má” que são cerca de 26,5% (n = 118) e com os cuja mobilidade é “boa e muito boa” que correspondem a 48,2% (n = 215) dos inquiridos.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra segundo a mobilidade

	Mobilidade			Total N=446 (100%) n (%)	Testes Qui - quadrado
	Má e muito má n=113 (25,3%) n (%)	Nem boa nem má n=118 (26,5%) n (%)	Boa e muito boa n=215 (48,2%) n (%)		
Sexo					
Feminino	80 (28,1)	78 (27,4)	127 (44,6)	285 (100)	$\chi^2 = 4,752$; gl=2; $p = 0,093$
Masculino	33 (20,5)	40 (24,8)	88 (54,7)	161 (100)	
Idade					
Idosos jovens (≤ 75)	34 (16,4)	50 (24,2)	123 (59,4)	207 (100)	$\chi^2 = 22,958$; gl=2; $p = 0,000$
Idosos velhos	79 (33,1)	68 (28,5)	92 (38,5)	239 (100)	
Estado civil					
Solteiro/a	7 (19,4)	11 (30,6)	18 (50,0)	36 (100)	$\chi^2 = 20,716$; gl=6; $p = 0,002$
Casado/a ou em união de facto	45 (19,6)	56 (24,3)	129 (56,1)	230 (100)	
Viúvo/a	57 (35,8)	46 (28,9)	56 (35,2)	159 (100)	
Divorciado/a ou separado/a	4 (19,0)	5 (23,8)	12 (57,1)	21 (100)	
Zona de Residência					
Isolada	6 (13,3)	11 (24,4)	28 (62,2)	45 (100)	$\chi^2 = 4,962$; gl=2; $p = 0,084$
Inserida em aglomerado populacional	107 (26,7)	107 (26,7)	187 (46,6)	401 (100)	
Escolaridade					
Sem escolaridade	53 (34,9)	46 (30,3)	53 (34,9)	152 (100)	$\chi^2 = 18,041$; gl=2; $p = 0,000$
Com escolaridade	60 (20,4)	72 (24,5)	162 (55,1)	294 (100)	

Notas: n= número total de sujeitos; χ^2 = teste qui quadrado; gl= graus de liberdade; p = nível de significância

Na **tabela 1** apresentamos os dados relativos às variáveis sociodemográficas da amostra, onde fomos testar se estas variáveis se associam com a mobilidade, distribuindo-se as suas frequências pelas três subamostras em comparação, os sujeitos com má ou muito má mobilidade, os sujeitos cuja mobilidade não é nem boa nem má, e os sujeitos que têm uma mobilidade boa ou muito boa, avaliando a sua associação significativa através do teste qui quadrado.

De acordo com a tabela 1, percebemos que relativamente à variável sexo, é o sexo feminino que apresenta um maior número de pessoas com mobilidade “má ou muito má” ($n = 80$; 28,1%), comparativamente com o sexo masculino ($n = 33$; 20,5%) não se verificando associações estatisticamente significativas entre as variáveis ($p = 0,093$). No que diz respeito à idade, o grupo com maior número de indivíduos com melhor grau de mobilidade é o grupo dos idosos jovens ($n = 123$; 59,4%), apesar dos idosos mais velhos apresentarem uma proporção de 38,5% ($n = 92$). Os idosos mais velhos apresentam mais frequentemente pior mobilidade face aos mais novos, assim, verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p < 0,001$). Relativamente ao estado civil, em todos os grupos é maior a proporção de idosos casados (ou em união de facto) e de viúvos, e é menor a proporção de divorciados (e/ou

separados) e solteiros. O(a)s casado(a)s ou em união de facto, são o grupo com maior número de indivíduos com melhor mobilidade ($n=129$; 56,1%). São o(a)s viúvo(a)s que evidenciam pior mobilidade ($n = 57$, 35,8%). Relativamente a esta variável, percebemos que existem associações estatisticamente significativas ($p = 0,002$) com a mobilidade. Referente à zona de residência, os resultados obtidos revelaram que o maior número de idosos que manifesta melhor mobilidade são os que vivem em aglomerado populacional ($n =187$; 46,6%), não existindo associações estatisticamente significativas entre as variáveis no que toca às zonas de residência ($p = 0,084$).

Na escolaridade, são os idosos com escolaridade que demonstram melhor mobilidade ($n = 162$; 55,1%) comparativamente com os idosos sem escolaridade ($n = 53$; 34,9%), assinalando-se uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a mobilidade percebida ($p < 0,001$).

Procedimentos

Para a obtenção dos dados do presente estudo, foi realizado um documento formal, o consentimento informado, que compreendia o âmbito de realização do estudo e que pretendia a autorização para a administração de uma bateria de questionários. Procedeu-se a um contacto inicial com idosos institucionalizados e não institucionalizados, em que foram explicados os objetivos do estudo, para assim se proceder à administração dos testes. Às instituições intervenientes no estudo foi feito também um pedido formal. Este estudo contou com os seguintes critérios de exclusão: ter 65 ou mais anos de idade; residir em Portugal e não ser detentor de quaisquer patologias ou perturbação psíquica que comprometa a participação consciente na investigação. A cada idoso foi lido e explicado o consentimento informado, e consecutivamente, em situação de entrevista, procedeu-se à administração da bateria. Foi ainda assegurada a confidencialidade das respostas de cada idoso.

Instrumentos

Na presente investigação utilizámos uma bateria constituída por um questionário e por um conjunto de testes, dos quais: Inventário de Satisfação com a Reforma, MHI-5 - Mental Health Inventory, Geriatric Depression Scale GDS Short Form 15, Escala de Solidão da UCLA, SWLS - Satisfaction With Life Scale, Coping Resiliente, Easycare, WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Instruments e o Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal - IARSP-Idosos.

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Instruments

Este instrumento foi desenvolvido pelo grupo WHOQOL World Health Organization Quality of Life da OMS que pretende avaliar a qualidade de vida com um enfoque transcultural. O WHOQOL-BREF – brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire (Canavarro Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, e Carona, 2007) avalia a qualidade de vida, tendo como base a definição dada a este conceito pelo grupo WHOQOL. Segundo Canavarro e col., (2007) o WHOQOL-BREF está validado e adaptado para a população portuguesa. Esta versão engloba no total 26 questões: a) duas de carácter geral, considerando a perceção geral de Qualidade de Vida e de Saúde (faceta geral); b) as restantes representam as 24 facetas do instrumento original, o WHOQOL-100. Estas 24 questões encontram-se fixadas nos seguintes domínios: 1) *físico*; 2) *psicológico*; 3) *relações sociais*; 4) *ambiente*. As respostas estão organizadas em escalas de tipo “Likert” de 5 pontos (variam de 1 a 5) (intensidade, capacidade, frequência e avaliação), e sendo que pontuações mais altas indicam melhor perceção de Qualidade de Vida (Canavarro e col., 2007). No nosso estudo apenas usámos a questão 15 – “Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio/a)?” [WHOQOL 15], pertencente ao domínio “físico”. As hipóteses de resposta são “Muito Má”, “Má”, “Nem Boa Nem Má”, “Boa” e “Muito Boa”. No nosso estudo, reagrupámos as pontuações numa escala de 3 pontos, juntando os pontos extremos, sendo que no primeiro grupo englobamos a “Mobilidade Muito Má e Má”, no segundo mantivemos a “Mobilidade Nem Boa Nem Má” e no terceiro agrupámos a “Mobilidade Boa e Muito Boa”.

Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal

Foi também usado o **Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal (IARSP-Idosos)**, criado por Guadalupe & Vicente, com base em versões anteriores do IARSP (IARSP e IARSP-R; Guadalupe, 2009). A administração deste instrumento requer formação específica para quem o administrar, sendo que não é um construto unidimensional nem se utiliza uma escala única de respostas, exige uma ordem de cotação intermédia e apresenta limitações no tratamento estatístico (Alarcão & Sousa, 2007). Este é um instrumento multidimensional que tem como principal finalidade recolher informação acerca da rede social pessoal do idoso questionado, sendo constituído por um conjunto de itens que nos permitem identificar e caracterizar a rede nos seus aspetos estruturais, funcionais e nalgumas particularidades do vínculo relacional (Guadalupe, 2009). Desta forma, a versão do IARSP-Idosos adota variáveis para avaliar as características da rede social pessoal dos idosos de uma forma mais sucinta, para possibilitar estudos com amostras mais alargadas. O IARSP-Idosos, bem como as outras versões, não só podem ser utilizados como instrumento de auto resposta como também em situação de

entrevista, como foi usado no caso do nosso estudo, em que os idosos eram questionados acerca dos apoios emocional, financeiro, instrumental, técnico ou de serviços, aconselhamento, acesso a novos contatos, companhia social e regulação social, conflito, intimidade e reciprocidade. Foram também questionados sobre a mudança percebida no tamanho da rede com a aposentação, perdas, cortes relacionais, satisfação com a rede e com o suporte social, se tinha ou não um cuidador. De seguida serão mencionados alguns exemplos do modo de avaliação:

- Relativamente ao tamanho – «Refira o nome das pessoas com quem se relaciona, são significativas na sua vida e o/a apoiam). Use o tipo de identificação que desejar (1º nome ou alcunha ou iniciais)»;
- Vínculo (Tipo de relação) - «Refira o vínculo que a pessoa tem consigo. Na família especifique o parentesco (mãe, pai, filho, cônjuge, irmão, tio, etc...). Os técnicos podem ser um médico, um psicólogo, um assistente social, etc.
- Durabilidade – «Refira há quanto tempo conhece ou mantém um relacionamento com cada elemento»;
- Densidade – «Quem conhece quem na rede»;
- Apoio – «Indique o nível de apoio ou ajuda percebida, em cada uma das seguintes áreas (1. Nenhum, 2. Algum, 3. Muito)»;
- Satisfação com o suporte social – «Indique o nível de satisfação com o suporte social (1. Nada, 2. Pouco, 3. Muito)»

Este instrumento não deve ser administrado sem instruções prévias referentes ao seu preenchimento e o seu preenchimento demora em função do tamanho da rede e da interconexão dos seus intervenientes.

Este instrumento é composto por diferentes campos, suscetíveis de serem ou não selecionados para adaptar-se aos objetivos de um diagnóstico na intervenção ou a um projeto de investigação, dependendo o número de campos e itens da versão utilizada e da finalidade com que se utiliza (Guadalupe, 2009), tendo sido utilizada uma versão adaptada à população idosa construída por Sónia Guadalupe e Henrique Testa Vicente do Departamento de Investigação e Desenvolvimento do Instituto Superior Miguel Torga. Versão esta que é composta por oito campos e onze itens e permite dar-nos informação acerca da caracterização da rede nas suas dimensões estrutural, funcional e relacional-contextual (Guadalupe, 2009): 1) características estruturais (tamanho da rede, proporção das relações e densidade na rede); 2) características funcionais (apoio percebido, companhia social, acesso a novos vínculos, reciprocidade de apoio e satisfação com a rede); 3) características relacionais-contextuais (frequência de contactos, dispersão geográfica, durabilidade da relação, homogeneidade etária e

de género na rede). No IARSP-Idosos podemos ainda ter informação acerca das perdas (existiram ou não; quem perdeu; motivo da/s perda/s) e cortes relacionais (existiram ou não; com quem cortou relações; motivo para o/s cortes relacional/is). É um instrumento descritivo que não tem um constructo unidimensional, não permitindo uma avaliação psicométrica.

Segundo Alarcão e Sousa (2007) o IARSP apresenta-se como um formato estruturado para analisarmos, compreendermos, intervirmos e investigarmos no âmbito das redes sociais pessoais.

Análise Estatística

Para o tratamento estatístico dos dados recorremos ao programa informático de análise estatística, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

Os procedimentos estatísticos foram escolhidos de acordo com os objetivos e com as hipóteses do estudo e com o tipo de variáveis em causa. Utilizámos o teste do Qui Quadrado para comparar as frequências observadas com as frequências esperadas, percebendo as associações entre as variáveis sociodemográficas e os diferentes níveis de mobilidade nos idosos.

Previamente à realização dos principais testes foram dirigidas análises às variáveis compreendidas no estudo, com o intuito de verificar a normalidade das distribuições segundo os fatores em estudo tendo para tal utilizado os testes, recorremos ao teste de Kruskal Wallis tendo este sido usado para testar diferenças das médias obtidas nas variáveis entre as três subamostras agrupadas quanto à mobilidade percebida.

RESULTADOS

Neste seguimento expomos os resultados mais importantes da presente investigação.

Os resultados obtidos através da apresentação das características da amostra relativamente às dimensões das redes sociais pessoais, segundo três subamostras de acordo com os níveis de mobilidade (má e muito má, nem boa nem má, boa e muito boa). Para uma apresentação organizada dos resultados, agrupámos, nas tabelas seguintes, os aspetos que cada domínio revela e as variáveis correspondentes, tendo explorado os resultados através da comparação das três subamostras. Primeiro serão apresentadas características relevantes da amostra, posteriormente, o estudo das características das redes sociais.

Na **tabela 2**, apresentamos as características da rede social pessoal na amostra global onde verificamos que estruturalmente, a rede social pessoal dos inquiridos apresenta um tamanho médio de 7,77 sujeitos (variando de 1 a 40).

Quanto à heterogeneidade do número de campos relacionais constata-se que o número médio de campos relacionais é 1,73 (valor mínimo 1; valor máximo 4), demonstrando pouca heterogeneidade. Os idosos inquiridos tendem a manter relações apenas com um ou dois tipos de grupos, configurando redes homogêneas quanto aos tipos de vínculos contemplados.

Relativamente à proporção dos campos relacionais na rede, são as relações familiares que apresentam um valor superior, sendo as redes, em média, constituídas por 77,41% de familiares. O valor mais baixo, regista-se nas relações de trabalho com 0,50% de média. O nível de densidade da rede possui um valor significativo de 95,80%, demonstrando ser uma rede coesa através da existência de ligações/relações entre os elementos constituintes das redes pessoais da amostra.

Em termos funcionais, as características da rede foram avaliadas através de diferentes escalas de *Likert*. Em relação aos tipos de apoio, à companhia social e ao acesso a novos vínculos, a avaliação foi feita com base numa escala de *Likert* de 3 pontos, em que 1 correspondia a “nenhum apoio”, 2 a “algum apoio” e 3 a “muito apoio”. É o apoio emocional que apresenta uma média mais elevada, de 2,65, indicando que o apoio provido pela rede varia entre “algum” e “muito”. Este é considerado o tipo de apoio que a rede mais facultava aos idosos inquiridos, pela percepção destes. Seguindo-se do apoio informativo ($M = 2,38$) e por fim do apoio material e instrumental que regista 2,23 de média. Funcionalmente, ainda encontramos a companhia social ($M = 2,35$) que nos indica que os elementos da rede fazem “alguma” companhia aos participantes, o acesso a novos vínculos ($M = 2,19$), a reciprocidade de apoio ($M = 3,37$) que revela que os participantes “dão apoio a algumas destas pessoas” mencionadas na rede e a satisfação com a rede que regista uma média de 2,83 que aponta que os participantes estão “muito” satisfeitos com a rede social pessoal. Relativamente às características relacionais contextuais, a dispersão geográfica, atendendo que “2” significa “no mesmo bairro” e “3” representa “na mesma terra”, a nossa amostra apresenta um valor médio de 2,80, o que significa que os elementos considerados na rede encontram-se relativamente perto dos idosos entrevistados. A média da durabilidade das relações é de 40,87 anos variando entre o mínimo de 8 anos e o máximo de 74 anos. Relativamente à frequência de contactos com um valor médio de 2,22, o que significa existir alguma tendência para que os idosos tenham alguns contactos semanais com os elementos da sua rede, isto é, que os participantes e os respetivos elementos da rede se encontram “algumas vezes por semana”.

Através da análise de outras características da rede, verificamos que relativamente à variável “sexo na rede”, esta é maioritariamente heterogênea no género ($n = 298$; 66,8%). Quanto à “idade na rede” é igualmente heterogênea ($n = 257$; 57,6%). Quanto ao tipo de densidade da rede, os idosos apresentam maioritariamente redes coesas ($n = 378$; 84,8%).

Tabela 2. Características das redes sociais pessoais

	N	M	Me	DP	Mínimo	Máximo
Características estruturais						
Tamanho da Rede	446	7,77	6,00	5,30	1,00	40,00
N.º de campos relacionais (heterogeneidade)	446	1,73	2,00	0,82	1,00	4,00
Proporção das relações familiares na rede	446	77,41	87,09	27,19	0,00	100
Proporção das relações de amizade	446	12,05	0,00	20,02	0,00	100
Proporção das relações de vizinhança	446	8,16	0,00	17,17	0,00	100
Proporção das relações de trabalho	446	0,50	0,00	3,44	0,00	36,36
Proporção das relações com técnicos	446	1,21	0,00	5,21	0,00	40,00
Nível de densidade	416	95,80	100	12,18	0,00	100
Características funcionais						
Apoio Emocional	446	2,65	2,75	0,39	1,00	3,00
Apoio Material e Instrumental	446	2,23	2,29	0,57	1,00	3,00
Apoio Informativo	446	2,38	2,40	0,51	1,00	3,00
Companhia Social	445	2,35	2,33	0,47	1,00	3,00
Acesso a novos vínculos	444	2,19	2,20	0,64	1,00	3,00
Reciprocidade de Apoio	446	3,37	4,00	0,89	1,00	4,00
Satisfação com a rede	446	2,83	3,00	0,40	1,00	3,00
Características relacionais-contextuais						
Frequência de contactos	446	2,22	2,00	0,96	1,00	5,00
Dispersão geográfica	446	2,80	2,80	0,94	1,00	5,00
Durabilidade da relação	441	40,87	40,65	11,41	8,00	74,00
Outras Variáveis					n	%
Heterogeneidade de género: sexo na rede ($n=446$)						
Heterogénea no género					298	66,8
Homogénea género feminino ($\geq 75\%$)					106	23,8
Homogénea género masculino ($\geq 75\%$)					42	9,4
Heterogeneidade etária: idade na rede ($n=446$)						
Heterogénea na idade					257	57,6
Homogénea no grupo idoso ($\geq 75\%$)					38	8,5
Homogénea no grupo adulto ($\geq 75\%$)					149	33,4
Homogénea no grupo jovem ($\geq 75\%$)					2	0,4
Densidade na rede ($n=416$)						
Coesa					378	84,8
Fragmentada					36	8,1
Dispersa					2	0,4

Notas: n= número total de sujeitos; M= média; Me= mediana; DP= desvio padrão

Na **tabela 3** apresentamos as características estruturais da rede segundo a mobilidade. Através do teste de Kruskal Wallis, verificou-se a possibilidade de existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias das características apresentadas na tabela segundo as diferentes subamostras/níveis de mobilidade.

Não existem diferenças significativas entre os grupos nas variáveis: número de campos relacionais (heterogeneidade) ($p = 0,369$), proporção das relações familiares ($p = 0,331$), proporção das relações de vizinhança ($p = 0,262$) e na proporção das relações com técnicos ($p = 0,074$). A variável tamanho da rede apresenta resultados a ter em conta, registando uma média maior no grupo de idosos com “má ou muito má” mobilidade ($M = 8,48$; $DP = 5,76$) e uma média

menor no grupo de idosos com “boa ou muito boa” mobilidade (M = 7,53; DP = 5,54), apesar de não registrar diferenças estatisticamente significativas

No número de campos relacionais (heterogeneidade) o maior valor médio corresponde à subamostra “nem boa nem má” (M = 1,83; DP = 0,88) e o menor valor médio à subamostra “boa ou muito boa” (M = 1,68; DP = 0,77). Na variável proporção das relações familiares o grupo “má ou muito má” tem o valor médio de 80,50% (DP = 25,05), no grupo dos “nem boa nem má” tem o valor médio de 74,95% (DP = 27,72) e no grupo “boa ou muito boa” 77,15% (DP = 27,94). Na variável proporção das relações de vizinhança a subamostra com maior valor médio são dos idosos com mobilidade “nem boa nem má” (M = 8,92%; DP = 14,87) seguindo-se dos “má ou muito má” (M = 8,26%; DP = 19,39) e com menor valor correspondendo à subamostra “boa ou muito boa” (M = 7,69%; DP = 17,16). Relativamente à proporção das relações com técnicos a subamostra “má ou muito má” apresenta o valor médio de 2,05% (DP = 6,77), no grupo “nem boa nem má” 1,18% (DP = 5,04) e nos “boa ou muito boa” 0,78% (DP = 4,24).

Tabela 3. Características estruturais segundo a mobilidade

	Mobilidade				Testes Kruskal Wallis
	Má e muito má n=113 M (DP)	Nem boa nem má n= 118 M (DP)	Boa e muito boa n= 215 M (DP)	Total N= 446 M (DP)	
Tamanho da Rede	8,48 (5,76)	7,54 (4,30)	7,53 (5,54)	7,78 (5,30)	H=3,619; gl=2; p= 0,164
Nº de campos relacionais	1,71 (0,83)	1,83 (0,88)	1,68 (0,77)	1,73 (0,82)	H=1,995; gl=2; p= 0,369
Proporção das relações familiares na rede	80,50 (25,05)	74,95 (27,72)	77,15 (27,94)	77,42 (27,19)	H=2,210; gl=2; p= 0,331
Proporção das relações de amizade	8,75(13,40)	14,73 (22,67)	12,31 (21,18)	12,05 (20,02)	H=2,583; gl=2; p= 0,275
Proporção das relações de vizinhança	8,26 (19,40)	8,92 (14,87)	7,69 (17,16)	8,16 (17,17)	H=2,676; gl=2; p= 0,262
Proporção das relações de trabalho	0,44 (3,49)	0,21 (1,71)	0,68 (4,07)	0,50 (3,44)	H=1,671; gl=2; p= 0,434
Proporção das relações com técnicos	2,05 (6,77)	1,19 (5,04)	0,79 (4,25)	1,21 (5,21)	H=5,214; gl=2; p= 0,074
	n= 108	n= 103	n= 205	N= 416	
Nível de densidade	96,99 (10,16)	96,24(10,88)	94,94 (13,66)	95,79 (12,18)	H=3,442; gl=2; p= 0,179

Notas: n= número total de sujeitos; M= média; DP= desvio padrão; H= teste de Kruskal-Wallis; gl= graus de liberdade; p= nível de significância

Na **tabela 4** apresentamos as características funcionais da rede segundo a mobilidade. É possível verificar que é o apoio emocional que regista uma média total mais elevada, comparativamente com as outras dimensões de apoios (M = 2,65; DP = 0,39), seguido do apoio informativo (M = 2,38; DP = 0,51) e por fim o apoio material e instrumental (M = 2,23; DP = 0,57). Ainda no apoio emocional, é possível verificar que são os idosos com provável mobilidade “má ou muito má”, que revelam ter uma média mais elevada de apoio emocional na rede (M =

2,70 DP = 0,36), não se verificando, no entanto, diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,427$). Relativamente ao apoio material e instrumental os resultados indicam que são os idosos que tem uma mobilidade “nem boa nem má” que têm uma média mais elevada deste tipo de apoio ($M = 2,30$; $DP = 0,51$); e quanto ao apoio informativo, este aponta, através dos resultados, que são os idosos que demonstram provável mobilidade “boa ou muito boa” que revelam ter uma média mais elevada deste tipo de apoios ($M = 2,44$; $DP = 0,50$). Em ambos, o apoio percebido é “algum”. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas quer no apoio material e instrumental ($p = 0,013$) e no apoio informativo ($p = 0,001$), registando o grupo das pessoas com pior mobilidade as médias mais baixas. Quanto à companhia social ($M = 2,35$; $DP = 0,49$), através dos resultados percebemos que são os idosos com mobilidade “nem boa nem má”, que revelam ter uma média mais elevada de companhia na rede ($M = 2,35$; $DP = 0,47$). A companhia social percebida pelos idosos na rede é “alguma”. No que diz respeito ao acesso a novos vínculos ($M = 2,19$; $DP = 0,64$), estes registam médias superiores nos idosos que apresentam uma mobilidade “nem boa nem má” ($M = 2,32$; $DP = 0,59$), já a reciprocidade de apoio ($M = 3,37$; $DP = 0,89$) e a satisfação com a rede ($M = 2,83$; $DP = 0,40$), estes registam médias superiores nos idosos que apresentam uma mobilidade “boa ou muito boa”. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 4. Características funcionais segundo a mobilidade

	Mobilidade				Testes Kruskal Wallis
	Má e muito má n= 113 M (DP)	Nem boa nem má n= 118 M (DP)	Boa e muito boa n= 215 M (DP)	Total N= 446 M (DP)	
Apoio emocional	2,70 (0,36)	2,66 (0,37)	2,62 (0,42)	2,65(0,39)	H=1,704;gl=2; p= 0,427
Apoio material e instrumental	2,10 (0,55)	2,30 (0,52)	2,27(0,59)	2,23 (0,57)	H=8,730;gl=2; p= 0,013
Apoio informativo	2,23 (0,52)	2,44 (0,49)	2,44 (0,50)	2,38 (0,51)	H=13,328;gl=2; p= 0,001
Companhia social	n=113 2,29 (0,48)	n=118 2,35 (0,49)	n= 214 2,37 (0,45)	n= 445 2,35 (0,47)	H=1,743;gl=2; p= 0,418
	n=113	n=117	n= 214	n= 444	
Acesso a novos vínculos	1,91 (0,64)	2,32 (0,59)	2,27 (0,63)	2,19(0,64)	H=29,691;gl=2; p= 0,000
	n= 113	n=118	n= 215	n= 446	
Reciprocidade de apoio	3,18 (1,01)	3,26 (0,92)	3,53 (0,77)	3,37 (0,89)	H=12,423;gl=2; p= 0,002
Satisfação com a rede	2,78 (0,48)	2,79(0,41)	2,87 (0,35)	2,83 (0,40)	H=5,671;gl=2; p= 0,059

Notas: n= número total de sujeitos; M= média; DP= desvio padrão; H= teste de Kruskal-Wallis; gl=graus de liberdade; p= nível de significância

Na **tabela 5**, apresentamos as características relacionais-contextuais da rede segundo a mobilidade. No que diz respeito à durabilidade das relações, os resultados revelam que os sujeitos com mobilidade “má ou muito má” apresentam uma média mais elevada na duração das

relações (M = 42,41; DP = 10,34), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,025$).

Os resultados demonstram que relativamente à frequência de contactos, a média mais elevada situa-se no grupo dos idosos que apresentam mobilidade “má ou muito má” (M = 2,33; DP = 0,96). Os idosos revelam estar “algumas vezes por semana” com os elementos da sua rede, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,064$) entre os grupos. É possível verificar que relativamente à residência, esta regista uma média mais elevada nos idosos cuja mobilidade é má ou muito má, (M = 2,93; DP = 0,87), indicando os resultados que os idosos vivem “no mesmo bairro/rua” e/ou “na mesma terra” que os elementos que mencionaram pertencer à sua rede. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,228$).

Tabela 5. Características relacionais-contextuais das redes sociais segundo a mobilidade

	Mobilidade				Testes
	Má e muito má	Nem boa nem má	Boa e muito boa	Total	
	n= 113 M (DP)	n=116 M (DP)	n=212 M (DP)	N=441 M (DP)	Kruskal Wallis
Durabilidade das relações	42,41 (10,34)	41,64 (12,39)	39,64 (11,32)	40,87 (11,41)	H=7,406;g=2; p=0,025
Frequência de contactos	n=113 2,33 (0,96)	n=118 2,30 (0,97)	n=215 2,11 (0,95)	n=446 2,22 (0,96)	H=5,485;g=2; p=0,064
Residência	n=113 2,93 (0,87)	n=118 2,85 (0,97)	n=215 2,72 (0,94)	n=446 2,80 (0,94)	H=2,956;g=2; p=0,228

Notas: n= número total de sujeitos; M= média; DP= desvio padrão; H= teste de Kruskal-Wallis; g= graus de liberdade; p= nível de significância

Na **tabela 6** são apresentadas as correlações existentes entre a mobilidade global e as características da rede. Verificamos que as correlações são baixas, no entanto destacam-se as correlações com maior significância estatística ($p \leq 0,05$). Através da análise das correlações, constatamos que quanto maior o nível de mobilidade global menor a proporção de relações com técnicos ($r = - 0,122$), a frequência de contactos ($r = - 0,128$), a durabilidade das relações ($r = - 0,135$) e a idade ($r = - 0,332$). Também verificámos que quanto maior for a mobilidade global maior o acesso a novos vínculos ($r = 0,190$), a reciprocidade de apoio ($r = 0,182$), o apoio informativo ($r = 0,149$) e as habilitações literárias ($r = 0,279$).

Tabela 6. Correlações entre a mobilidade global e as características da rede

	Mobilidade Global
	R
Características estruturais	
Tamanho da rede	-0,087
Número de campos relacionais (heterogeneidade)	-0,044
Proporção das relações familiares	-0,020
Proporção das relações de amizade	0,033
Proporção das relações de vizinhança	-0,46
Proporção das relações de trabalho	0,030
Proporção das relações com técnicos	-0,122*
Nível de densidade	-0,63
Características funcionais	
Apoio emocional	-0,38
Apoio Material e Instrumental	0,112*
Apoio Informativo	0,149**
Companhia Social	0,090
Acesso a novos vínculos	0,190**
Reciprocidade de apoio	0,182**
Satisfação com a rede	0,111*
Características relacionais/contextuais	
Frequência de contactos	-0,128**
Durabilidade das relações	-0,135**
Residência	-0,097*
Características sociodemográficas	
Idade	-0,332**
Habilitações literárias	Rho de Sperman = 0,279**

Notas: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades do século XXI é o rápido crescimento da população idosa em todo o mundo (Fernandes, 2000), e também em Portugal, sendo por isso relevante a produção de investigação sobre esta população.

A rede social pessoal remete-se a um grupo de pessoas e/ou instituições, vulgarmente formado por membros da família, vizinhos, amigos, entre outros, que tendencialmente têm capacidade para apoiar e dar auxílio de uma forma verdadeira e duradoura tanto indivíduos como famílias (Sluzki, 1997; More, 2005), sendo por isso considerada geralmente como fonte primária de suporte social. A análise das redes sociais normalmente é feita em torno de três dimensões essenciais, que possuem diferentes denominações consoante os autores: a dimensão das características estruturais, a dimensão funcional e a dimensão contextual da rede social (Sluzki, 1996; Guadalupe, 2009).

Diversas investigações epidemiológicas confirmaram a correlação positiva entre rede social e saúde, quando comparadas amostras seletivas de população caracterizada por sujeitos socialmente isolados, como o caso dos/as solteiros/as ou viúvos/as, os que tem poucos amigos ou os que têm uma reduzida participação em atividades sociais, com os sujeitos socialmente mais ativos, ou seja, mais integrados socialmente, conclui-se que há uma maior prevalência de

doenças, quer físicas, quer psicológicas, bem como na sua recuperação, nos sujeitos socialmente mais isolados, comparativamente com os sujeitos cuja interação social é maior (Sluzki, 1996).

Segundo Sluzki (1996), uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiante, protege o sujeito contra doenças, atuando como agente de ajuda, acelerando os processos de cura e aumentando a sobrevivência, isto é salutogénica. É também evidente, de que a presença de doenças, deteriora a qualidade da sua interação social, reduzindo assim o tamanho e a acessibilidade da sua rede social.

Nesta investigação propusemo-nos analisar associações entre a mobilidade e as características das redes sociais pessoais de idosos e, desta forma, contribuir com os nossos resultados para a compreensão das suas interações e dos aspetos que com eles estão relacionados.

Para a análise das características das redes sociais da amostra segundo os níveis percebidos de mobilidade, utilizámos as três dimensões da rede social pessoal, segundo subamostras que correspondem a três níveis de mobilidade: má e muito má, nem boa nem má e boa ou muito boa.

No decorrer do estudo verificámos a associação entre os diferentes níveis de mobilidade com características demográficas, características das redes sociais pessoais dos idosos (características estruturais, funcionais e relacionais-contextuais) da nossa amostra. A amostra deste estudo é constituída por 446 idosos, maioritariamente do sexo feminino, o que se apresenta de acordo com a tendência atual de feminização do envelhecimento no nosso país, sendo a esperança média de vida superior para as mulheres (Fontaine, 2000).

Em relação à idade, há uma maior prevalência de idosos mais velhos num total de 239 (54%), enquanto que os idosos mais novos registam um total de 207 (46,4%). O grupo com maior número de indivíduos com melhor grau de mobilidade é o grupo dos idosos jovens ($n=123$; 59,4%), apesar dos idosos mais velhos apresentarem 38,5% com boa mobilidade, verificando-se uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p < 0,001$). No nosso estudo constatámos que quanto maior a mobilidade menor a idade na rede ($r = -0,332$) o que poderá indicar a perceção da aproximação da morte e não ter a ver linearmente apenas com a idade cronológica.

Para o ano de 2050, o INE (2007) prevê que em Portugal a população continue a envelhecer cada vez mais e o seu índice de envelhecimento poderá atingir os 243 idosos por cada 100 jovens. Devido a todas estas mudanças, estima-se que em 2050 a situação se venha a agravar e que a população idosa represente 22% da população mundial (ONU - *World Population Ageing 2009*, 2010). Já segundo o Eurostat (2012) na União Europeia o permanente

aumento da esperança média de vida no século passado, gerou um acréscimo da longevidade, enquanto que a partir da década de 1970 se verificou um decréscimo da fertilidade, este processo trás um impacto relativamente ao envelhecimento demográfico, continuando assim, durante o próximo meio século, o crescimento da população idosa. Estas alterações demográficas acarretam significativos desafios para os sujeitos e famílias.

Analisando o estado civil, verifica-se que a maioria dos inquiridos é casada ou vive em união de facto 230 (51,6%), verificando-se também uma proporção significativa nos idosos que são viúvos 159 (35,7%).

Quanto à zona de residência, 401 (90%) de idosos da nossa amostra vive em aglomerado populacional, enquanto apenas 45 (10%) vive em zona isolada. Os resultados obtidos revelaram que são os idosos que vivem em aglomerado populacional que manifestam melhor mobilidade, não existindo associações estatisticamente significativas entre as variáveis ($p = 0,084$). Lopes (2004, *cit. in* Ferreira, 2009) realizou um estudo onde comparou as diferenças entre idosos que habitam no meio rural e idosos que habitam no meio urbano, a nível da qualidade de vida e do suporte social, tendo constatado que os idosos do meio rural tinham uma perceção de suporte social recebida maior que os idosos do meio urbano. Igualmente Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), noutro estudo, tiraram as mesmas conclusões ao compararem as subamostras rural e urbana. E demonstraram ainda nesse mesmo estudo que, os idosos do meio rural têm uma rede mais alargada de familiares e amigos comparativamente com os idosos do meio urbano.

Ao nível da escolaridade verifica-se que a maioria dos idosos da nossa amostra tem escolaridade 294 (66%) e são os idosos com escolaridade que demonstram melhor mobilidade (55,1%) comparativamente com os idosos sem escolaridade (34,9%), cuja mobilidade é menor, assinalando-se uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a mobilidade percebida ($p < 0,001$), querendo isto dizer que provavelmente quem tem escolaridade terá tendência a desenvolver estratégias de maior atenção à saúde e ter um envelhecimento mais ativo.

Num estudo realizado por Anders, Dapp, Laub e Von Renteln-Kruse (2007) com pessoas sem necessidades de apoio físico nas atividades quotidianas, cujo objetivo era saber em que medida os sintomas de fragilidade e o medo de cair poderiam influenciar a mobilidade, a realização de atividades de vida diária e a ocorrência das próprias quedas. Os resultados demonstraram que o medo de queda leva à imobilidade, originando um ciclo em que, o medo de queda conduz à imobilidade que por sua vez aumenta o risco de queda por falta de mobilização. Assim, os autores indicam que o sentimento de fragilidade está relacionado com um risco maior de queda, perda de mobilidade e com a diminuição da autonomia nas atividades de vida diária (Anders *et al.* 2007). Estudos realizados por Araújo e Ceolim (2007) concluíram que a perda de

movimentos por parte dos idosos é influenciada, e muitas vezes estimulada pelos cuidadores que lhes prestam apoio. Nos lares, por exemplo, é frequente os cuidadores realizarem tarefas simples em substituição do idoso, apesar deste ser capaz de realizá-las (Araújo e Ceolim, 2007).

Relativamente às características estruturais da rede social pessoal verificamos que a subamostra “má e muito má” tem o valor médio de tamanho da rede de 8,48, a “nem boa nem má” 7,54 e a “boa ou muito boa” 7,53. Quanto ao número de campos relacionais a subamostra “má ou muito má” tem o valor médio de 1,71, a “nem boa nem má” 1,83, e a “boa ou muito boa” 1,68. Apesar de não haver uma evidente discrepância de valores nem de encontramos diferenças significativas, verificam-se resultados contraditórios ao que era esperado, o que pode indicar que pessoas com menos mobilidade procuram mais pessoas ou por outro lado, podemos ver que o que interessa não é a quantidade mas sim a qualidade, o conteúdo da relação, tal pode dever-se à maior necessidade de apoio e ao reconhecimento de um maior número de pessoas para apoiar.

A dimensão relacional assume um papel importante na promoção da saúde. A presença de redes de apoio social é uma condição essencial para garantir a autonomia dos idosos, um autoconceito positivo e uma maior satisfação de vida, indispensáveis para atingir um envelhecimento eficaz (Novo, 2003). Guadalupe (2009) sugere que o suporte social reúne um ou vários tipos de apoios prestados por indivíduos, grupos ou instituições com determinadas especificidades. E muitas vezes é este o apoio que os familiares encontram em alternativa a terem de deixar os seus idosos sozinhos. Para Guadalupe (2009) a dimensão estrutural da rede diz respeito à organização da teia relacional.

Relativamente à proporção das relações da rede são as relações familiares que apresentam um maior peso ($M = 77,42$) contrastando com as relações de trabalho que apresentam o menor valor ($M = 0,50$). Embora as redes sociais pessoais constituam a principal fonte de suporte informal percebido pelos sujeitos, a existência de uma rede social não significa, no entanto, existência efetiva de suporte social (Guadalupe, 2009). A família emerge como detentora de grande parte do apoio recebido e prestado, até pela redução dos contactos sociais e vínculos extrafamiliares (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011). Na proporção das relações de amizade verificamos que existe um maior valor referente a subamostra “boa ou muito boa” e um menor valor correspondente à subamostra “má ou muito má”. Enquanto na proporção das relações de vizinhança verificamos um maior valor na subamostra “má ou muito má”, querendo isto dizer que os idosos com menos mobilidade são os que têm uma relação com os vizinhos de maior proximidade relativamente aos que têm mais mobilidade, isto pode dever-se ao facto, de viverem em proximidade, e não terem os idosos que se deslocar da sua área habitacional, devido ao seu elevado grau de dependência, o relacionamento com os vizinhos é favorecido, sendo por

isso uma mais valia para estes idosos, contrastando com um menor valor na subamostra “boa ou muito boa”, podendo estes resultados estarem relacionados com os valores encontrados relativamente ao tamanho da rede e ao número de campos relacionais. Na proporção das relações com técnicos o baixo valor referente aos idosos com mobilidade “boa ou muito boa” reflete a falta de necessidade de usufruir de serviços pela disponibilidade de apoio e suporte que tem fornecido por outro tipo de relações, por outro lado, os idosos com menos mobilidade apresentam valores substancialmente mais elevados, o que significa, maior necessidade de usufruir de ajuda e prestação de serviços por parte dos técnicos.

As redes sociais pessoais da amostra são consideradas redes coesas pela ligação existente entre os membros das redes (sendo nível médio de densidade de 95,79, muito elevado). Este facto também é devido, provavelmente, às redes serem compostas maioritariamente por elementos familiares. As redes predominantemente familiares contribuem para uma maior proximidade física dos seus membros devido a estes viverem mais perto uns dos outros do que em relação a outros tipos de redes. Sendo considerada a composição das redes interpessoais como geradora de resultados significantes relativamente à proximidade e interatividade entre os elementos da rede (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

Relativamente às características funcionais, foi onde foram mais evidentes as diferenças significativas segundo os níveis de mobilidade percebida. Para Guadalupe (2009) a dimensão funcional da rede diz respeito às trocas e necessidades funcionais. Segundo Sluzki (1996) na rede social de um sujeito podem destacar-se: as relações íntimas, constituídas por familiares diretos, onde há um contacto diário e por amigos chegados; relações pessoais, com um grau de compromisso inferior, são constituídas pelas relações sociais ou profissionais, com algum contacto pessoal, mas ausente de intimidade, por amizades sociais e por familiares; relações ocasionais, são constituídas por conhecidos da escola ou do trabalho, por vizinhos e por familiares.

Em relação às características funcionais das redes sociais pessoais da amostra segundo a mobilidade, constatamos que o apoio emocional é o que apresenta um valor médio mais elevado quando comparado com os outros tipos de apoio. O valor médio do apoio emocional ($M = 2,65$) corresponde a “muito” apoio percebido. ou seja, existem intercâmbios de uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio (Sluzki, 1996). O apoio emocional apresenta um maior valor nos sujeitos com mobilidade “má ou muito má”. Este tipo de apoio provém essencialmente das relações familiares, relações com bastante proximidade e que são vistas não só como benéficas mas como “indicadores de adequação social: nos pais cuidam dos filhos e, depois, os filhos cuidam dos pais” (Nogueira, 2001, cit. in, Nogueira, Lima,

Martins, & Moura, 2009. O envelhecimento alude a redes mais restritas mas ao mesmo tempo com relações mais próximas, mais significantes e mais emocionais, que contribuem para uma maior satisfação com a vida (Nogueira *et al.*, 2009).

Na reciprocidade de apoio, referente ao apoio fornecido pelos idosos da amostra aos elementos da rede, verifica-se que estes consideram dar “apoio a algumas” dessas pessoas ($M = 3,37$). A subamostra “boa ou muito boa” é a que apresenta um maior valor médio (3,53) correspondendo o seu apoio fornecido como dado à “maior parte das pessoas da rede” destoando das outras subamostras que apenas consideram dar apoio a “algumas das pessoas da rede”. Isto pode-se dever ao facto dos idosos com melhor mobilidade estarem de tal modo satisfeitos com a sua rede e o apoio que dão que se sentem incumbidos de prestar um maior apoio aos elementos das suas redes pessoais, sustentando assim as suas relações. Segundo Carstensen, L., Isaacowitz, D., e Charles, S. (1999), os indivíduos mais conscientes do limite de tempo de vida estão mais predispostos a resolver conflitos interpessoais mais rapidamente para melhorar a sua experiência emocional e para preservar as suas relações. Os mesmos autores referem ainda que os sujeitos mais velhos, como por exemplo os idosos, concentram-se mais em manter relações interpessoais estreitas, acolhedoras e que forneçam algum tipo de apoio, do que aumentar a sua rede.

A subamostra de idosos com “boa ou muito boa” mobilidade é a que apresenta uma maior satisfação com a rede e com o apoio da rede, correspondendo os dados médios como muito satisfeitos. Na opinião de Ramos (2002), através do convívio com outras pessoas poderão surgir hábitos saudáveis, e ajudar o idoso a adquirir um melhor sentido de controlo pessoal, contribuindo para o seu bem estar psicológico. Também outros autores investigaram nos seus estudos o papel importante que as relações sociais têm, e concluíram que para além de darem suporte social, influenciam positivamente o bem estar psicológico e a saúde percebida, e reduzem o isolamento social e aumentam a satisfação com a vida (Carvalho e col., 2004 cit. por Resende, Bones, Souza e Guimarães, 2006; Ramos, 2002; Sequeira e Silva, 2003; Paúl, 2005; Carneiro, Falcone, Clark, Prette e Prette, 2007).

Nas características relacionais-contextuais, a frequência de contactos com os elementos da rede é de “algumas vezes por semana” ($M = 2,22$), no entanto e apesar de não ser uma diferença significativa, a subamostra de idosos com mobilidade “boa ou muito boa” apresenta um menor valor médio (2,11) quando comparado com as outras subamostras. A subamostra “má ou muito má” é a que apresenta um maior valor médio (2,33), podendo significar a existência de relações fortes no grupo de idosos cuja mobilidade é “boa ou muito boa, dispensando a manutenção diária das relações, como é o caso das relações familiares que se verificam neste grupo principalmente ($M = 77,15$). Para Resende, M. C.; Cunha, C. P. B.; Silva, A.

P.; e Sousa, S. J. (2006), os contactos sociais favorecem o relacionamento social e é uma das formas de obter um envelhecimento bem-sucedido. Neril e Freire (2000) no seu estudo, apoiam os autores supracitados, uma vez que concluíram que os relacionamentos sociais têm um papel muito importante para o bem-estar físico e mental dos idosos. Ainda num estudo dirigido por Cabral (2013) mostra que a maioria dos inquiridos com idades superiores a 50 anos estabelece contactos muito regulares (63,9% diários ou 33% semanais) com os membros da sua rede interpessoal. Em relação à durabilidade média das relações da rede verificamos ser de 41 anos, em média, o que revela uma forte estabilidade relacional. A média mais elevada é apresentada pelos sujeitos cuja mobilidade é “má ou muito má” (M = 42,41) sendo os que têm uma mobilidade “boa ou muito boa” os que apresentam o menor valor (M = 39,64). Cabral, M., Ferreira, P., Silva P., Jerónimo, P., e Marques T. (2013), no seu estudo mencionam que a sua amostra conhece os elementos das suas redes, em média, há mais de 20 anos, permanecendo uma relação crescente com as redes predominantemente familiares e a durabilidade relacional).

Os resultados desta investigação devem ser discutidos contemplando algumas limitações, como as dificuldades sentidas na recolha de dados, aferindo nos participantes inquiridos pela investigadora alguma resistência em responder aos questionários, e também o facto dos instrumentos utilizados não apresentarem uma linguagem acessível aos sujeitos entrevistados cuja escolaridade era baixa ou nenhuma, sendo assim relevante a reformulação e adaptação futura de algumas questões referentes ao grau de escolaridade dos idosos.

Toda a informação recolhida neste estudo promoveu a compreensão acerca das características do envelhecimento e da sua população, da mobilidade e das especificidades das suas redes sociais pessoais, cada tipo de rede apresenta potencialidades e fragilidades, vantagens e desvantagens.

Através de resultados analisados neste estudo, podemos verificar a importância que as relações familiares têm para os idosos, e que por eles são valorizadas, relações essas que dependem de diversos fatores, como as suas condições físicas e sócio económicas, o meio onde se encontram (urbano ou rural), entre outros. Em diversos estudos verificamos que diferentes variáveis têm uma forte associação com a mobilidade, é necessário ter em conta os contextos de vida da população idosa e o que cada estudo pretende avaliar.

São muitos os fatores que condicionam a mobilidade. É importante perceber estes fatores como forma de garantir respostas adequadas às necessidades da população desta faixa etária. No nosso estudo constatamos que existem diversas variáveis onde existem diferenças estatisticamente significativas que caracterizam as redes e mostram a sua relação com a mobilidade. Seria imprescindível considerar a elaboração de novos estudos acerca do papel do idoso, no que toca ao seu bem estar e qualidade de vida, nomeadamente em populações com

níveis de dependência elevados e níveis de mobilidade reduzidos, no intuito de averiguar se a essência do compromisso relacional no cuidar se estenderia nestes casos, por exemplo, a vínculos nas relações de amizade e vizinhança.

Para novas investigações acerca da temática do envelhecimento sugerimos que a recolha de dados abranja idosos em diversos contextos sociais, para que se possa acompanhar e comparar a evolução do grau de mobilidade nos idosos e as suas redes sociais pessoais.

Tendo em conta o drástico aumento da população envelhecida no nosso país e a complexidade de todo o seu processo, consideramos que a investigação apresentada e as reflexões a partir dos resultados podem contribuir para a compreensão de múltiplos fatores no processo de envelhecimento, assim como da influência dos fatores psicossociais e da importância da rede social pessoal na última fase do ciclo de vida. Devemos por isso, incentivar à utilização de métodos e de estratégias que permitam uma avaliação correta e completa da nossa população idosa, tendo sempre presente uma visão global do complexo holístico que é a pessoa idosa (Cardão, 2009). É de extrema importância que seja facultada formação específica aos profissionais para a intervenção promotora da mobilidade, bem como para a prevenção, de modo a que os mesmos aprofundem e aperfeiçoem as competências científicas, técnicas e humanas, que assegurem boas práticas para com os mais velhos.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. & Sousa, L. (2007). Rede social pessoal: do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44: 353-376.
- Berkman, L. F. & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine – year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of epidemiology*. 109 (2),186-204.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-136). Lisboa: Climepsi Editores.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-136). Lisboa: Climepsi Editores.
- Braam, A. W., Prince, M. J., Beekman, A. T. F., Delespaul, P., Dewey, M. E., Geerlings, S. W. et al. (2005). Physical health and depressive symptoms in older Europeans: results from Eurodep. *British Journal of Psychiatry*, 187 (1), 35-42.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva P., Jerónimo, P., & Marques T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Fundação Manuel dos Santos, Lisboa, Guide – Artes gráficas.

- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z., Prette, A. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Carstensen, L., Isaacowitz, D., & Charles, S. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Daniel, F., Ribeiro, A.M., & Guadalupe, S. (2011). Recursos sociais na velhice: um estudo sobre as redes sociais de idosos beneficiários de apoio domiciliários. In A.D. Carvalho (org.), *Solidão e solidariedade: entre os laços e as fracturas sociais* (73-85). Porto: Edições Afrontamento.
- Deus, A., Guadalupe, S., Daniel, F. (2012). Expectativas associadas ao cuidar das gerações mais velhas: comparação entre filhos únicos e membros de fraternias. Livro de Actas do VII Congresso Português de Sociologia, Sociedade, Crise e Reconfigurações. Lisboa: APS.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia* (1.ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Espírito-Santo, H., Cunha, M., Guadalupe, S., & Simões, S. (2014). *Regras de Escrita de Dissertações de Mestrado*. Manuscrito não publicado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Eurostat (2012). *Active ageing and solidarity between generations: a statistical portrait of the European Union 2012*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union .
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1.ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ford, A., Haug, M., Stange, K., Gaines, A., Noelker, L. & Jones, P. (2000). Sustained personal autonomy: A measure for successful aging. *Journal of Aging and Health*, 12(4), 470-489.
- Geerlings, S. W. et al. (2005). Physical health and depressive symptoms in older Europeans: results from Eurodep. *British Journal of Psychiatry*, 187 (1), 35-42.
- Guadalupe, S. (2001). Intervenção em Rede e Saúde Mental. *Revista Psiquiatria e Saúde Mental*.
- Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em rede: Serviço social, sistémica e redes de suporte social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- INE (2007). *Estatísticas demográficas 2005*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- INE (2009). *Destaque. Informação à Comunicação Social. Projecções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- INE (2011). *Censos 2011 – Resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. I.P.

- Klum, P. & Maier, H. (2010). Daily activities and survival at older ages. *Journal Aging and Health*, 19, 594-611.
- Liberman, D. (2002). Envelhecimento do sistema endócrino. Em E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll e M. Gorzoni *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed., pp.758). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Meisner, B., Dogra, S., Logan, J., Baker, J. & Weir, P. (2010). Do or decline?: Comparing the effects of physical inactivity on biopsychosocial components of successful aging. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 688-696.
- Neril, A. & Freire, S. (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.
- Nogueira, E., Lima, L., Martins, L., & Moura, E. (2009). Rede de relações sociais e apoio emocional: pesquisa com idosos. *CESUMAR*, 11 (1), 65-70.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, pp. 156-175. Porto Alegre.
- Resende, M. C.; Cunha, C. P. B.; Silva, A. P.; e Sousa, S. J. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*, 5, 1870-35X.
- Resende, M. C.; Cunha, C. P. B.; Silva, A. P.; e Sousa, S. J. (2007). Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciências & Cognição*, Vol. 10: 164-177.
- Santos, P. F. C. (2002). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. (2ª ed). Lisboa: Quarteto Editora.
- Schroots, J., Fernández-Ballesteros, R. & Rudinger, G. (1999). *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes* (1.ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física de mental*. Lisboa: Lidel.
- Serra, V. A. (2006). Que significa envelhecer? In H. Firmino, L.C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatria* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Simões, A. (1982). Aspectos de gerontologia. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 16, 49-92.
- Sluzki, C. E. (1996). *La Red Social: Frontera de la Practica Sistemica*. Barcelona. Editorial Gedisa, S.A.
- Sluzki, C. (1997). *A Rede Social na Prática Sistémica – Alternativas Terapêuticas*. Edição Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar nos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

Sousa, F. A. (2008). *Depressão e actividades de vida diária no idoso*. Tese de Mestrado não publicada. SACS, Aveiro.

United Nations (2010). *World Population Ageing 2009*. New York: Department of Economic e Social Affairs.

<http://www.globalstat.eu/en/GlobalStat/Demographics/Dependency%2bRatios/Old%2bage%2bdependency%2bratio-189->