

# **INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

Escola Superior de Altos Estudos

## **REDES SOCIAIS PESSOAIS E *COPING* RESILIENTE NAS IDADES AVANÇADAS**



**ANDREIA SOFIA DA SILVA ANTUNES**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Especialidade em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014

## **Redes Sociais Pessoais e *Coping* Resiliente nas Idades Avançadas**

ANDREIA SOFIA DA SILVA ANTUNES

Dissertação apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de  
Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialidade em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Daniel,  
Professora auxiliar no ISMT

Coimbra, Setembro de 2014

## AGRADECIMENTOS

Aproximando-se o fim desta longa caminhada, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que partilharam junto de mim os bons e os maus momentos durante este percurso.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha Orientadora, Professora Doutora Fernanda Daniel, por toda a sua dedicação e pela forma profissional com que orientou a presente investigação, pelas suas palavras de incentivo e força, e por ter contribuído para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Também quero agradecer a todas as Instituições que participaram em todo este processo de investigação e deram o seu importante contributo.

À minha Mãe e ao meu Pai, o meu mais sincero e eterno obrigada, por todo o sacrifício, toda a dedicação e apoio, e ainda, por todo a amor incondicional que me proporcionaram ao longo desta árdua caminhada. Sem eles nada teria sido possível, foram eles a força impulsionadora da concretização deste sonho. São eles o meu porto seguro e a minha âncora.

À minha irmã Inês, “a minha menina”, um muito obrigada por estar sempre presente nos momentos mais importantes, dando-me o alento e alegria que tanto precisei.

Quero agradecer, também, à minha avó pelas palavras de afeto com que me presenteia. Recordo o meu avô, que infelizmente já não está mais entre nós, pela forma humorística com que falava comigo e por todas as suas histórias que partilhou comigo, que me fizeram rir muitas vezes.

Um obrigada especial ao meu namorado, o Vítor, admiro a sua paciência e agradeço-lhe a sua ajuda na realização deste trabalho, agradeço-lhe igualmente o seu amor - foi um pilar neste percurso.

Aos meus amigos, pela força e partilha de momentos que ficarão para sempre no meu coração. Em especial à Tânia Fonseca, à Juliana Relva e à Tânia Antunes, por todos aqueles momentos inesquecíveis que me proporcionaram durante estes cinco anos na “nossa” cidade (Coimbra) e que será sempre o nosso ponto de encontro, o encontro de memórias, jamais esquecidas.

Em última instância quero agradecer a todos os idosos que participaram nesta investigação, sem eles não teria sido possível a realização deste trabalho.

**A todos, o meu sincero obrigada!**

## **RESUMO**

**Introdução:** Nos dias de hoje, assistimos em Portugal a um progressivo aumento da esperança média de vida. Este aumento implica uma atenção redobrada sobre estas pessoas que apresentam características que as diferenciam dos seus congéneres de idades mais precoces. Referimo-nos a diferenças que se refletem tanto ao nível do perfil sociodemográfico como comportamental.

**Objetivos:** Assim, o presente estudo tem como objetivo central analisar a relação entre as configurações das redes sociais pessoais e os diferentes níveis de *coping* resiliente, em uma amostra de idosos.

**Metodologia:** O presente trabalho remete para um estudo quantitativo, transversal com comparação de grupos. A recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico, o Instrumento de Avaliação da Rede Social Pessoal (IARSP – Idosos), (Guadalupe & Vicente, 2012) e a Escala do *Coping* Resiliente (Sinclair & Wallston, 2003).

**Participantes:** A amostra é composta por 448 indivíduos, 287 (64,1%) do sexo feminino. A idade média situa-se nos 76 anos ( $DP = \pm 7,6$ ), são maioritariamente casados (230= 51,3 %) e 226 (50,4%) têm como habilitações a 4ª classe.

**Resultados:** Os resultados dão-nos conta de diferenças consideráveis nos níveis de *coping* na nossa amostra (baixo: 52%,  $n = 233$  versus forte: 9,2%,  $n = 233$ ). No que concerne às características estruturais da rede social pessoal, encontramos diferenças estatisticamente significativas na proporção das relações de amizade e na proporção das relações de trabalho, segundo os três níveis de *coping* ( $p < 0,05$ ). Relativamente às características funcionais da rede social pessoal, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas no apoio emocional, reciprocidade do apoio e na satisfação com a rede segundo os três níveis de *coping* ( $< 0,05$ ). Por último, em relação às características relacionais-contextuais, os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas, na durabilidade média das relações com os membros e na frequência dos contactos, segundo os três níveis de *coping* ( $p < 0,05$ ).

**Conclusões:** Os nossos resultados permitem-nos afirmar que níveis de *coping* mais elevados estão relacionados com redes sociais pessoais com um maior quadrante de amigos, já os indivíduos que apresentam níveis de *coping* mais baixos têm redes com maior número de

familiares. Assim sendo, os inquiridos, na globalidade, apresentam redes homogéneas, já que a sua rede social pessoal é constituída, maioritariamente por familiares. Estes resultados parecem refletir a importância do  *coping*  resiliente na ativação de outras relações sociais pessoais dos idosos, fora do quadrante familiar. É um facto que as relações familiares acontecem em virtude do parentesco, pelo contrário, fomentar relações extra familiares é um processo que necessita que os idosos reúnam um conjunto de condições físicas e psicológicas para que se sintam dispostos a criar novas amizades. Assim sendo, parece-nos hipoteticamente correto afirmar que quanto mais recursos psicológicos os idosos beneficiarem, mais predispostos vão estar para se relacionar com outras pessoas, para além dos membros da família.

**Palavras-Chave:** Redes Sociais Pessoais; *Coping* Resiliente e Idosos

## ABSTRACT

**Introduction:** Nowadays, we are witnessing in Portugal a progressive increase in average life expectancy. This increase implies an increased attention on those people who have characteristics that set them apart from their counterparts in earlier ages. We refer to differences that reflect both levels of the socio-demographic profile and behavioral.

**Objectives:** Thus, this work has the main objective to analyze the relationship between the settings of personal social networks and different levels of resilient *coping* in a sample of the elderly.

**Methodology:** The present work refers to a cross-sectional study with comparison groups. Data collection was performed through a socio-demographic questionnaire, the Assessment Toll Personal Social Network (IARSP – Senior), (Guadalupe & Vicente, 2012) and Resilient *Coping* Scale (Sinclair & Wallston, 2004).

**Participants:** The sample consists in 448 persons, 287 (64,1%) are female. The average age stands at 76 years ( $SD = \pm 7,6$ ), a big percentage are married (230 = 51,3%) and 226 (50,4%) have the 4<sup>th</sup> grade.

**Results:** The results give us an account of considerable differences in levels of *coping* in our sample (low: 52%,  $n = 233$ ; versus a strong 9,2%,  $n = 41$ ). Regarding the structural characteristics of the social network, we found statistically significant differences in proportion of friendly relations and the proportion of labour relations, according to the three levels of *coping* ( $p < 0,05$ ). Regarding the functional characteristics of the personal social network, we can see that there are statistically significant differences in emotional support, reciprocity of support and satisfaction with the network according to the three levels of *coping* ( $< 0,05$ ). Finally, in relation to relational – contextual characteristics, the results indicated statistically significant differences in the average duration of relationships with members and frequency of contacts, according to three levels of *coping* ( $< 0,05$ ).

**Conclusions:** Our results supported the hypothesis that higher levels of *coping* are related to personal social networks with a larger number of friends, but people who have lower levels of *coping* have networks with a larger number of families. Therefore the inquired, in a general way, have homogeneous networks, since their personal network is mostly composed of relatives. These results seem to reflect the importance of resilient *coping* in activating other

personal social relations of the elderly outside the family atmosphere. It is a fact that the extra family relationships are a process that requires seniors meeting a number of physical and psychological conditions to feel willing to create new friendships. Therefore, it seems hypothetically correct to say that, the more psychological resources the elderly benefit from, the more they will be likely to relate to others beyond the family members.

**Keywords:** Personal Social Networks; Resilient *Coping* and Seniors.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
Processo de Envelhecimento.....	4
Redes Sociais.....	6
<i>Coping</i> Resiliente.....	11
<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
Tipo de estudo.....	15
Procedimentos.....	16
Instrumentos.....	16
Análise dos dados.....	18
Participantes.....	18
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I - Bateria de testes redes sociais pessoais de idosos	

---

Imagem da capa: de autoria da autora da Dissertação

E-mail: andreasofia\_antunes@hotmail.com



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Caracterização sociodemográfica da amostra.....	19
<b>Tabela 2:</b> Características da rede social pessoal na amostra global.....	20
<b>Tabela 3:</b> Estatística descritiva da variável <i>coping</i> total.....	22
<b>Tabela 4:</b> Frequência da variável <i>coping</i> com base em três pontos de corte .....	22
<b>Tabela 5:</b> Características estruturais da rede social pessoal segundo o <i>coping</i> .....	23
<b>Tabela 6:</b> Características funcionais da rede social pessoal segundo o <i>coping</i> .....	24
<b>Tabela 7:</b> Características relacionais-contextuais da rede social pessoal segundo o <i>coping</i> ..	25

## INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios do século XXI que se coloca aos governos das sociedades hodiernas é a gestão do processo de envelhecimento. Este processo surge ancorado a uma diversidade de implicações que cruzam a esfera micro dos indivíduos (as suas identidades e as situações sociais concretas), a esfera meso na forma como os diversos subsistemas lhe respondem (laboral, familiar, de proteção social, fiscal, científico, entre outros), e a esfera macro ao nível da sustentabilidade socioeconómica dos países e regiões mundiais (Daniel, Simões & Monteiro 2012).

A Organização Mundial de Saúde (doravante, OMS) refere que, o envelhecimento da população impõe uma ação planeada ao nível local, regional, nacional e internacional. Assim, num “mundo cada vez mais interligado, a omissão para lidar, de um modo sensato e em qualquer parte do mundo, com o imperativo demográfico e as mudanças rápidas nos padrões de doenças, terá consequências políticas e socioeconômicas em todos os lugares” (OMS, 2005, p. 45). Ainda segundo a mesma organização, na maioria dos países desenvolvidos do mundo é aos 65 anos que se inicia a passagem para a velhice. Embora este limite seja arbitrário e manipulável, ele foi durante muitos anos, em Portugal, a idade em que se iniciava a atribuição da reforma por limite de idade. Apesar de não poder existir nenhum critério numérico padrão consensual, relativamente à idade de início da velhice, a ONU admitiu que, para efeitos de comparabilidade o ponto de corte seria os 60 anos, tendo em conta as realidades diferentes que se vivem nos países denominados, em vias de desenvolvimento e nos países ditos desenvolvidos.

Importa referir que o envelhecimento não é um estado, mas, antes um processo de degradação progressiva e diferencial, ou seja, é variável de indivíduo para indivíduo. Assim sendo, o envelhecimento revela simultaneamente dados objetivos (deteriorações físicas, diminuição dos funcionamentos perceptivos e mnésicos) e também, dados subjetivos que constituem de facto a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento (Fontaine, 2000).

Ao falarmos do envelhecimento da população, é importante distinguir o processo de envelhecimento e a velhice. Apesar de distintos, ambos se relacionam com a condição temporal e com os efeitos que provocam no indivíduo. O processo de envelhecimento envolve mudanças tanto nas dimensões biológica, psicológica, social e psicossocial do indivíduo, em função do tempo, e ainda, constitui-se em um desafio para a manutenção do bem-estar dos seres humanos (Couto, 2007; Fontaine, 2000; Fonseca, 2010). Todo o percurso

de vida, o contexto em que ocorreu toda a trajetória de vida e a forma como as relações sociais, familiares ou outras aconteceram, estão diretamente catalogadas com o modo como é vivida a fase final do ciclo da vida (Fonseca, 2005; Fontaine, 2000).

Por sua vez, o conceito de velhice é entendido como uma categoria social, que, em termos cronológicos, atinge o seu início na reforma:

A velhice, como categoria social, pode dizer-se que ficou institucionalmente fechada nas fronteiras de um limiar de idade fixo, cujo acesso é reforçado pela detenção de uma pensão de reforma. Esta definição institucional não tem sido adaptada às transformações sociodemográficas mais recentes, e tem mesmo vindo a ser reforçada com a institucionalização das pré-reformas. Ao passar à categoria de reformado, o "jovem velho" encontra as condições para adquirir as propriedades que são socialmente imputadas à velhice. Perde o estatuto social atribuído a partir do trabalho profissional a reforma é também uma forma de exclusão social e adquire o estatuto desvalorizado de "reformado" (Fernandes, 2001, p.5-6).

A velhice relaciona-se com representações sociais específicas e com significados psicológicos próprios, que dão origem a uma congregação social informal sobre aquilo que os indivíduos devem ou não fazer. A velhice por um lado é considerada uma fase de isolamento e declínio em que podem despoletar diversos problemas, por outro lado é perspectivada como a fase de vida mais calma e plena (Cerqueira, 2010).

A reflexão sobre o envelhecimento e a velhice é uma constante na história da humanidade. De facto, filósofos, escritores, poetas e ideólogos têm refletido ao longo da humanidade sobre os seus significados e as suas repercussões em termos individuais e em termos sociais. É consensual afirmar que, a forma de definir a pessoa idosa é diferente de sociedade para sociedade (Minois, 1999; Cerqueira, 2010)

Nos dias de hoje são concomitantes imagens distintas da velhice, contudo, a perspetivação da velhice versando a otimização das condições das pessoas idosas começou a ganhar terreno. Sendo considerada esta perspetiva como um dos desafios da nossa sociedade atual. Na modernidade, a velhice começa a ser encarada como algo que pode ser modelado, através de uma intervenção precoce no processo de envelhecimento dos indivíduos. Neste sentido, nos últimos anos assistiu-se ao surgimento de um novo discurso, baseado na conceção de envelhecimento bem-sucedido, unindo-se a esta fase conceitos como os de saúde, vitalidade, capacidade e autonomia. Para além da componente genética exercer uma grande influência ao longo de toda a vida, também o indivíduo vai acumulando um conjunto

de experiências e riscos, que poderão pesar positiva ou negativamente na saúde e no bem-estar na fase da velhice (Cerqueira, 2010; Fontaine, 2000).

Segundo Fontaine (2000), a velhice bem-sucedida está associada a três condições: a primeira é a reduzida possibilidade de doenças, principalmente as que acarretam perdas de autonomia; a segunda relaciona-se com a manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, o que por vezes, se designa velhice ótima; e por último é a preservação do compromisso social e do bem-estar subjetivo. Estes três tipos de condições agrupam-se em proporções variáveis, de acordo com as diferentes influências de desenvolvimento que os indivíduos sofreram durante a vida. Estas influências, assimiláveis a fatores de envelhecimento, foram objeto de diversas teorizações, sendo uma das mais conhecidas a de Baltes (Fontaine, 2000). Baltes (1987) *cit in* Fontaine (2000) distingue três grandes categorias de influências ou fatores: as influências ligadas ao grupo etário, as que estão relacionadas com o período histórico e ainda, as que estão conexas com história pessoal. As influências ligadas ao grupo etário são o conjunto dos determinadores biológicos e ambientais, fortemente correlacionados com a idade cronológica, comuns a todos os indivíduos. Podemos citar a maturação biológica e o desencadear de algumas doenças sob controlo genético, a escolarização obrigatória durante certo período da vida e a idade da reforma que é fixada pela lei. Sobre este tipo de acontecimentos, todos eles associados à idade cronológica, o indivíduo não tem controlo. As influências relacionadas com o período histórico demonstram que as gerações vivem factos históricos diferentes. Podemos referir, para exemplificar este fator de envelhecimento, o nível e o conteúdo educativo que mudaram muito durante o século e a segunda Guerra Mundial, que marcou as gerações que a conheceram. Por fim, as influências que estão conexas com a história pessoal estão ligadas a acontecimentos autobiográficos. Alguns encontram-se sob o controlo do indivíduo e representam aquilo que os filósofos chamam o seu “livre arbítrio”. Como exemplo, temos: o casamento, o divórcio, a constituição da família, a escolha da profissão e do local de residência. Em suma, todas estas influências têm em comum o facto, de serem particulares e únicas em uma história individual da velhice (Fontaine, 2000)

Seja na infância ou na vida adulta, a desnutrição, o consumo de tabaco, o excesso de álcool, a falta de exercício físico ou obesidade podem aumentar o risco de doenças e incapacidades (OMS, 1999). Outro aspeto importante relaciona-se com as diferenças educativas, económicas e sociais. Faz sentido assim, dizer que existe uma tendência para a diversidade no processo de envelhecimento. Níveis mais elevados de escolaridade, de posses financeiras e de interação social tendem a relacionar-se com melhores condições de saúde e

com uma maior longevidade. Contudo, as circunstâncias em que o envelhecimento ocorre dependem, em grande medida, da forma como são vivenciados pelo indivíduo certos obstáculos. Se o processo de envelhecimento for oportunamente preparado ao longo da vida, situações indutoras de stresse, nomeadamente relacionadas com as questões de saúde, com o funcionamento físico e fisiológico e ainda com os problemas pessoais e familiares poderão ser geridos provavelmente com maior facilidade. Em suma, para que o processo de envelhecimento seja bem-sucedido, é necessário que as competências adaptativas estejam presentes nas suas várias dimensões, nomeadamente: na cognitiva (capacidade de resolução de problemas); na comportamental (desempenho social) e na emocional (estratégias para lidar com indícios de stresse). Assim sendo, estas competências são inseparáveis de todo o processo, pois permitem aos indivíduos responder com flexibilidade aos desafios que vão surgindo, sejam eles físicos, socioeconómicos, emocionais, relacionais ou ambientais (Cerqueira, 2010).

### **Processo de Envelhecimento**

Como é consabido, a esperança média de vida tem vindo a aumentar refletindo-se no sucessivo aumento dos índices de envelhecimento demográfico. Este facto está relacionado com o decréscimo da taxa da natalidade e com a melhoria da qualidade de vida, refletida em melhores condições saúde, como por exemplo, os grandes avanços na medicina e ainda às condições contextuais (Guedea et al., 2006).

As intervenções para promover o envelhecimento bem-sucedido, atualmente, focam-se no princípio que, envelhecer bem é aprendido e organizado, ou seja, é estar em alerta física e intelectualmente, no maior tempo possível (Aguerre & Bouffard, 2008).

O envelhecimento é um processo comum a todos os seres vivos, provocando alterações de ordem física, psicológica e social. Estas alterações envolvem mudanças tanto na relação do indivíduo com o meio, como com os outros. Não é possível determinar a data do início deste processo, uma vez que, a sua velocidade e a sua gravidade variam de indivíduo para indivíduo (Cancela, 2007; Fontaine, 2000).

Segundo Fontaine o envelhecimento pode ser compreendido a partir de distintos enfoques:

Antes de mais biológico, porque os estigmas da velhice, de certa forma mais palpáveis, se traduzem com a idade por um aumento das doenças, por modificações do nosso aspeto, tal como a nossa forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco sulcam a nossa pele; social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente

psicológico, com as modificações das nossas atividades intelectuais e das nossas motivações. O conjunto destas transformações consistiu o objeto de estudo da gerontologia (Fontaine, 2000, p.11).

Vários investigadores que refletem o processo de envelhecimento afirmam que este processo para além de genético é também de ordem extrínseca. Os hábitos de vida, como por exemplo, uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico, podem acelerar ou retardar a sua ocorrência. E também, por outro lado, certas escolhas, competências, a existência de problemas sociais, de stresse e ainda a presença de doenças são fatores determinantes na adaptação do indivíduo ao processo do envelhecimento. Deste modo, existem várias formas de envelhecer, que podem estar relacionadas com a variabilidade e características dos indivíduos, como também, com o contexto sociocultural e com os padrões familiares e relacionais, onde os indivíduos estão inseridos. Assim, envelhecer relaciona-se não só com as mudanças biológicas e psicológicas, mas também com os contextos sociais existentes, espelho dos modelos dominantes e da forma como a sociedade experiencia e lida com o processo de envelhecer (Cerqueira, 2010).

Não existe uma definição consensual de envelhecimento bem-sucedido. Para explicar o processo de envelhecer bem (com qualidade) são usados diversos termos, como “envelhecimento ativo”, “robusto” e “bem-sucedido”, já que, a longevidade não deve ser o único elemento para avaliar o envelhecimento bem-sucedido, pois, este processo envolve amplos fatores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores da saúde (Teixeira & Neri, 2008).

Assim, podemos constatar que existem diversas configurações de envelhecimento, os critérios para a categorização de velhice “bem-sucedida” variam de autor para autor. Por exemplo, segundo Teixeira e Neri (2008) envelhecer bem, está ligado a um conjunto de valores particulares que integram o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. O objetivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao “envelhecimento saudável”, “produtivo”, “ativo” ou “bem-sucedido” (Teixeira e Neri, 2008).

Nos dias de hoje, apenas uma análise multifatorial parece apropriada para perceber a exalta complexidade do processo do envelhecimento. Contudo, existem formas do envelhecimento mais favoráveis que outras (Aguerre & Bouffard, 2008).

## Redes Sociais

Os indivíduos estão inseridos na sociedade por meio das relações que desenvolvem durante toda sua vida, primeiro no campo familiar, em seguida na escola, na comunidade em que vivem e no trabalho. De facto, são as relações que as pessoas constroem e mantêm que fortalecem o espaço social. A própria natureza humana nos une a outras pessoas e organiza a sociedade em rede. Nas redes sociais, cada indivíduo tem a sua função e identidade cultural, a nossa relação com outros indivíduos vai criando um todo coeso que representa a rede (Tomaél, Alcará & Di Chiara, 2005).

Segundo Berkman, Glass, Brissete e Seeman (2000) uma rede social pessoal é a teia de relações que envolvem o sujeito, uma vez que, se trata de uma rede social pessoal constituída por “todos os atores sociais com quem um indivíduo estabelece uma relação interagente dentro seu “universo relacional” (Guadalupe, 2010; *cit in* Duarte, 2014). Na mesma linha de pensamento, Marteleto (2001, p.72), referiu que as redes sociais representam “um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”. A autora ressalta ainda que, só nas últimas décadas o trabalho pessoal em redes de ligações passou a ser percebido como uma ferramenta organizacional, apesar de o envolvimento das pessoas em redes existir desde a história da humanidade

No âmbito desta temática destacamos Sluzki (1996, p.42) que sublinha o conceito de rede social pessoal definindo-a como:

A soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas e define como diferenciadas da massa anónima da sociedade. Essa rede contribui para o seu próprio reconhecimento como indivíduo, para o seu papel, competência e protagonismo na sociedade e ainda para a capacidade de enfrentar a adversidade ou outras situações de crise.

Elna Dabas (1995, p.21) *cit in* Marques (2006) define a rede social como sendo “um sistema aberto que através de um intercâmbio dinâmico entre os seus integrantes e com integrantes de outros grupos sociais, possibilita a potencialização de recurso que possui.” Inclui portanto, um sistema de construção continua, tanto individual como em grupo, no qual as diferentes aprendizagens que uma pessoa realiza, se potencializam quando são socialmente compartilhadas. Também, podemos definir as redes sociais como redes de apoio quer sejam, da vida social do indivíduo (laços familiares, pertença de um grupo), ou de funções particularizadas, instrumentais ou socioafetivas (apoio emocional, informativo, tangível e de pertença). O apoio social refere-se essencialmente a três dimensões: Em primeiro lugar, à integração social, ou seja, à frequência de contactos que o indivíduo mantém. Outras das dimensões relacionam-se com o apoio recebido que, corresponde a quantidades calculáveis,

de ajuda fornecida pelos elementos que compõem a rede do indivíduo. E ainda, o apoio percebido, que, se exprime na crença de os outros significativos ajudarem em caso de necessidade (Paúl, 2005).

Ainda Sousa (2012) sublinhou que a rede social engloba um conjunto de pessoas, que têm limites entre si e com o exterior, com ligações singulares e com significado recíproco, através da satisfação de necessidades ou de apoio social. Envolve um sistema de comunicação e uma ferramenta de suporte, dentro de uma sociedade. As características destes vínculos podem ser usadas para perceber o comportamento social dos envolvidos.

Na década de 70 do século XX alguns pesquisadores debruçaram-se sobre o contexto social. O motivo deste interesse baseou-se no facto de aparentemente existirem certos aspetos do ambiente social capaz de produzirem efeitos na qualidade de vida dos indivíduos. Estudos mostram que, existe uma relação entre as redes sociais dos indivíduos (amigos, família) e a promoção de saúde e de bem-estar, e ainda, com o aumento da sobrevivência dos indivíduos (Rosa & Benício, 2009).

Segundo Sílvia Portugal (2007) durante a metade do século XX, o conceito de rede social tornou-se fulcral na teoria sociológica e deu origem a inúmeros debates sobre a existência de um novo modelo nas ciências sociais. No decorrer das últimas décadas, a sociologia das redes sociais integrou-se como um domínio específico do conhecimento e institucionalizou-se progressivamente, na medida que, foram publicados inúmeros artigos nas principais revistas de ciências sociais.

Desta forma, podemos considerar que as redes sociais funcionam como um meio intermediário na estrutura social, ou seja, estas podem-nos ajudar nos processos de inclusão social, no equilíbrio de bem-estar e até mesmo, no desenvolvimento da nossa identidade.

Considera-se que a velhice é uma fase que exige modificações contínuas, como outras fases da vida. Percebe-se que essas modificações até podem ser de ordem pessoal, mas não ocorrem isoladamente. A vinculação com o outro é essencial no processo de envelhecimento. Os outros podem proporcionar ao indivíduo pareceres acerca das suas realizações. Deste modo, o indivíduo avalia a adaptação dos seus comportamentos, sentimentos e conquistas (Marques, 2006).

Esta ligação aos outros faz com que os idosos procurem manter relacionamentos que facilitem as comparações e adaptações, ou seja, através dos outros cada um pode confirmar a ideia que faz de si mesmo, como os seus comportamentos, os seus sentimentos e ainda, as suas conquistas (Marques, 2006). De facto, é importante que o idoso para além de receber apoio, possa oferecer ajuda e apoio aos familiares e amigos. Assim, significa que o apoio



social informal, dentro das redes sociais dos idosos, é orientado também pelo critério da reciprocidade (Rosa & Benício, 2009).

Deste modo, é possível equacionar que as redes sociais pessoais podem constituir a principal fonte de suporte informal, percebido pelos indivíduos, mas, importa referir que, a presença de uma rede social não significa a existência concreta de suporte social (Guadalupe, 2009). Não podemos presumir que todas as pessoas ou famílias, às quais identificamos uma rede social pessoal ou familiar, têm suporte social disponível e garantido por essa rede. Além disso, as redes sociais podem igualmente assumir-se enquanto redes inócuas ou mesmo destrutivas, dependendo da sua natureza e composição (Coimbra, 1990).

O que se define como apoio social, no contexto das redes sociais está relacionado com os aspetos qualitativos e comportamentais das relações sociais. Como mencionado por Sluzki (1996) e Guadalupe (2009) existem essencialmente três perspetivas no estudo das redes de apoio social: a estrutural (foca os aspetos estruturais das redes sociais); a funcional (foca as funções cumpridas pelas redes sociais, analisando mais os aspetos qualitativos do apoio) e a relacional contextual (inscreve as relações no seu contexto específico). Barrón (1996), define a perspetiva contextual como aquela que reflete os contextos ambientais e sociais em que o apoio social acontece.

Já Vicente e Sousa (2012) simplificam estas perspetivas, dividindo as variáveis da rede em termos estruturais e funcionais. Dentro das características estruturais temos: o tamanho que se refere ao número de indivíduos; a densidade que está relacionada com a relação entre os membros do grupo; a distribuição ou composição que diz respeito ao número total dos indivíduos na rede, que se encontram em cada quadrante e círculos de intimidade; a dispersão que se relaciona com a distância geográfica entre os membros e a heterogeneidade ou homogeneidade que estão relacionadas com o género, idade, cultura e nível socioeconómico.

Relativamente as características funcionais, o apoio social envolve quatro tipos de apoio: o apoio emocional, que envolve expressões de afeto; o apoio instrumental ou material que se refere aos auxílios concretos, nomeadamente as necessidades materiais em geral; o apoio de informação que envolve informações úteis para a resolução de problemas e ainda; a interação social positiva que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem nos podemos divertir e relaxar (Rosa & Benício, 2009; Due, 1999; *cit in* Silva, 2014). Para além destes quatro apoios, Sluzki (1996), também refere mais dois tipos de apoio, a regulação social que está relacionada com interações que propõem responsabilidades e funções, eliminando os comportamentos desviantes, fomentando a solução dos conflitos e ainda; o

acesso a novos contactos que permitem a ligação com pessoas e redes, que anteriormente não faziam parte da rede social do indivíduo.

Ao referimos a importância das redes sociais pessoais, torna-se fundamental falar do suporte social destas, uma vez que este pode exercer um papel fundamental na promoção e manutenção da saúde física e mental. Pois como disse Paúl (2005) na investigação relativa aos idosos temos que considerar o efeito das redes sociais na saúde e na doença, assim como, os efeitos no próprio bem-estar psicológico e na satisfação com a vida.

As relações sociais de apoio dizem respeito à organização do vínculo entre pessoas e é composta pela rede de relações formais e informais. As relações de apoio formais referem-se aos contactos que estabelecemos com profissionais como, médico, dentista, professor advogado, entre outros (Rosa & Benício, 2009). Inclui os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível de Concelho ou de Freguesia, concebidos para auxiliar a população idosa, sejam estes lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, ou centros de convívio (Paúl, 1991; Martins, 2005).

Por outro lado, as relações consideradas como maior relevância pessoal e afetiva são as relações sociais de apoio informais, constituídas por vínculos com todos os outros indivíduos (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade e etc) e têm como principais características, a familiaridade e a proximidade, e implicam envolvimento afetivo (Rosa & Benício, 2009).

Paúl (1991) e Martins (2005) referem que as relações sociais de apoio informais podem dividir-se em dois grandes grupos, por um lado a família e por outro, os amigos e vizinhos dos indivíduos.

O papel das redes familiares é conhecido, desde sempre, pelo apoio essencial prestado aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia começa a ser cada vez mais escassa. Com a evolução da sociedade, o papel da família no apoio aos seus idosos tem vindo a diminuir e a tornar-se mais difícil. Contudo, a família, na nossa sociedade, continua a ter um papel fundamental no apoio instrumental e no bem-estar psicológico dos idosos. As redes sociais de apoio, formadas pelos amigos e vizinhos dos idosos, apesar de existirem poucos estudos nesta temática, existem indicadores que demonstram que estas desempenham também um papel influente no apoio à velhice, principalmente do ponto de vista emocional, mas também da ajuda instrumental, verificando-se esta última, mais em situações de ausência de familiares (Paúl, 1991).

O aspeto central nesta temática é saber o modo como as redes sociais de apoio se associam aos resultados do envelhecimento (Paúl, 2005).

Para além das redes sociais de apoio terem uma influência positiva na qualidade de vida na população em geral, também a presença delas, está associado a uma maior longevidade. Vários estudos, efetuados nos Estados Unidos, na Europa, na Ásia e na África verificaram uma relação entre a redução no risco de mortalidade e a presença de relações sociais. Existem também indicadores na literatura, de que a existência de redes sociais de apoio nos idosos tem um papel protetor sobre os sintomas depressivos, apresentando bons resultados no que diz respeito à satisfação com a vida e com o estado de saúde (Rosa & Benício, 2009).

Também More (2005, p.67) reportou a clara relação que existe entre qualidade da rede social e a saúde:

Existem provas fidedignas de que uma rede pessoal estável, sensível, ativa e confiante protege as pessoas das enfermidades, atua como um agente de ajuda e derivação, afeta a pertinência e a rapidez da utilização dos serviços de saúde, acelera os processos de cura e aumenta a sobrevida.

De facto, o apoio social tem sido amplamente conhecido como um fator de proteção para o bem-estar emocional dos idosos. O bem-estar emocional refere-se à qualidade emocional, ou seja, à frequência e intensidade das experiências de alegria, encanto, ansiedade, tristeza, raiva e todos os afetos que tornariam a vida dos idosos agradável ou desagradável. A família e o grupo de pares têm um papel crucial no bem-estar emocional dos idosos, embora estes apoios concebidos sejam praticados de forma distinta (Li, Ji, & Chen, 2014)

Contudo, a conceptualização do apoio social está longe de ser unânime. Conotada como complexa, é alvo de inúmeras definições, abordagens teóricas e modelos explicativos que nem sempre concordam entre si. Alguns investigadores têm avançado com o debate em torno de alguns aspetos, como a definição do apoio social, as suas dimensões principais, as suas funções, as formas de avaliação, os seus efeitos no bem-estar físico e psicológico, e os potenciais mecanismos que ligam o apoio social à saúde (Nunes 2005).

Face a esta pluralidade de conceptualizações passaremos a apresentação de algumas definições de apoio social.

Desta forma, Barron (1996) define o apoio social como um conceito interativo que se refere às permutas que se estabelecem entre os indivíduos. O apoio social deve englobar recursos, comportamentos e avaliações do próprio indivíduo e dos outros. E ainda para Barron (1996), o apoio social pretende analisar os efeitos sobre a saúde e bem-estar dos diferentes tipos de relações psicossociais, que ocorrem entre os sujeitos em um determinado

contexto. Nesta ótica, o apoio social assume-se como um sistema promotor de assistência e ajuda, através de fatores de suporte que ajudam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos (Martins, 2005).

Outra definição semelhante à de Barron (1996) é de Vaz Serra (1999), que define o apoio social como a “quantidade e a coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”. Diz respeito a um conceito interativo relativo a trocas entre os indivíduos, com o objetivo de promover o bem-estar físico e psicológico.

### ***Coping* Resiliente**

O conceito de *coping* foi evoluindo com o passar do tempo, ao nível da psicologia tem vindo a conquistar um interesse crescente, presentemente é foco de algumas psicoterapias e de programas educacionais. E também, pelo facto, de existirem fatores com possível capacidade para suavizar eventuais efeitos negativos ou disfuncionais na presença do risco, é um tema que estimula o interesse de pesquisadores na área da saúde mental e da psicopatologia. (Couto, 2007). No que diz respeito à sua definição, o *coping* tem sido definido como um fator estabilizador, ajudando na adaptação do indivíduo quando está perante situações indutoras de stresse (Rodrigues & Pais-Ribeiro, 2004). Monat e Lazarus (1985) *cit in* (Serra 1988, p. 303) “ (...) mencionam que o *coping* se refere aos esforços para lidar com as situações de dano, de ameaça ou de desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática”. Existem diferenças neste tipo de situações. Relativamente à ameaça, esta envolve uma antecipação daquilo que pode acontecer, mas que ainda não surgiu. Assim, os mecanismos do *coping* focalizam-se no futuro, para que o sujeito consiga eliminar os efeitos maléficos da situação. No caso do dano, os esforços de *coping* são direcionadas para o presente, ou seja, reinterpretam o mal acontecido. Por fim, temos o desafio, em que o indivíduo sente que as exigências de uma dada situação podem ser ultrapassadas. Contudo, neste caso, pode acontecer uma distorção da realidade ou uma forma de autoengano, em que, nenhuma delas é adequada (Vaz Serra, 1988).

Uma definição de *coping*, idêntica à de Monat e Lazarus, é a de White (1985) *cit in* Vaz Serra (1988, p.303), que afirma:

...tendemos a falar de *coping* quando temos em mente uma modificação relativamente drástica ou um problema que desafia as formas familiares da pessoa se comportar e requerer a produção de um comportamento novo. Dá origem, com frequência, a afetos desconfortáveis como a ansiedade, o desespero, a culpa, a vergonha, ou o pesar, o

alívio dos quais faz parte da necessidade de adaptação. O *coping* refere-se a esta adaptação em condições relativamente difíceis.

Muitas das perturbações do comportamento nascem como resultado de relações familiares problemáticas, bem como do confronto com os acontecimentos de vida traumáticos. Face a estas situações os profissionais de saúde e de socio-educação tentam identificar os fatores de risco e de vulnerabilidade, com o objetivo de ajudar os indivíduos a promover estratégias para lidarem da melhor forma com a frustração. Contudo, a análise das reações dos indivíduos confrontados com dificuldade revela uma multiplicidade de respostas adaptativas, refletindo que esta questão não pode ficar delimitada em uma abordagem centrada na vulnerabilidade e na inadaptação (Laranjeira, 2007). Essa complexidade é assegurada pela variabilidade do temperamento comportamental, que resulta da multiplicidade de variáveis que intercedem no crescimento psíquico. De facto, alguns indivíduos podem vivenciar perturbações sociais, escolares, familiares e não apresentarem qualquer tipo de perturbação comportamental. É neste sentido, que surge o conceito de resiliência. O conceito de resiliência significa a adaptação ao perigo e por vezes uma arte de os indivíduos conseguirem adaptar-se às situações adversas (condições biológicas, sociais e psicológicas), desenvolvendo habilidades ligadas aos recursos internos (intrapíquicos) e externos (ambiente social) que possibilitam ligar uma construção psíquica adaptada à inserção social (Laranjeira, 2007). Couto (2007), refere que atualmente, a resiliência diz respeito ao processo que intervém na presença do risco e através do qual, são provocados resultados favoráveis ou ainda melhores do que os adquiridos na ausência de adversidade. Também para Angst (2009, p.2) “A resiliência pode ser definida como uma capacidade universal que possibilita a pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecida ou até mesmo transformada, porém não ileso”.

A vantagem da resiliência é quase intuitiva, uma vez que, quando se reconhece a existência de problemas, procura-se lidar construtivamente com os problemas. Contudo, a resiliência nunca é absoluta e nunca é conquistada de uma vez só. Esta é uma capacidade que resulta de um processo dinâmico. Por isso, não conseguimos avaliar se uma pessoa é resiliente, ou não, já que cada um pode ter momentos e certos contextos da vida em que, consegue lidar melhor ou pior com as dificuldades com que se depara (Larrosa, 2007). Também Luthar, Cicchetti e Becker (2000, p.543) referiram que a resiliência diz respeito a “um processo dinâmico que abrange a adaptação positiva em um contexto de adversidade significativa”. Isto é, a resiliência modifica-se de acordo com as circunstâncias, com a

natureza do problema, com os contextos e fases de vida. Pode expressar-se de formas distintas de acordo com diferentes culturas (Manciaux, 2001). Pois como disse Couto (2007), a resiliência diz respeito às variantes individuais, num sentido positivo, em resposta ao risco. Assim, alguns indivíduos são afetados negativamente pelo stresse e pelas situações adversas, enquanto outros conseguem lidar satisfatoriamente com tais eventos. Desta forma, não podemos caracterizar a resiliência como um atributo fixo da pessoa, na medida que, o mesmo indivíduo pode reagir bem nas situações adversas em determinado momento, enquanto que, em outro momento, pode reagir de uma forma menos satisfatória a acontecimentos idênticos. Pois como disse Benghozi (2005) e Pinheiro (2004), uma das razões para que um mesmo acontecimento gere consequências diferentes nos indivíduos, está relacionado com o contexto de resiliência.

Em todos os momentos, a resiliência resulta da interação entre o próprio indivíduo e o seu ambiente, bem como, do contexto político, social e económico em que o indivíduo está inserido. A Resiliência não é uma nova receita para a felicidade, embora possa contribuir para tal. Pode ser uma nova forma de trabalhar em áreas de saúde, de assistência social e de educação (Manciaux, 2001).

Debruçarmo-nos sobre um “constructo relativamente novo, ainda em desenvolvimento, obriga-nos a tomar um enorme cuidado com o emprego das palavras, principalmente com a precisão dos conceitos utilizados” (Taboada, Legal & Machado, 2006, p. 105). A literatura já apresenta uma complexidade de perspetivas, acerca da abordagem desde conceito. Perante esta complexidade, as pesquisas têm-se dedicado afincadamente, sobre os modos e as configurações de expressividade da resiliência, estas em função dos diferentes contextos, interno ao externo aos indivíduos. Assim, a definição de resiliência pode ser apresentada em função da idade dos indivíduos, do seu contexto ambiental, afetivo, social e cultural (Laranjeira, 2007).

Ao falarmos de *coping* e resiliência, fica claro que ambos os conceitos estão estreitamente correlacionados. Sendo que, a resiliência estuda as pessoas que se adaptam/superam as adversidades, e o *coping* estuda as estratégias utilizadas pelas pessoas face às adversidades (Taboada, Legal & Machado, 2006).

Nos últimos anos, tem-se assistido ao crescimento da preocupação com a perspetiva da resiliência nos idosos. Habitualmente falamos da força psicológica nas crianças e nos jovens. Será que esta força também se verifica na população idosa? Com o avançar da idade o surgimento de certos acontecimentos é comum na população idosa. São exemplo desses acontecimentos, a perda do cônjuge, a perda da utilidade social e o aparecimento de doenças.

Neste sentido, o processo de envelhecimento poderia ser considerado como um contexto de risco ao nível biológico, psicológico e social, no entanto, os idosos reagem de maneira diferente faces às situações adversas (Laranjeira, 2007). Segundo Aguerre (2002) *cit in* Laranjeira (2007), o conceito de resiliência pode-se aplicar de igual forma às crianças e à população idosa já que, esta consegue viver com alguma qualidade de vida apesar das dificuldades que vão surgindo com o avançar da idade. Neste sentido, a resiliência pode ser abordada como um funcionamento instituído desde a idade da infância. Outro aspeto a sublinhar no estudo da resiliência nos idosos são as questões transgeracionais, ou seja, a transmissão da resiliência e, em que medida é que, esta transmissão tem impacto geracional no funcionamento resiliente de um progenitor em relação à sua descendência (Aguerre, 2002; De Tychey, 2001) *cit in* (Laranjeira, 2007).

Na investigação do processo de envelhecimento, o estudo da resiliência e a sua relação com o envelhecimento bem-sucedido, evidencia-se importante. Aliado ao envelhecimento bem-sucedido encontram-se as variáveis saúde, longevidade, capacidade cognitiva, sensação de bem-estar e satisfação com a vida (Laranjeira, 2007). Desta forma, para Rowe e Kahn (1999) *cit in* Laranjeira (2007) uma velhice bem-sucedida, aliada a um bom funcionamento resiliente, significa a ausência de doença e de deficiências, um elevado nível de funcionamento mental e psicológico e ainda, ajuda na inserção social por meio de atividades e relações interpessoais positivas. Contudo, o envelhecimento bem-sucedido não é só medido pela ausência de problemas. Como já foi referido, existem indicadores de bem-estar subjetivo que ajudam a envelhecer de uma forma saudável, como a felicidade, a satisfação com a vida e a qualidade de vida percebida (Laranjeira, 2007).

É importante salientar que algumas pesquisas sobre a resiliência nos idosos preocupam-se com o estudo de alguns traços de personalidade, bem como, com as estratégias de adaptação às situações adversas e em que medida, é que, isto está relacionado com o conceito de resiliência. Em suma, o núcleo central da resiliência é trabalhar as estratégias e as posturas dos indivíduos em situação de perigo. Permite também perceber o desenvolvimento de indivíduos que passaram por situações traumáticas e que no entanto, conseguiram ultrapassar esses acontecimentos (Laranjeira, 2007).

Nesta linha o presente estudo “Redes sociais pessoais, envelhecimento e *coping* resiliente” pretende avaliar as configurações das redes sociais pessoais nos idosos. Contribuir para a avaliação dos níveis de *coping* resiliente nos idosos. Clarificar as diferenças nas redes sociais pessoais consoante os diferentes níveis de *coping*.

## MATERIAL E MÉTODOS

A presente dissertação integra o Projeto de Investigação “Redes Sociais Pessoais de Idosos”, em desenvolvimento no Departamento de Investigação & Desenvolvimento do ISMT e no Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE), da responsabilidade das Professoras Doutora Sónia Guadalupe, Fernanda Daniel, Inês Amaral e Professor Doutor Henrique Vicente. É constituído por uma equipa de licenciados que se encontra a desenvolver as suas dissertações de mestrado em Psicologia Clínica e em Serviço Social. O estudo tem como objetivo 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 um protocolo de recolha de dados, dividido em 8 partes, sendo elas:

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

O presente estudo, “Redes Sociais Pessoais e *Coping* Resiliente nas Idades Avançadas”, insere-se no âmbito do projeto “Redes Sociais Pessoais de Idosos” e apresenta os seguintes três objetivos:

1. Avaliar as configurações das redes sociais pessoais nos idosos.
2. Contribuir para a avaliação dos níveis de *coping* resiliente nos idosos.
3. Clarificar as diferenças nas redes sociais pessoais consoante os diferentes níveis de *coping*.

### **Tipo de estudo**

A presente investigação remete para um estudo quantitativo, transversal com comparação de grupos.



## **Procedimentos**

Para a realização de recolha de dados do presente estudo foi elaborado um documento formal, ou seja, o consentimento informado, que compreendia o âmbito da realização do estudo e solicitava a autorização para a administração de um protocolo. Todo o processo da pesquisa foi realizado em conformidade 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 participante.

Para que esta investigação prosseguisse, procedeu-se a um contato inicial com idosos não institucionalizados com idade igual ou superior a 65 anos, do Concelho de Tondela, tendo sido explicados os objetivos do estudo, para que fosse possível proceder-se à administração da bateria de testes.

## **Instrumentos**

Este protocolo inclui nove instrumentos: (1) Inventário de Satisfação com a Reforma (Fonseca & Paúl, 1999); (2) MHI-5 – Mental Health Inventory (Ribeiro, 2001); (3) Geriatric Depression Scale GDS Short Form 15 (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999); (4) Escala de Solidão da UCLA (Neto, 1989); (5) SWLS Satisfaction With Life Scale (Diener, 1985); (6) *Coping* Resiliente (Sinclair & Wallston, 2003); (7) Easycare (2010); (8) WHOQOL (OMS; Canavarro et al., 2006); (9) IARSP - Idosos (Guadalupe & Vicente, 2012).

Tendo em conta os objetivos delineados anteriormente, para este estudo, utilizámos para este estudo o Instrumento de Avaliação da Rede Social Pessoal – Idosos (IARSP – Idosos) e a Escala do *Coping* Resiliente.

### **IARSP – Idosos (Guadalupe & Vicente, 2012)**

O Instrumento de Avaliação das Redes Sociais Pessoais (IARSP – Idosos), integra diversas variáveis que pretendem caracterizar a rede ao nível, (1) da dimensão estrutural (tamanho da rede, proporção das relações e densidade na rede); (2) da dimensão funcional (apoio percebido, companhia social, acesso a novos vínculos, reciprocidade de apoio e satisfação com a rede); e (3) da dimensão relacional-contextual (frequência de contactos, dispersão geográfica, durabilidade da relação, homogeneidade etária e de género na rede). É um instrumento descritivo, não permitindo uma avaliação psicométrica, no seu conjunto, pode ser usado como instrumento de autorresposta ou, como foi o caso do presente estudo,

em situação de entrevista. Para o preenchimento do questionário os inquiridos tinham que referir o nome das pessoas com quem se relacionam, se eram significativas na sua vida e se os/as apoiavam. De seguida, cada elemento da rede era identificado pelo inquirido e era caracterizado quanto ao vínculo ou tipo de relação (Família, Amigo(a), Vizinho, Relação de trabalho/estudo, Técnico), sexo, idade, durabilidade da relação, frequência de contactos e distância geográfica em relação ao indivíduo principal. Para além disso, procura avaliar o apoio que cada elemento identificado concede, em termos de: (1) apoio emocional; (2) apoio material e instrumental; (3) apoio informativo; (4) companhia social; e (5) acesso a novos contactos. A versão do IARSP procura ainda avaliar se os elementos identificados se conhecem entre si (o que permite avaliar a densidade), a reciprocidade de apoio (ou seja, se o indivíduo principal considera que é recíproco na relação com os elementos da rede), e a satisfação do inquirido com a sua rede e com o apoio por ela prestado.

### ***Coping* Resiliente (Sinclair e Wallston, 2003)**

A escala de *Coping* resiliente foi desenvolvida por Sinclair e Wallston (2004). É uma escala de autorresposta, unidimensional, constituída por quatro itens que têm como objetivo perceber a capacidade para lidar com o stress e com as adversidades da vida de uma forma adaptativa (*coping* resiliente).

Numa fase inicial, os autores começaram por explorar uma versão com nove itens. Porém, numa análise fatorial, constataram que apenas quatro itens “operacionalizavam” a sua conceptualização de *coping* resiliente (Sinclair & Wallston, 2004). Nesta versão de quatro itens, figuram temas como o otimismo, a criatividade, o crescimento positivo e a perseverança face às adversidades da vida.

Os itens que integram esta escala são os seguintes: (1) Procuo formas criativas de superar situações difíceis; (2) Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reações; (3) Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis; e (4) Procuo ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida. Estes quatro itens descrevem um padrão ativo de resolução de problemas que refletem na forma de *coping* resiliente. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal, de tipo Likert, com 5 opções de resposta: (5) descreve-me muito bem; (4) Descreve-me bem; (3) descreve-me mais ou menos; (2) Não me descreve bem; e (1) Não me descreve nada bem. A pontuação da capacidade para lidar com o stress varia entre 4 e 20 pontos e não existe cotação invertida.

Segundo Sinclair e Wallston (2004), considera-se baixa resiliência quando os indivíduos apresentam uma pontuação inferior a 13 pontos e resiliência forte quando

apresentam uma pontuação superior a 17. Esta escala revela uma fidedignidade/consistência interna “mínima” de acordo com os autores (0.7), que se pode dever precisamente ao número reduzido de itens. Possui segundo os autores boa validade de constructo e critério (Sinclair & Wallston, 2004).

### **Análise dos dados**

Para concretizar a análise de dados recolhidos, foi imprescindível determinar medidas de estatística descritiva, designadamente: média, desvio-padrão, mínimo e máximo, bem como frequências e percentagens. Pela natureza dos dados e após avaliação da normalidade da distribuição, decidimos utilizar a estatística não-paramétrica para testar os objetivos enunciados. Utilizámos o teste de Kruskal-Wallis para determinar diferenças entre grupos. O programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19.0, serviu de base para realizar a análise de dados.

### **Participantes**

Colaboram na investigação 448 indivíduos. A análise da distribuição por sexo apresenta uma clara feminização, ( $n=287$ ; 64,1%). A média de idades é de 76 anos ( $DP = \pm 7,6$ ), sendo a idade mínima de 65 anos e a máxima de 98 anos. No que concerne ao estado civil são os casados/união de facto os que obtêm maior percentagem, ( $n=230$ ; 51,3%). Na maioria dos casos os participantes têm filhos ( $n=390$ ; 87,2%). Relativamente à zona de residência a maioria dos participantes reside em aglomerado populacional, ( $n=402$ , 89,7%), maioritariamente rural ( $n=273$ ; 60,9%). A grande maioria dos participantes vive na sua própria casa ( $n=357$ ; 79,7%), 8,7% ( $n=39$ ) vive em casa de familiares e 9,4 % ( $n=42$ ) estão institucionalizados. Em relação aos padrões de coabitação a maioria dos participantes vive acompanhado ( $n=359$ ; 80,1%), pelo cônjuge ( $n=154$ ; 34,4%) e a seguir o item que se verifica mais é o casal com família alargada, ou seja, filhos; genros; noras e netos, com ( $n=73$ ; 16,3%).

Relativamente às habilitações literárias os participantes afirmam maioritariamente deter a 4ª classe - 1ª ciclo do Ensino Básico ( $n=226$ ; 50,4%), seguem-se com 18,3% ( $n=82$ ) os inquiridos que sabem ler e escrever mas que não possuem nenhum grau de ensino. Por fim relativamente a profissão exercida, a que mais se verifica é doméstica com 18,3% ( $n=82$ ) e a seguir, com uma diferença de dois valores a profissão com maior representatividade refere-se aos trabalhos na agricultura e floresta com 17,9% ( $n=80$ ). O facto de a profissão de

doméstica ser a maioritária está relacionada com o facto de a amostra ser composta maioritariamente por mulheres.

**Tabela 1**  
*Caracterização sociodemográfica da amostra*

	<i>n</i>	%	<b>Estatísticas descritivas</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	287	64,1	<i>Mo</i> = Feminino
Masculino	161	35,9	
<b>Idade</b>			
<= 75	221	49,3	<i>M</i> = 76 anos <i>DP</i> = ± 7,6
76 – 85	166	37,1	
86+	61	13,6	

**Tabela 1 (continuação)**  
*Caracterização sociodemográfica da amostra*

	<i>n</i>	%	<b>Estatísticas descritivas</b>
<b>Estado civil</b>			
Solteiro/a	36	8,0	<i>Mo</i> = Casado/a
Casado/a ou em união de facto	230	51,3	
Viúvo/a	161	35,9	
Divorciado/a ou separado/a	21	4,7	
<b>Com ou sem filhos</b>			
Com filhos	390	87,1	<i>Mo</i> = Com filhos
Sem filhos	57	12,7	
<b>Vive</b>			
Vive só	89	19,9	<i>Mo</i> = não vive só
Não vive só	359	80,1	
<b>Habilitações Literárias</b>			
Não sabe ler nem escrever	72	16,1	<i>Mo</i> = 4. <sup>a</sup> Classe
Sabe ler e escrever	82	18,3	
4. <sup>a</sup> Classe	226	50,4	
Ensino Preparatório	17	3,8	
9.º Ano	23	5,1	
12.º Ano	9	2,0	
Ensino Superior	19	4,2	

*Notas: Mo* = Moda; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão

## RESULTADOS

De seguida apresentamos os resultados mais relevantes da presente investigação. Analisaremos as características da rede social pessoal na amostra global e ainda, as características da rede social pessoal, segundo os diferentes níveis de *coping*.

**Tabela 2**  
*Características da rede social pessoal na amostra global*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Mo</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b><u>Características estruturais</u></b>							
Tamanho da rede	448	7,77	6	6	5,3	1	40
Proporção das relações familiares na rede	446	77,42	87,08	100	27,19	0	100
Proporção das relações de amizade na rede	427	12,58	0	0	20,29	0	100
Proporção das relações de vizinhança na rede	426	8,54	0	0	17,47	0	100
Proporção das relações de trabalho na rede	423	0,52	0	0	3,53	0	36,36
Proporção das relações institucionais na rede	423	1,28	0	0	5,34	0	40
Nível de densidade da rede	416	1	1	1	0,3	1	3
<b><u>Características funcionais</u></b>							
Apoio emocional	446	2,65	2,75	3	0,39	1	3
Apoio material e instrumental	446	2,24	2,26	3	0,57	1	4,30
Apoio informativo	446	2,38	2,40	3	0,51	1	3
Companhia social	445	2,34	2,33	3	0,47	1	3
Acesso a novos contactos	444	2,19	2,20	3	0,64	1	3
Apoio social médio	448	2,35	2,33	3	0,89	1	4
Reciprocidade de apoio	446	2,83	3	4	0,41	1	3
Satisfação com a rede	446	2,82	3	3	0,41	1	3
<b><u>Características relacionais-contextuais</u></b>							
Durabilidade média das relações com membros da rede	441	40,88	40,65	44	11,43	8	74
Frequência dos contactos	446	2,22	2	1	0,96	1	5
Dispersão geográfica	446	2,89	2,8	1	1,92	1	5

Notas: *n*= Número da Amostra; *M*= Média; *Md*= Mediana; *Mo*= Moda; *DP*= Desvio Padrão; *Min*= Mínimo; *Max*= Máximo.

Na tabela acima apresentamos as características “estruturais”, “funcionais” e “relacionais-contextuais” da rede social pessoal dos idosos. Em primeiro lugar, podemos verificar que os idosos, num total de 448, têm como tamanho médio das redes sociais 7,7 indivíduos, com um desvio-padrão de  $\pm 5,30$ .

No que concerne às características estruturais podemos afirmar que a proporção de familiares na rede apresenta maior percentagem ( $M=77,42$ ;  $DP= 27,19$ ). Sendo que, a proporção de relações no trabalho é a que apresenta menor percentagem ( $M=0,52$ ;  $DP= 3,53$ ).

Para podermos analisar as características funcionais, é fundamental compreender que o nível de apoio percebido foi avaliado numa escala de Likert de 3 pontos: (1) nenhum apoio; (2) algum apoio; e (3) muito apoio. Desta forma, podemos observar que os resultados apontam que os idosos estão muito satisfeitos relativamente ao apoio emocional recebido ( $M=2,65$ ;  $DP= \pm 0,39$ ).

No que concerne à reciprocidade do apoio que foi avaliada em uma escala de 4 pontos: (1) não dá apoio a nenhuma destas pessoas; (2) dá apoio a pouca destas pessoas; (3) dá apoio a algumas destas pessoas; (4) dá apoio á maior parte das pessoas. Os idosos que compõem amostra referem que a moda estatística é prestar apoio a algumas das pessoas que integram a sua rede social ( $Mo=4$ ).

A variável satisfação com a rede foi avaliada numa escala de 3 pontos: (1) nada, (2) pouco e (3) muito. Assim sendo, é possível verificar que a média se aproxima do ponto máximo ( $M=2,82$ ;  $DP=\pm 0,41$ ).

Os itens relativos à frequência de contactos foram distribuídos em 5 pontos: (1) diariamente; (2) algumas vezes por semana; (3) semanalmente; (4) algumas vezes por mês; e (5) algumas vezes por ano. Aqui conseguimos identificar que os idosos se aproximam, em termos médios, do ponto máximo da escala ( $M=2,2$ ;  $DP=\pm 0,96$ ).

Respeitante à dispersão geográfica esta foi codificada em: (1) na mesma casa; (2) no mesmo bairro; (3) na mesma terra; (4) até 50 Km; e (5) a mais de 50Km. Se analisarmos as medida de tendência central podemos verificar que a moda é 1 e a mediana e a média são inferiores a 3, isto é, existe proximidade geográfica.

Por fim, a durabilidade média das relações com os indivíduos, encontra-se nos 40 anos.

Para além destes resultados médios verificou-se que 12 indivíduos (2,7%) não apresentam familiares na sua rede, 258 indivíduos (57,6%) não apresentam relações de amizade e 299 indivíduos (66,7%) nenhuma relação de vizinhança.

**Tabela 3***Estatística descritiva da variável Coping total*

	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Mo</i>	<i>DP</i>
<b>Coping Total</b>	447	4	20	12,64	12	12	3,23

Notas: *n*=Número da Amostra; *Min*=Mínimo; *Max*=Máximo; *M*=Média; *Md*= Mediana; *Mo*= Moda; *DP*=Desvio-Padrão.

A tabela acima apresenta o somatório dos 4 itens que compõem o *coping*. Assim podemos verificar que existem pontuações que se distribuem entre o mínimo (4) e o máximo (20).

**Tabela 4***Frequência da variável Coping com base em três pontos de corte*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Coping Baixo &lt;13</b>	233	52 %
<b>Coping Médio <math>\geq 13</math> e <math>\leq 17</math></b>	173	38,6 %
<b>Coping Forte &gt; 17</b>	41	9,2 %

Notas: *n*=Número da Amostra; *Min*=Mínimo; *Max*=Máximo; *M*= Média; *Md*= Mediana; *MO*= Moda; *DP*= Desvio Padrão

Na tabela acima podemos observar que dos 447 dos indivíduos inquiridos, apenas 41 apresentam níveis de *coping* forte (>17), com uma percentagem de 9,2% (*n*=41). Sendo a percentagem maior, com 52 % (*n*=233) nos indivíduos que apresentam níveis de *coping* baixo (<13).

**Tabela 5***Características estruturais da rede social pessoal segundo o coping*

<i>Coping</i>	<i>Coping Baixo</i> <13	<i>Coping Médio</i> ≥ 13 e ≤ 17	<i>Coping Forte</i> > 17	<i>Total</i>	
	<i>n= 233</i>	<i>n= 173</i>	<i>n= 41</i>	<i>n= 447</i>	
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	
	<i>(Min-Max)</i>	<i>(Min-Max)</i>	<i>(Min-Max)</i>	<i>(Min-Max)</i>	
<b>Tamanho da rede</b>	7,45 (4,84) (1-27)	7,92 (5,66) (2-40)	8,97 (6,19) (2-27)	7,77 (5,30) (1-40)	$\chi^2_{kH} = 1,92$ $gl= 2$ $p=0,38$
<b>Proporção das relações familiares</b>	80,21 (25,61) (0-100)	72,61 (28,96) (0-100)	74,44 (30,15) (0-100)	77,44 (27,22) (0-100)	$\chi^2_{kH} = 4,35$ $gl= 2$ $p= 0,12$
<b>Proporção das relações de amizade</b>	9,24 (15,78) (0-100)	15,89 (25,66) (0-100)	16,29 (21,49) (0-69,23)	12,54 (20,29) (0-100)	$\chi^2_{kH} = 7,74$ $gl= 2$ $p= 0,02$
<b>Proporção das relações de vizinhança</b>	8,64 (18,08) (0-100)	9,08 (17,42) (0-100)	3,27 (9,92) (0-50)	8,56 (17,48) (0-100)	$\chi^2_{kH} = 3,91$ $gl= 2$ $p= 0,14$
<b>Proporção das relações de trabalho</b>	0,12 (1,37) (0-16,67)	1,11 (5,42) (0-36,36)	0,10 (0,61) (0-3,70)	0,53 (3,54) (0-36,36)	$\chi^2_{kH} = 7,86$ $gl= 2$ $p= 0,02$
<b>Proporção das relações com técnicos</b>	1,36 (5,55) (0-40)	1,30 (5,56) (0-40)	0,56 (2,44) (0-12,50)	1,28 (5,35) (0-40)	$\chi^2_{kH} = 0,15$ $gl= 2$ $p= 0,93$
<b>Nível de densidade</b>	96,07 (10,93) (40-100)	96,09 (13,03) (0-100)	93,04 (14,49) (50-100)	95,78 (12,19) (0-100)	$\chi^2_{kH} = 4,34$ $gl= 2$ $p= 0,12$

Notas: *n*=Número da Amostra; *M*=Média; *DP*=Desvio-Padrão; *Min*=Mínimo; *Max*=Máximo;  $\chi^2_{kH}$  =Teste Kruskal Wallis; *gl*=graus de liberdade; *p*= significância.

O teste Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas na proporção de relações de amizade, nos diferentes grupos de *coping* (Gp1, *n*= 233: <13, Gp2, *n*= 173: ≥ 13 e ≤,17, Gp3, *n*= 41: > 17),  $\chi^2_{kH} (2, n= 447) = 7,74, p= 0,02$ . Foram igualmente reveladas diferenças estatisticamente significativas na proporção de relações de trabalho (Gp1, *n*= 233: <13, Gp, *n*= 173: ≥ 13 e ≤,17, Gp3, *n*= 41: > 17),  $\chi^2_{kH} 2, n= 447) = 7,86, p=0,02$ .



**Tabela 6***Características funcionais da rede social pessoal segundo o coping*

<i>Coping</i>	<i>Coping Baixo &lt;13</i>	<i>Coping Médio ≥ 13</i> e ≤ 17	<i>Coping Forte &gt; 17</i>	<i>Total</i>	
	<b>n=233</b>	<b>n=173</b>	<b>n=41</b>	<b>n= 447</b>	
	<b>M (DP)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>M (DP)</b>	
	<b>(Min-Max)</b>	<b>(Min-Max)</b>	<b>(Min-Max)</b>	<b>(Min-Max)</b>	
<b>Apoio Emocional</b>	2,58 (0,41) (1,25-3,14)	2,69 (0,38) (1-3)	2,78 (0,26) (2,28-3)	2,65 (0,39) (1-3)	$\chi^2_{kH} = 18,48$ $gl= 2$ $p<0,001$
<b>Apoio Material e Instrumental</b>	2,26 (0,53) (1-4,30)	2,35 (0,53) (1,33-3)	3,58 (0,93) (1-4)	2,24 (0,57) (1-4)	$\chi^2_{kH} = 0,42$ $gl= 2$ $p= 0,82$
<b>Apoio Informativo</b>	2,33 (0,52) (1-3)	2,44 (0,52) (1-3)	2,32 (0,47) (1,50-3)	2,38 (0,52) (1-3)	$\chi^2_{kH} = 7,77$ $gl= 2$ $p= 0,20$
<b>Companhia Social</b>	2,30 (0,48) (1,11-3)	2,42 (0,46) (1-3)	2,33 (0,38) (1,63-3)	2,35 (0,47) (1-3)	$\chi^2_{kH} = 5,95$ $gl= 2$ $p= 0,05$
<b>Acesso a Novos Contatos</b>	2,17 (0,61) (1-3)	2,29 (0,62) (1-3)	2,14 (0,55) (1-3)	2,19 (0,643) (1-3)	$\chi^2_{kH} = 1,99$ $gl= 2$ $p= 0,37$
<b>Apoio social (somatório)</b>	2,75 (1,96) (1,21-13,51)	2,91 (2,20) (1,36-15)	3,75 (3,18) (1,83-12,98)	2,87 (2,15) (1-15)	$\chi^2_{kH} = 6,13$ $gl= 2$ $p= 0,05$
<b>Reciprocidade de Apoio</b>	3,18 (0,96) (1-4)	3,52 (0,73) (1-4)	3,58 (0,93) (1-4)	3,37 (0,88) (1-4)	$\chi^2_{kH} = 26,83$ $gl= 2$ $p<0,001$
<b>Satisfação com a Rede</b>	2,75 (0,47) (1-3)	2,91 (0,29) (2-3)	2,96 (0,21) (2-3)	2,83 (0,41) (1-3)	$\chi^2_{kH} = 22,14$ $gl= 2$ $p<0,001$

Notas: n=Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Minimo; Max=Máximo;  $\chi^2_{kH}$  =Teste Kruskal Wallis; gl=graus de liberdade; p= significância.

O teste Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas na maioria das características funcionais das redes sociais pessoais, nos diferentes grupos de *coping* (Gp1,  $n= 233$ :  $<13$ , Gp2,  $n= 173$ :  $\geq 13$  e  $\leq 17$ , Gp3,  $n= 41$ :  $> 17$ ). As características que não apresentaram diferenças estatisticamente significativas foram o apoio material e instrumental; apoio informativo e o acesso a novos contactos,  $\chi^2_{kH} (2, n= 447) = 0,42, p= 0,82$ ,  $\chi^2_{kH} (2, n= 447) = 7,77, p= 0,20$  e  $\chi^2_{kH} (2, n= 447) = 1,99, p= 0,37$ .

**Tabela 7**

*Características relacionais-contextuais da rede social pessoal segundo o coping*

<i>Coping</i>	<i>Coping Baixo &lt;13</i>	<i>Coping Médio <math>\geq 13</math> e <math>\leq 17</math></i>	<i>Coping Forte &gt; 17</i>	<i>Total</i>	
	<i>n= 233</i>	<i>n= 173</i>	<i>n= 41</i>	<i>n= 447</i>	
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	
	<i>(Min-Max)</i>	<i>(Min-Max)</i>	<i>(Min-Max)</i>	<i>(Min-Max)</i>	
<b>Durabilidade média das relações com os membros</b>	40,56 (11,27) (8-71)	42,43 (11,72) (10-74)	36,45 (9,88) (17,92-62,30)	40,91 (11,43) (8-74)	$\chi^2_{kH} = 10,64$ $gl= 2$ $p < 0,001$
<b>Frequência dos contactos</b>	2,34 (1,01) (1-5)	2,08 (0,88) (1-5)	2,06 (0,95) (1-5)	2,21 (0,96) (1-5)	$\chi^2_{kH} = 7,54$ $gl= 2$ $p= 0,03$
<b>Dispersão geográfica</b>	2,86 (0,94) (1-5)	2,93 (2,85) (1-5)	2,83 (0,89) (1-5)	2,89 (1,92) (1-5)	$\chi^2_{kH} = 1,51$ $gl= 2$ $p= 0,47$

Notas:  $n$ =Número da Amostra;  $M$ =Média;  $DP$ =Desvio-Padrão;  $Min$ =Mínimo;  $Max$ =Máximo;  $\chi^2_{kH}$  =Teste Kruskal Wallis;  $gl$ =graus de liberdade;

O teste Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas na maioria das características relacionais-contextuais das redes sociais pessoais, nos diferentes grupos de *coping* (Gp1,  $n= 233$ :  $<13$ , Gp2,  $n= 173$ :  $\geq 13$  e  $\leq 17$ , Gp3,  $n= 41$ :  $> 17$ ). Apenas a dispersão geográfica não revelou diferenças estatisticamente significativas  $\chi^2_{kH} (2, n= 447) = 1,51, p= 0,47$ .

## DISCUSSÃO

A investigação levada a cabo pretendeu verificar a relação entre o *coping* resiliente e as características das redes sociais pessoais nos idosos portugueses e, desta forma, contribuir com os nossos resultados para a compreensão destes dois conceitos nas idades avançadas.

Antes de nos focarmos nos resultados centrais desta investigação, importa salientar algumas questões relacionadas com a amostra do estudo.

A amostra deste estudo é formada por 448 idosos, 298 (64,1%) são do sexo feminino e 161 (35,9%) são do sexo masculino. Deste modo, é visível a feminização do envelhecimento em Portugal, expressada na esperança média de vida que é, obviamente, superior para os idosos do sexo feminino (INE, 2011).

Tendo em conta o estado civil, podemos verificar que a maioria dos inquiridos é casada ou vive em união de facto (51,3%). Este valor aproxima-se dos resultados registados no último censo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011).

Relativamente à escolaridade verifica-se que a maioria dos idosos da nossa amostra apresenta níveis de escolaridade básica, ou seja, a antiga 4<sup>a</sup> classe (50,4 %). Segundo os dados do INE (2011), na última década, voltou-se a registar um crescimento no nível de instrução da população.

Como mencionamos anteriormente, a análise das redes sociais faz-se geralmente a partir de três dimensões: a dimensão estrutural da rede; a dimensão funcional da rede e a dimensão contextual (Sluzki, 1996; Guadalupe, 2009). Neste sentido, fazendo referência aos resultados apresentados anteriormente, é possível afirmar que a nossa amostra tem como tamanho médio 7,7 indivíduos, com um desvio-padrão de  $\pm 5,30$ . Relativamente às características estruturais da rede, podemos constatar que é o quadrante familiar que apresenta maior percentagem ( $M=77,42$ ;  $DP= \pm 27,19$ ). Este facto é reportado no estudo de Santos (2013) que abordou o papel das redes sociais na saúde mental. As relações da rede social eram constituídas, em média, por 76,45% familiares. Também no estudo de Paúl (2005) foi referenciado que a família surge como o centro de todo o apoio prestado à população idosa. Podemos assim constatar que é o quadrante familiar que se apresenta como central nas redes. À semelhança do que acontece em outras faixas etárias, a existência de redes de suporte social são um elemento de bem-estar e saúde física e mental nos idosos, funcionando como efeito protetor do stresse associado ao processo de envelhecimento, pelo que se poderá inferir a importância da família como central para o bem-estar nas fases finais do ciclo vital.

No estudo de Guadalupe (2008), apesar de a amostra não ser constituída apenas por idosos, verifica-se que, também os membros da rede social pessoal são maioritariamente familiares, ocupando 64% da rede. O estudo de Guadalupe (2008) analisou a saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico. Na cultura ocidental a família surge como pilar afetivo e de apoio quando no seu seio adoece um dos seus membros. A família é sempre referida como refúgio em caso de vulnerabilidade, sobretudo na doença. Também no estudo de Karsch (2003), que se centrava na análise da assistência a idosos dependentes, foi evidente o papel primordial que a família tem em todo este processo. Os resultados revelaram que em 98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da família, e predominantemente do sexo feminino (92,9%).

Na mesma linha o estudo de Resende e colaboradores (2008), que visava analisar as influências sociais, físicas, e psicológicas envolvidas no processo do cuidado a idosos com Alzheimer, os resultados mostraram que a família era também a grande fonte de apoio, instrumental e emocional. Resende (2006) afiança que a família tem sido mencionada na literatura como a principal fonte de apoio ao longo da vida, desde o nascimento até a morte. A dinâmica do grupo familiar é muito forte no desenvolvimento humano, contribuindo para aumentar a competência adaptativa, particularmente diante de eventos stressantes. À medida que as pessoas vão transitando da vida adulta (fase de prevalência de relações de interdependência) para a velhice (fase em que os deficits se tornam mais prováveis) fica cada vez mais clara a importância da existência de rede de relações sociais, que atuem no apoio compensatório por causa de eventuais dificuldades associadas ao envelhecimento (Resende *et al.*, 2008).

No que diz respeito às características funcionais, os nossos resultados indicam que os idosos que compõem a nossa amostra percebem, em média, um elevado “apoio emocional”, pois os seus valores médios aproximam-se do ponto máximo da escala ( $M = 2,65$ ;  $DP = \pm 0,39$ ). Como referiu Barrón (1996), o apoio emocional cria sentimentos de bem-estar afetivo, que fazem com que o indivíduo se sinta querido, amado e respeitado, e inclui expressões ou demonstrações de amor, afeto, carinho, empatia, que ajudam a melhorar a autoestima e ainda, contribui de igual modo para o bem-estar psicológico do idoso.

Relativamente às características relacionais-contextuais, podemos verificar, através dos resultados acima mencionados, que a durabilidade média das relações é de 40 anos. Para Erbolato (2001 *cit in* Santos, 2013), os relacionamentos sociais são interações constantes, com uma certa durabilidade no tempo. A frequência de contactos dos idosos da nossa amostra é em média “algumas vezes por semana”. Estes resultados permitem-nos afirmar que os

indivíduos que compõem a nossa amostra mantêm contacto com os elementos da rede. Esta frequência, além de ser um indicador de inserção social, pode potenciar a qualidade de vida que é um dos objetivos que as políticas públicas devem alcançar. Lembremos que o envelhecimento ativo define-se como um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Os pilares que suportam este conceito são a participação social, a saúde e a segurança. E, talvez, seja a participação social o pilar mais importante. Paúl (2005) e Guiomar (2010) sublinharam que o papel das redes sociais no processo de envelhecimento contribui para o desenvolvimento de uma boa qualidade de vida e bem-estar nas idades avançadas.

Debruçando-nos agora na variável central do nosso estudo, o *coping*, que irá ser abordada a partir das diferentes características da rede social pessoal, ou seja, estruturais, funcionais e contextuais.

Antes de mais importa salientar que, dos 448 idosos inquiridos, apenas 41 apresentam níveis de *coping* elevados, ou seja, a maioria dos idosos apresenta níveis de *coping* baixos, de acordo com os pontos de corte indicados pelos autores (Sinclair & Wallston, 2004), o que pode condicionar a capacidade de os idosos para lidar com situações adversas relacionadas com o processo de envelhecimento. O processo de lidar com as situações adversas envolve a definição de estratégias de *coping* que refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com o elemento stressor, causados por essas situações (Folkman et al., 1986).

No nosso estudo existem idosos que não apresentam nas suas redes nenhum familiar ( $n=12$ ; 2,7 %), amigos ( $n=258$ ; 57,6%) e vizinhos ( $n=299$ ; 66,7%). Estes indicadores independentemente de se conjugarem são preocupantes e indiciadores de possível isolamento social. Couto (2007) no seu estudo dá conta do papel protetor da rede de apoio social na manutenção do bem-estar psicológico dos idosos e do papel mediador da resiliência na manutenção do bem-estar psicológico em situações de adversidade, que são infelizmente comuns nesta fase do ciclo da vida. Os resultados de Couto (2007) mostraram que os indivíduos que dão e recebem apoio, de um modo geral, apresentam níveis de resiliência mais elevada quando se deparam com eventos da vida stressantes. De facto, segundo Couto (2007) e Paúl (2005) o papel das redes de apoio social funciona como um elemento protetor dos eventos que pode causar stresse no processo do envelhecimento que, nestes casos de precariedade estrutural, pode ficar comprometido.

No que concerne às características estruturais da rede social pessoal, segundo os diferentes níveis de *coping* resiliente, os nossos resultados revelam que, relativamente à proporção das relações familiares, são as pessoas com níveis de *coping* baixo (<13) que apresentam maior percentagem de familiares na sua rede (80,21%). Estes resultados parecem espelhar relações mais homogéneas nos idosos com menores níveis de *coping*, isto é, quanto menores forem os recursos internos maior parece ser a proporção dos familiares da rede. Pelo contrário, maiores níveis de *coping* parecem associados a uma maior heterogeneidade da rede, observável na maior percentagem de proporção de amigos. No que concerne as relações de vizinhança parece não existir uma linearidade na associação com o *coping*. Contudo importa referir que são as pessoas com *coping* mais forte que têm menores níveis de relação de vizinhança. É um facto que são poucas as pessoas que poderão escolher os próprios vizinhos. Será esta aleatoriedade que explica estes resultados?

Verifica-se que os idosos que apresentam níveis de *coping* mais forte têm uma média maior de proporção de relações de amizade, dados que fazem sentido quando confrontada a literatura. Numa revisão da bibliografia realizada por Almeida e Maia (2010), os autores referem que, apesar dos dados relativos à amizade em idades avançadas serem ainda escassos, as relações de amizade na velhice têm-se mostrado eficazes no combate à solidão, à depressão, à imobilidade e ao suicídio, promovendo, desta forma, uma melhor qualidade de vida nos idosos.

Como salientamos nas páginas anteriores, a ligação com outras pessoas é essencial no processo do envelhecimento, na medida que, permitem a existência de comparações e adaptações. Ou seja, no contacto com os outros, os idosos podem falar das suas angústias e das suas alegrias e, ao mesmo tempo, podem também ouvir os outros. Assim sendo, é possível aventar que o apoio social informal (amigos e família) é orientado pelo critério da reciprocidade (Rosa & Benício, 2009).

Pode-se dizer que o contexto das relações de amizade traz aos idosos benefícios, tanto físicos quanto mentais. Segundo Almeida e Maia existem carências de estudos que expliquem o modo como essas relações reduzam doenças, imobilidade e morte. Salientam a necessidade de se efetuarem estudos nesta área e de se criarem programas multidisciplinares que contemplem a temática da amizade (2010).

No tamanho da rede, apesar de apresentarem valores próximos, são os idosos com níveis de *coping* mais elevados que apresentam uma rede ligeiramente maior ( $M=8,97$ ), do que os idosos que revelam níveis de *coping* mais baixos. Estes resultados levam-nos a refletir sobre a importância do tamanho das redes sociais pessoais nos idosos. Parece que, quanto

maior for a rede pessoal do indivíduo maiores serão os níveis de *coping*. No entanto, esta reflexão poderá ser complexificada. Recordemos que Guadalupe (2008, p.305) referiu que “os fios que tecem a rede poderão ser poucos, mas têm que ser muito fortes e permanentemente entrelaçados e reforçados para que não quebrem a sua função de suportar”. Assim sendo, é crucial percebermos que o tamanho da rede, em si mesmo, pode não ser um sinal direto de bem-estar (Guadalupe, 2008).

Relativamente à densidade da rede, os resultados apontaram níveis muito elevados, indicando que a maioria dos idosos da nossa amostra estão ligados entre si, ou seja, têm uma rede coesa, com uma média total de 95,78%. Contudo se relacionarmos estes dados com os níveis de *coping* verificamos que o nível de densidade é ligeiramente menor nos indivíduos que apresentam *coping* forte. Estes resultados podem ser explicados na heterogeneidade da rede, ou seja, se a rede compreender só familiares ela é tendencialmente mais densa.

Abordando agora as características funcionais da rede relativamente aos diferentes níveis de *coping*, os resultados revelaram que os idosos que gozam de apoio emocional e apoio material e instrumental, apresentam níveis de *coping* mais elevados. O apoio emocional estudado por Santos (2013) revelou uma média mais elevada, nos idosos que se encontram em provável bem-estar psicológico. Como referiu Barron (1996) o apoio emocional fomenta sentimentos de bem-estar afetivo, que fazem como que o indivíduo se sinta querido, amado e respeitado, e incluem expressões ou manifestações de amor, afeto, carinho e empatia, e que ajudam a melhorar a autoestima e desta forma promoverem o bem-estar psicológico dos idosos. Também Sluzki (1996, p. 49) vai ao encontro desta ideia, ao afirmar que o apoio emocional é caracterizado geralmente por trocas que comportam atitudes emocionais positivas e um “clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio”. De facto, poder contar com a disponibilidade do outro indica ao indivíduo que tem pessoas que lhe podem transmitir carinho e sentimentos de segurança. Este tipo de apoio pressupõe a existência de relações de uma certa intimidade e proximidade, que se encontram comumente nas relações de amizade e familiares (Guadalupe, 2008).

No que diz respeito à reciprocidade na rede, através dos resultados apresentados podemos verificar que os idosos com níveis de *coping* mais elevados revelaram dar mais apoio à maioria dos indivíduos que integram a sua rede. Estes resultados parecem ser importantes para o funcionamento da rede social pessoal dos idosos. Pois como disse Barrón (1996), a reciprocidade é um elemento importante no funcionamento saudável de uma rede de apoio. Paúl (1991), referiu que a distinção entre a ajuda recebida e prestada é um elemento importante para perceber a evolução da reciprocidade das relações ao longo da vida, a

quantidade de apoio recebido, versus prestado alterar-se-á, esperando-se que o idoso receba mais apoio do que o que fornece aos outros. Relativamente à satisfação com a rede, podemos constatar que os indivíduos que apresentam maiores níveis de *coping* estão ligeiramente mais satisfeitos com a sua rede quando comparados com os indivíduos que apresentam níveis de *coping* mais baixo. Este dado parece fazer todo o sentido, na medida que, quanto mais recursos os idosos possuírem maior satisfação irão ter, inclusive com a sua rede.

Relativamente às características relacionais-contextuais, através dos resultados apresentados, podemos verificar, relativamente à frequência de contactos, a média mais elevada, situa-se nos indivíduos que apresentam níveis de *coping* mais baixo ( $M=2,34$ ). Este resultado pode estar relacionado com o facto de as redes sociais pessoais serem constituídas maioritariamente por familiares e não estabelecerem outros contactos e/ou vínculos com outras pessoas. No que diz respeito à durabilidade média das relações, os resultados indicaram que uma média mais baixa na duração das relações indica níveis de *coping* mais elevados. Os resultados indicam que a média da durabilidade das relações dos idosos inquiridos é de cerca de 40 anos. No estudo de Stevens (2001) conclui que manter uma amizade durante anos é essencial para o bem-estar emocional, através do apoio e companheirismo. No nosso caso a menor durabilidade da rede poderá estar relacionada com perdas ou cortes relacionais que importa analisar.

Relativamente à residência e a sua relação com os diferentes níveis de *coping* resiliente importa referir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Os resultados médios apontam para uma ausência linearidade entre estas duas variáveis.

## CONCLUSÃO

Em síntese os nossos resultados, permitem-nos afirmar que níveis de *coping* mais elevados estão relacionados com redes sociais pessoais com um quadrante de amigos maior, já os indivíduos que apresentam níveis de *coping* mais baixos têm redes com maior número de familiares, ou seja, são constituídas na maioria pelo quadrante familiar. Independentemente, os idosos da nossa amostra, na globalidade, apresentam redes homogéneas, já que a sua rede social pessoal é constituída, maioritariamente por familiares. Estes resultados parecem refletir a importância do *coping* resiliente na ativação de outras relações sociais pessoais dos idosos, fora do quadrante familiar. É um facto, que as relações



familiares acontecem em virtude do parentesco, pelo contrário, fomentar relações extra familiares é um processo que necessita que os idosos reúnam um conjunto de condições físicas e psicológicas para que se sintam dispostos a criar novas amizades. Assim sendo, parece-nos hipoteticamente correto afirmar que quanto mais recursos psicológicos os idosos beneficiarem, mais predispostos vão estar para se relacionar com outras pessoas, para além dos membros da família.

Como foi sendo mencionado ao longo desta pesquisa, o *coping* resiliente tem um papel de mediador na relação entre os eventos stressantes e a manutenção do bem-estar do indivíduo, e de facto, os resultados deste estudo deixaram alguma preocupação, uma vez que, apenas dos 448 idosos inquiridos, 41 apresentam níveis de *coping* elevados, ou seja, a maioria dos idosos apresenta níveis de *coping* baixos. Tendo em conta que a resiliência se refere a um processo dinâmico que engloba a adaptação positiva em cenários de dificuldades (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000) é expectável que os nossos idosos que apresentam níveis de *coping* baixos, quando confrontados com elementos stressores possam vir a desenvolver quadros vulneráveis, ao nível da saúde mental, já que apresentam menores recursos pessoais para enfrentar a adversidade.

Para além de apresentarem níveis de *coping* baixos, também a maioria dos idosos não apresentam nas suas redes nem familiares, nem amigos, nem vizinhos. Estes indicadores são preocupantes e indiciadores de isolamento social. Como sabemos a existência de redes de suporte social tem um papel protetor na manutenção do bem-estar psicológico dos idosos, assim sendo, é crucial que os idosos gozem deste tipo de apoio social, para assegurar a sua autonomia, a autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, aspetos essenciais para um envelhecimento positivo (Paúl, 2005).

Contudo, apesar destes dois aspetos assinalados como preocupantes, os resultados desta pesquisa indicaram que de forma global, os idosos estão satisfeitos com o apoio social percebido e com as suas redes. Pois como disse Guadalupe (2008), podem ser poucas as ligações que integram a rede social pessoal do indivíduo, mas, ao mesmo tempo, podem ser muito fortes e estarem permanentemente entrelaçadas. Ou seja, apesar de a maioria dos idosos apresentar uma rede pequena, relativa ao tamanho, ela pode ser indicadora de gerar bem-estar psicológico nestes indivíduos. Até porque, relativamente à densidade da rede, os resultados apontaram níveis muito elevados, assinalando que a maioria dos idosos estão ligados entre si, ou seja, têm uma rede coesa, com uma média total de 95,78%.

Para além de este trabalho ter otimizado o culminar de uma etapa académica, permitiu também analisar ideias e pistas para a continuação da investigação e intervenção desta área.

De facto, todas as pessoas que trabalham de forma responsável com a promoção de um envelhecimento bem-sucedido devem estar concentrados nos riscos e fatores de proteção que podem atuar na velhice.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguerre, C.; & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento Exitoso: Teorías, Investigaciones y Aplicaciones Clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología Y Geriatria*, 22 (2), 31–47.
- Almeida, A. K., & Maia, E. M. C. (2010). Amizade, Idoso e Qualidade de Vida: Revisão Bibliográfica. *Psicologia em Estudo*, 15 (4), 743-750.
- Angst, R. (2009). Psicologia e Resiliência: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Argumento*, 27 (58), 253-260.
- Barrón, A. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. *Psicothema*, 9 (2), 457-461.
- Benghozi, P. (2005). Resiliência familiar e conjugal numa perspetiva psicanalítica dos laços. *Psicologia Clínica*, 17 (2), 101-109.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Cancela, D. M. G. (2007). *O processo de envelhecimento*. Trabalho realizado no âmbito da licenciatura em Psicologia, Universidade Lusíada do Porto.
- Cerqueira, M. M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Aveiro.
- Coimbra, A. (1990). Redes Sociais: Apresentação de um Instrumento de Investigação. *Análise Psicológica*, 2 (8), 171-177.
- Couto, M. C. P. P. (2007). *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa
- Daniel, F., Simões, T. & Monteiro, R. (2012). Representações sociais do “envelhecer no masculino” e do “envelhecer no feminino”. *Revista Ex Aequo*, 26, 13-26.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social. Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (36), 5 – 6.
- Folkman, S., Lazarus, S. R., Schetter-Dunkel, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Psychology*, 50, 992-1003.

- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3 (2), 124-131. doi: 10.4013/ctc.2010.32.06.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. (1ª edição). Lisboa: (Climepsi Editores).
- Georges Minois (1999). *A História da Velhice no Ocidente*. Lisboa. Editorial Teorema.
- Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em rede: Serviço social, sistémica e redes de suporte social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B. de, Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301–308. doi:10.1590/S0102-79722006000200017.
- Guiomar, V. C. R. V. (2010). *Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada*. Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto politécnico de Beja.
- INE (2011). *Censos 2011. Resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Jerónimo, L. (2005). O laço social. *Cidade Solidária*, 13, 15-19.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 861-866.
- Laranjeira, C. A. S. J. (2007). Do vulnerável ao ser resiliente envelhecer: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (5), 327-332.
- Larrosa, S. M. R. (2008). Resiliência: Um novo paradigma que desafia a reflexão e a prática pastoral. *Revista da Atualidade Teológica*. ~
- Li, H., Ji, Y., & Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PloS one*, 9(3), e90051. doi:10.1371/journal.pone.0090051.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543–62. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1885202&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Marques, P. Z. (2006). *Homens idosos aposentados e as suas redes sociais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio do Grande Sul.

- Marteleteo, R. M. (2001). Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. *Revista da Ciência da Informação*, 30 (1), 93-104.
- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Educação, Ciência e Tecnologia*, 31, 128-134.
- More, C. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Revista Paidéia*, 15 (31), 287-297
- Nunes, M. (2005). Apoio Social na Diabetes. *Educação, Ciência e Tecnologia*.
- Oliveira, A. (2013). *Redes sociais pessoais dos idosos numa perspetiva de género*. Relatório de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (1999). Programa de Promoção e Proteção à Saúde/ Nutrição. Genebra: Organização Pan-Americana da Saúde.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (2005). Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Pais Ribeiro, J. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do Brief Coppe. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 3-5.
- Paúl, C. M. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, M. C. (1991). *Percursos pela velhice. Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A Resiliência em Discussão. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 67-75.
- Portugal, S. (2007). Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. Oficina do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.
- Resende, M. C. (2006). *Ajustamento Psicológico, Perspetiva de Envelhecimento Pessoal e Satisfação com a Vida em Adultos e Idosos com Deficiência Física*. Tese de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Resende, M. C., Turra, D. D., Alves, F., Pereira, F. B., Santos, S. A. P., & Trevisan, V. C. (2008). Cuidar de idosos com Alzheimer: influências sociais, físicas e psicológicas envolvidas nesta tarefa. *Revista Brasileira do Envelhecimento Humano*, 5 (1), 19-31.
- Rosa, T. E. C., & Benício, M. H. A. (2009). As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*, (47), 80-83.
- Santos, C. A. M. (2013). *A saúde mental e redes sociais pessoais de idosos*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
- Sinclair, V. G., & Waltson, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient *Coping* Scale. *Assessment*, 10, 1-9.

- Sluzki, C.E. (1996). *La red social: Frontera de la practica sistematica*. Barcelona: (Gedisa Editorial).
- Sousa, L. (2012). Redes sociais na velhice. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (1), 1-7.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older woman. *Ageing and Society*, 21, 183-202.
- Taboada, N. G., Legal, J., & Machado, N. (2006). Resiliência: Em busca de um conceito. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (3), 104-113.
- Teixeira, I. N. A. O., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1). doi:10.1590/S0103-65642008000100010.
- Tomaél, M. I., Alcará, A. R., & Di Chiara, I. G. (2005). Das redes sociais à inovação. *Revista da Ciência da Informação*, 30 (2), 93-104.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre *coping*: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-316.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição de Autor.
- Vicente, H. T. & Sousa, L. (2012a). Redes intergeracionais e intrageracionais: a matriz relacional da família multigeracional. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15, (2), 99-117.