

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

REDE SOCIAL PESSOAL, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSOS



Laura Rosa Carranha Machado Duarte

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

Coimbra, 2014



**REDE SOCIAL PESSOAL,
QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Laura Rosa Carranha Machado Duarte

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do
Grau de Mestre em Psicologia Clínica,
Ramo de Especialidade em Psicoterapia e Psicologia Clínica
Orientadora: Professora Doutora Sónia Guadalupe

Coimbra, Abril 2014

Dedicatória

Dedico esta dissertação às minhas avós já falecidas, Laura e Rosa,
por me terem dado os meus pais e o nome.

Agradecimentos

Durante estes últimos anos, muitas foram as pessoas que cruzaram o meu caminho e que de algum modo me ajudaram no alcance deste objetivo. Este é o momento adequado para agradecer-lhes o indispensável contributo.

Expresso a minha gratidão à Orientadora Professora Doutora Sónia Guadalupe, pela supervisão e partilha do seu saber intelectual, pela paciência, perseverança e motivação em todos os momentos desta trajetória. Merece a minha gratidão não só pelo que faz, mas também porque a considero uma ótima Orientadora.

À Doutoranda Olga Brás, companheira e amiga do mundo académico, agradeço por nunca me ter deixado para trás, se hoje escrevo estas palavras a ela o devo. Sempre disponível para dirimir as dúvidas que me surgiam e por tudo aquilo que excedeu durante este percurso. Sem ela, esta dissertação não chegava aqui.

À Mestre Marília Serrario, minha cunhada e amiga, pela disponibilidade constante e pelo tão importante contributo para o meu percurso académico.

Ao Doutorando Pedro Bem-Haja agradeço a sua disponibilidade, o seu contributo científico e a sua atitude sempre agradável.

Aos Senhores Fernando Silva e Elísio Mesquito, administradores da empresa Helix, sem a sua permissão para me ausentar durante o período laboral esta dissertação não teria sido possível.

Aos meus pais, Ernesto e Maria de Fátima por cuidarem dos meus filhos nas longas horas ausente de casa. Agradeço a mestria dos ensinamentos, principalmente pelo saber que não vem escrito nos livros.

Desejo também agradecer ao meu marido, Egídio, aos meus filhos, Daniel e Dinis pelo seu amor e por darem sentido aos meus dias.

Aos meus irmãos, Liliana e Carlos por fazerem parte da minha vida.

À minha sogra Mabília pelo incentivo constante ao longo desta etapa.

Às minhas amigas de sempre e parceiras no trabalho, Nélia e Esmeralda por me escutarem e apoiarem ao longo dos anos e por me fazerem sentir que nunca estou sozinha.

Agradeço ainda a confiança que depositaram em mim, o apoio durante todo o percurso e os incentivos que me motivaram a tentar fazer sempre cada vez mais e melhor.

Por fim, as minhas últimas palavras de agradecimento vão para os idosos que colaboraram neste projeto, para todos aqueles a quem se destina verdadeiramente o resultado final deste trabalho, para todos aqueles a quem o declínio cognitivo invadiu as suas vidas e partilham o sentimento refletido neste testemunho.

Resumo

Em Portugal e no Mundo Ocidental a população está a envelhecer, colocando esta nova realidade enormes desafios à sociedade. A sua crescente relevância deve-se sobretudo às consideráveis repercussões a nível pessoal, familiar, sociopolítico e económico e que afetam pessoas de todas as idades e a sociedade como um todo, colocando desafios específicos relativamente às relações interpessoais, à qualidade de vida e à saúde mental na pessoa idosa.

Deste modo, o presente trabalho tem como objetivo analisar a associação entre a qualidade de vida, a depressão e as características das redes sociais pessoais dos idosos.

Participaram no estudo 317 indivíduos, sendo 202 do sexo feminino e 115 do sexo masculino, com idade igual ou superior a 65 anos, com uma média de 77 anos ($DP=7,57$). Na recolha de dados recorremos a três instrumentos: *Geriatric Depression Scale (GDS Short Form 15)*, (Yesavage *et al.*, 1983; Almeida & Almeida, 1999); Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL), (OMS, 1998; Canavarro *et al.*, 2006); Instrumento de Avaliação das Redes Sociais Pessoais (IARSP – Idosos), (Guadalupe, 2010; Guadalupe & Vicente, 2012).

Dos resultados destacamos que as características funcionais da rede social pessoal se diferenciaram de forma estatisticamente significativa entre as subamostras de idosos segundo os níveis de qualidade de vida percebida. Saliente-se que, além da relação significativa entre a depressão e qualidade de vida, em que os idosos com um nível mais baixo de qualidade de vida percebida apresentam maiores níveis de depressão ($p<0,001$), as características funcionais das redes sociais apresentam uma associação clara com a qualidade de vida ($p<0,005$) e a maioria com a depressão ($p<0,014$), o que não acontece com as estruturais e com as relacionais-contextuais. Outros resultados indicam que indivíduos com diferentes níveis de qualidade de vida percebida possuem uma estrutura idêntica da rede social pessoal.

Ao nível da análise da associação entre as variáveis funcionais da Rede Social Pessoal, Qualidade de Vida e Depressão, o modelo analítico transmite-nos indicadores de investigação e intervenção precisos, o que demonstra a necessidade da continuidade e aprofundamento do presente estudo num âmbito amostral mais alargado e heterogéneo.

Palavras-chave: Rede social pessoal, depressão, qualidade de vida; idosos.

Abstract

In Portugal and in the eastern world, the aging of population creates huge challenges to societies. It's growing relevance is owed to considerable repercussions on the personal, familiar, socio-politic and economic level that affect people of all ages and society as a whole, creating specific challenges regarding interpersonal relationships, quality of life and mental health of the elderly.

The current work has the objective of analyzing the association between quality of life, depression and the characteristics of personal social networks of the elderly.

317 individuals have participated in this study, 202 female and 115 male, with age equal or above 65 years old, with an average of 77 years old ($DP=7,57$). We used three assessment instruments to collect data: Geriatric Depression Scale (GDS Short Form 15), (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999); WHO's Quality of Life Evaluation instrument (WHOQOL) (WHO, 1998; Canavarró et al., 2006); Personal Social Network Analysis Tool (IARSP-Elderly),(Guadalupe, 2010; Guadalupe & Vicente, 2012).

The results show that the functional personal network characteristics are significantly different according to their level of quality of life. It should also be noted that not only there is a significant association between depression and quality of life, in which elderly people with a lower quality of life level show higher levels of depression ($p<0,001$), there is also a clear association between the functional social network characteristics and quality of life ($p<0,005$), and the majority with depression ($p<0,014$), which doesn't happen with structural and relational-contextual social network characteristics. Other results indicate that different levels of quality of life acquire an identical social network structure.

On the matter of association between the functional variables of social networks, quality of life and depression, the analytic model shows precise indicators of research and intervention, which instills us a need to continue and enlarge this study with an wider and more heterogeneous sample.

Key words: personal social networks, depression, quality of life; elderly.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| Objetivos | 9 |
| MATERIAL E MÉTODOS | 10 |
| Tipo de Estudo..... | 10 |
| Amostragem e Amostra | 10 |
| Instrumentos de recolha de dados..... | 12 |
| Análise de Dados..... | 15 |
| RESULTADOS..... | 15 |
| Qualidade de Vida e Características da Rede Social Pessoal..... | 16 |
| Depressão e Características das Redes Sociais Pessoais | 20 |
| Qualidade de Vida e Depressão | 22 |
| Associação entre as Variáveis da rede social pessoal, Qualidade de vida percebida (WHOOQOL) e a depressão (GDS)..... | 22 |
| DISCUSSÃO E CONCLUSÕES..... | 23 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 30 |

Imagem da capa: de autoria da autora da Dissertação

E-mail: lrcmduarte@hotmail.com

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Características da Amostra segundo a QV percebida..... | 11 |
| Tabela 2. Características Socioeconómicas da Amostra segundo a QV percebida..... | 12 |
| Tabela 3. Características das Dimensões das Redes Sociais Pessoais..... | 16 |
| Tabela 4. Características Estruturais da Rede Social Pessoal segundo a QV percebida..... | 17 |
| Tabela 5. Características Funcionais da Rede Social Pessoal segundo a QV percebida..... | 17 |
| Tabela 6. Frequências de Algumas Características Funcionais da Rede Social segundo a QV..... | 18 |
| Tabela 7. Características Relacionais-Contextuais da Rede Social Pessoal segundo a QV percebida..... | 19 |
| Tabela 8. Outras Características Relacionais-Contextuais da Rede Social Pessoal segundo a QV percebida..... | 19 |
| Tabela 9. Características Estruturais da Rede Social Pessoal segundo os Níveis de Depressão avaliada pela GDS..... | 20 |
| Tabela 10. Características Funcionais da Rede Social Pessoal segundo os Níveis de Depressão avaliada pela GDS..... | 21 |
| Tabela 11. Características Relacionais-Contextuais da Rede Social Pessoal segundo os Níveis de Depressão avaliada pela GDS..... | 21 |
| Tabela 12. Nível de Depressão avaliado pela GDS, segundo os Níveis Qualidade de Vida percebida, avaliados pelo WHOQOL..... | 22 |
| Tabela 13. Coeficiente de correlação de Spearman entre as Características Funcionais da Rede Social Pessoal, a Qualidade de Vida percebida (QV) e a Depressão (Dp)..... | 22 |

INTRODUÇÃO

A sociedade moderna, com as suas transformações contínuas, tem tratado a questão dos idosos como secundárias. Há 50 anos, envelhecer não representava senão um problema psicológico, pessoal e familiar. Lentamente, envelhecer é cada vez mais encarado como um problema social complexo e não apenas como parte do ciclo de vida. Progressivamente os idosos passaram a ser estigmatizados com preconceitos e convenções que, ao se generalizarem, marcam a velhice como uma etapa de doenças e inutilidade, isolamento e segregação.

O ser humano quando atinge uma idade mais avançada apresenta alterações de vida frequentemente associadas a perdas, nomeadamente nas capacidades físicas e sociais, o que pode potenciar uma restrição da sua qualidade de vida ou favorecer o desenvolvimento de tendências depressivas, representando as redes sociais e o suporte social um fator relevante de proteção neste processo. Platão, outrora, referiu que “deve-se temer a velhice, porque ela nunca vem só”. É, neste sentido, que o presente estudo apresenta uma análise sobre a associação entre estes fatores numa época da vida em sociedade em que a velhice ganha centralidade na investigação.

Segundo a OMS (1999), as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idades específicos, por exemplo, pessoas com 60 e mais anos, dependendo de fatores culturais e individuais. Presentemente, a sociedade vive uma profunda alteração demográfica, traduzida no aumento vertiginoso do número de idosos a que hoje se assiste, o que obriga a uma reestruturação das próprias comunidades. Como refere Azeredo (2002, p.178) “a ciência resolveu o problema de prolongamento da vida, mas agora é necessário resolver o da velhice com qualidade de vida”. Ou seja, embora transversal, o processo de envelhecimento conduza mudanças a nível físico, social e psíquico. Porém, é um acontecimento que varia de indivíduo para indivíduo, de contexto para contexto (social e cultural), o que significa que toda a sociedade deve estar preparada para envelhecer e contribuir para um envelhecimento bem-sucedido. Caso assim não seja, o encarar deste processo natural de uma forma negativa e não informado no ciclo de vida, pode levar o idoso a um envelhecimento patológico.

De acordo com Baumeister e Leary (1995), o Homem é um ser social com predisposição inata para se relacionar em sociedade, fator que se torna crucial ao longo da sua existência. Mais do que uma necessidade de pertença, o ser humano carece de viver em sociedade, sobretudo no que diz respeito a fazer trocas constantes com a mesma e de ter as suas relações interpessoais que, mais próximas ou mais distantes, são parte dos seus afetos e motivos para o desencadear das suas emoções. A velhice, segundo Aranda *et al.* (2001), é entendida como uma etapa que se caracteriza por um processo de envelhecimento descrito através de quatro fatores distintos derivados de todo o tempo de vida do indivíduo, nomeadamente: biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais. O envelhecimento é, assim, um fenómeno biológico, psicológico e

social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com a sua própria história (Teixeira, 2006).

Entende-se por envelhecimento o processo comum a todos os seres vivos que provoca modificações tanto a nível somático como psíquico, tornando-se a fase da vida que inclui alterações nas relações do indivíduo com o meio que o cerca (Baumeister & Leary, 1995). Segundo Berger (1995, p. 65), “os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural dão sentido à vida, são mais felizes e implicam-se mais no seu meio e na sociedade. Reconhecem em si, aspetos positivos (sistema de valores estável, sensatez, juízo crítico, etc.) e encontram no envelhecimento certas vantagens (diminuição da responsabilidades e do trabalho, ausência de competição, abertura de espírito, etc.). Complicam menos a vida, apreciam-na mais e temem menos a morte. Utilizam os seus conhecimentos e as suas experiências passadas para as partilhar com os outros ou para recorrer a elas quando necessário”.

O envelhecimento tem sido alvo de estudo da gerontologia, que estuda o processo deste fenómeno sob todos os aspetos, especificamente: o envelhecimento físico, que consiste na perda progressiva da capacidade do corpo para se renovar; o envelhecimento psicológico que respeita à transformação dos processos sensoriais, perceptuais, cognitivos e da vida afetiva do indivíduo; o envelhecimento comportamental, ou seja, as modificações num determinado meio e reagrupando as aptidões, as expectativas, as motivações, a autoimagem, os papéis sociais, personalidade e adaptação; e, o contexto social do envelhecimento, isto é, a influência que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro, onde são abordados aspetos como a saúde, rendimento económico, trabalho, lazer, família, entre outros (Berger, 1995).

Desde meados do século passado, o Mundo experienciou alterações salientes no que respeita à sua estrutura etária, neste seguimento, deduz-se que a estimativa da proporção de idosos na população geral possa vir a dobrar, de 10% para 21%, entre os anos de 2000 e 2050 (OMS, 2000). De acordo com a OMS (*cit. in* Fernandes, 1999), a velhice refere-se a pessoas com, aproximadamente, 65 anos de idade (dado que a faixa etária varia de país para país) e é o fenómeno com maior representação demográfica no mundo atual. A população idosa, em Portugal, nesta faixa etária, de acordo com os censos de 2011, contabilizava cerca de 2.010.064 de pessoas (18,69% da população) e ainda, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), há estimativas para 2060 de cerca de 32,3% da população com 65 ou mais anos (INE, 2009, 2011). Dados do *Eurostat* (2011) indicam que Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população ativa em 2050. O INE (2011) prevê que, no ano de 2050, um terço da população portuguesa seja idosa e quase um milhão de pessoas tenha mais de 80 anos. No presente ano os resultados apontam para valores com maior superioridade ao nível da solidão, visto que o fator de isolamento social é o

que o mais se realça na população idosa, como se pode constatar em diversas reportagens anunciadas na televisão nacional suportadas pelo INE (INE, 2011; Costa, 2013).

É crucial encararmos a velhice como um processo natural e inerente ao desenvolvimento do ser humano, sendo a sociedade a responsável pelo papel de facilitador, proporcionando condições que favoreçam a melhoria das circunstâncias e, conseqüente, a qualidade de vida aos seniores. Os cidadãos têm de se dedicar a promover a igualdade de oportunidades de intervenção na sociedade pela participação e cooperação intergeracional alcançando uma cidadania participativa e ativa por parte dos idosos (Berger, 1995). Assim, na velhice, tal como em outras fases de vida, as redes sociais de apoio são importantes no que respeita ao estado de saúde dos indivíduos, uma vez que o ser humano é-o de maneira distinta consoante a sua rede social pessoal (Aranda e colaboradores, 2001). De acordo com Berkman, Glass, Brissette e Seeman (2000) uma rede social pessoal é a teia de relações que rodeiam um indivíduo, dado que se trata de uma rede social pessoal constituída por “todos os atores sociais com quem um indivíduo estabelece uma relação interatuante dentro do seu “universo relacional” (Guadalupe, 2010, p. 51). Na mesma linha de pensamento, Cardoso, 2009, referiu que as redes sociais podem ser entendidas não só como uma teia de relações sociais que circundam os indivíduos que estabelecem laços ou vínculos sociais, bem como todas as relações sociais que o indivíduo considera como significativas. Então, a rede social é um grupo de pessoas, geralmente composto por membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas, que têm capacidade para ajudar e apoiar de forma real e duradouros tanto a um indivíduo como a uma família (More, 2005, p.24). Sluzki (1997, p.17) entende que “a rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem. A rede pessoal social é a soma de todas as pessoas que o indivíduo percebe ou sente como significativas ou diferentes do universo relacional no qual está inserido”. Por conseguinte, segundo Sluzki (1997), quando falamos de rede pessoal significativa, referimo-nos a um sistema aberto que é constituído pelo conjunto de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas do restante. Assim, o sistema aberto indica a possibilidade de trocas efetivas com elementos de outros grupos sociais (More, 2005).

A rede social pode considerar-se como uma das chaves centrais da experiência de identidade, bem-estar, competência, incluindo hábitos de cuidado da saúde e capacidade de adaptação numa crise (Sluzki, 1998, p.42). Numa perspetiva sociorrelacional, podemos referir que as mudanças na rede social das pessoas constituem um marco de vicissitudes, tais como a migração, o casamento, o divórcio, ou a doença. More (2005), fez uma afirmação crucial, onde se evidencia a relação direta 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” (More, 2005, p. 67).

Sluzki (1998) mencionou que a rede social do indivíduo define-se pelo conjunto de quatro quadrantes, nomeadamente, família, amizades, relações profissionais ou escolares e relações comunitárias, de onde surgem relações e vínculos relacionados com sistemas de saúde ou acontecimentos sociais (1998, pp. 42,44). Na rede social pessoal destacam-se as relações com a família, os amigos, conhecidos, as relações de trabalho ou de estudo e as relações comunitárias com serviços formais ou informais (Sluzki, 1997; 2000; Domingues, 2000; Lacerda, 2002 *cit. in* Cardoso, 2009). Se centrarmos esta temática nos idosos verificamos que a família, os amigos e os vizinhos são indicados como os campos relacionais que constituem as principais componentes destas redes (Domínguez, 2000; Michael, 2001; Ramos, 2002; Shephard, 2003; Zunzunegui, 2004; Saito, Sagawa & Kanagawa, 2005). Ao longo do ciclo de vida de um indivíduo, as redes sociais vão sofrendo variações, espelhando o seu relacionamento interpessoal com o meio social (Freitas, 2011). A análise das redes sociais geralmente faz-se em torno de três dimensões essenciais: a dimensão das características estruturais da rede social, a dimensão funcional da rede e a dimensão contextual da rede (Sluzki, 1998, pp. 45-61; Guadalupe, 2010, p. 73). Na dimensão estrutural da rede social destacam-se as seguintes características específicas (Sluzki, 1997; Bowling, 1997; Ostergren, 1991; *cit. in* Cardoso, 2009; Sluzki, 1998, pp. 45-48; Guadalupe, 2010, p. 73): tamanho, densidade, composição ou distribuição, dispersão, homogeneidade ou heterogeneidade, atributos de vínculos específicos e tipo de funções. Para o presente estudo, é terminante direcionarmos a investigação de acordo com: *Tamanho* – é o número de indivíduos que existem na rede. Existem indicações de que as redes mais favoráveis são as de tamanho médio, dado que as redes de tamanho mínimo tornam-se menos efetivas em situações de sobrecarga ou de tensão de longa duração, tal como as redes muito numerosas correm o risco da inefetividade, uma vez que os indivíduos supõem que os outros estarão permanentes a auxiliar na resolução de um problema; *Densidade* – remete para conexão entre os membros da rede, independentemente do comunicador que informa (por exemplo: amigos do comunicador que informa que são amigos entre si). Um nível de densidade médio favorece a eficácia máxima do grupo ao permitir a comparação de impressões. Enquanto uma rede com um nível de densidade muito alto aumenta o consenso entre os seus membros, visto que existe pressão para adaptação do indivíduo às regras do grupo, sendo que se o desvio individual persistir irá possibilitar a exclusão do indivíduo da rede, manifestando mais inércia e um nível de eficácia mais baixo. Então, um nível de densidade muito baixo reduz a eficácia devido à falta do efeito potenciador de comparação; *Composição ou Distribuição* – ou seja, a proporção total de membros da rede que está localizada em cada quadrante e em cada círculo. As redes muito localizadas são menos flexíveis e eficazes, gerando menos opções do que as redes de

distribuição com maior amplitude; *Homogeneidade ou Heterogeneidade* – são características demográficas e socioculturais, ou seja, consoante idade, sexo, cultura e nível socioeconómico, com vantagens e desvantagens em termos de identidade, reconhecimento de sinais de *stress*, ativação e utilização. Relativamente às funções das redes sociais, estas correspondem às interações que ocorrem dentro das estruturas destas redes (Rosa *et al.*, 2007 *cit. in* Cardoso, 2009). Sluzki (1998, pp. 48-53) e Guadalupe (2010, p. 73), assinalando-se as características seguintes: *a) companhia social* – é a realização de atividades conjuntas ou simplesmente estar juntos a nível físico; logo, um idoso quando se confronta com a perda da companhia social, com quem partilha a rotina quotidiana, pode manifestar condições de pesar extremo; *b) apoio emocional* – para além de serem os intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio, é também o poder contar com a ressonância emocional e a boa vontade do outro; mais ainda, é o tipo de função característica das amizades íntimas e das relações familiares próximas com um nível de ambivalência baixo; *c) guia cognitivo e conselhos* – são as interações destinadas a partilhar informação pessoal ou social, esclarecer expectativas e fornecer papéis; *d) regulação ou controlo social* – remete para interações que evocam e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios dos comportamentos que se afastam das expectativas coletivas, permitem uma dissipação da frustração e da violência e favorecem a resolução de conflitos; *e) ajuda material e de serviços* – é a colaboração específica com base em conhecimentos especializados ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde; *f) acesso a novos contatos* – ou seja, a abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do idoso.

A perspetiva contextual da rede apresenta diferentes parâmetros no que respeita a cada relação (Sluzki, 1996 e Barrón, 1996, *cit. in* Guadalupe, 2001, p. 4), pelo que, segundo Sluzki (1998, pp. 59, 60) e Guadalupe (2010, p. 73), podemos assinalar as seguintes características: *a) funções prevaletentes* – função ou combinação de funções que caracterizam de forma dominante o vínculo; *b) multidimensionalidade ou versatilidade* – que quantidade de funções é assumida pelo vínculo; *c) reciprocidade* – direciona-se ao grau em que os recursos existentes numa rede social são trocados de igual modo entre as partes, podendo-se definir as relações como simétricas ou assimétricas; *d) intensidade* – indica o compromisso da relação, ou seja, a atração entre os membros. Pode ser definida também como *grau de intimidade*; *e) frequência dos contatos* – quanto maior a distância, maior é a necessidade de manter ativo o contato para preservar a intensidade. Ao mesmo tempo, muitos vínculos intensos podem ser reativados rapidamente, mesmo que tenha decorrido muito tempo entre os contatos; *f) história da relação* – desde há quanto tempo os idosos se conhecem e qual é a experiência prévia de ativação do vínculo.

Por conseguinte, diferentes relacionamentos sociais podem facultar diferentes tipos de apoio social, uma vez que este é um conceito multidimensional, possibilitando diferentes tipos ou dimensões funcionais do mesmo, que podem aumentar ou diminuir a diversidade de tipos disponíveis para identificar o idoso respondente.

Smith e Christiakis (2008) concluíram num estudo, sobre redes sociais e saúde, que os indivíduos socialmente isolados são menos capazes de conter o impacto de agentes agressores para a saúde, e conseqüentemente, estão em maior risco de conseqüências nefastas para a saúde, como doença ou morte. Estudos com adultos não deprimidos sugerem que as redes sociais pessoais e o suporte social são relativamente estáveis durante a vida, até uma idade tardia, contudo, isto não parece constatado quando falamos em adultos idosos com depressão (Voils, Allaire, Olsen, Steffens, Hoyle, & Bosworth, 2007). De acordo com Carneiro e colaboradores (2007) num estudo com 75 participantes, sobre as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão de idosos, os resultados apontam que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que este possa conquistar e manter o apoio social e garantir uma melhor qualidade de vida. O estudo revela que os idosos institucionalizados apresentam um maior compromisso nas habilidades sociais, uma menor rede de apoio social e uma pior qualidade de vida, uma vez que se deve ao isolamento em que os idosos residentes em instituições vivem, ou à pouca comunicação entre eles (Deps, 1993 *cit. in* Carneiro *et al.*, 2007).

Um outro estudo, mais recente, efetuado por Ascensão (2011) sobre solidão, depressão e qualidade de vida no idoso, numa amostra de 21 idosos de ambos os sexos, apresenta uma correlação negativa entre a sintomatologia psicopatológica, a solidão, a depressão e os domínios psicológico e relações sociais da qualidade de vida, uma vez que demonstra que quando o nível de solidão aumenta, a qualidade de vida referente às relações sociais diminui.

As redes sociais têm sido associadas a uma grande variedade de efeitos diretos e indiretos na saúde dos idosos (Golden, Conroy & Lawlor, 2009). A associação entre as redes sociais e a saúde parece ser mais pronunciada quanto maior a idade de uma pessoa e é devida a alterações substanciais da estrutura e ao reduzido tamanho da rede das pessoas idosas (Gerich & Fellingner, 2011). Redes sociais de pessoas mais velhas são geralmente reduzidas devido a várias razões, como a morte e migração de parceiros da rede, aumentando as dificuldades para manter relações sociais e estabelecer novos relacionamentos, bem como devido à deslocalização de pessoas idosas (Sluzki, 2000). Por razões semelhantes, a composição da rede de pessoas idosas é provável que mude, nomeadamente pela redução da rede de amigos e crescimento das relações assimétricas de apoio (Sluzki, 2000).

Num estudo de Winningham e Pike (2007), sobre a intervenção cognitiva para melhorar as redes de apoio social dos idosos institucionalizados e diminuir a solidão, os resultados

reafirmam o supra mencionado, dado que quase todos os adultos mais velhos sofrem perdas sociais e podem interromper as suas redes de apoio social, prejudicando a sua qualidade de vida. Ainda de acordo com estes autores, baixos níveis de percepção de apoio social estão associados com a depressão major. Além disso, as interações sociais podem ser cognitivamente estimulantes e podem ajudar adultos mais velhos a preservar as suas capacidades cognitivas importantes para a qualidade de vida e para um envelhecimento saudável (Winningham & Pike, 2007).

De acordo com Maia e colaboradores (2007, p. 10), os estudos indicam uma relação negativa entre a depressão e a satisfação com a vida, isto é, pessoas com depressão parecem ter uma menor satisfação com a vida. A saúde mental pode ser entendida, sucintamente, como o equilíbrio psíquico resultante de uma interação entre a pessoa e a realidade, sendo que esta última é considerada como o meio envolvente no qual o indivíduo se move e que lhe permite desenvolver as suas potencialidades e satisfazer as suas necessidades básicas, logo, este equilíbrio emerge quando o indivíduo consegue adaptar-se às novas situações com que se depara (Drago & Martins, 2012). Um estudo efetuado por estas autoras, com 119 idosos sobre a determinação dos níveis de depressão no idoso, bem como a influência nela exercida pelos aspetos sócio demográficos, o grau de satisfação com a vida e o nível de independência nas atividades básicas de vida diária, concluiu que os aspetos sociodemográficos como o género, a idade, estado civil, nível de escolaridade, o local onde vive (particularmente o facto de se encontrar institucionalizado) e a presença de doenças concomitantes influenciam a depressão no idoso; os níveis de depressão mais significativos estão associados a idosos que residem em lares; e, quanto mais independentes forem os idosos e mais satisfeitos estiverem com a vida menos deprimidos estarão (Drago & Martins, 2012).

Atendendo ao segmento de estudos relacionados com a temática em estudo, Paúl (2005, p. 37) referiu que as redes sociais mudam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros e constatou que “acontecimentos como a reforma ou a alteração de residência alteram profundamente a rede, visto que ao longo dos anos os pares morrem e os que sobrevivem ficam com menos amigos, as redes reorganizam-se ou degradam-se, facilitando ou não a permanência dos idosos na comunidade”. Neste sentido, “as redes de apoio ou suporte informal como incluindo quer estruturas da vida social de um indivíduo (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares) quer funções explícitas, instrumentais ou socio-afetivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença” (Paúl, 2005, p. 277).

Um estudo recente realizado por Golden, Conroy e Lawlor (2009), com 1334 participantes, abordou esta temática e identificou dois domínios principais das redes sociais de suporte: o domínio familiar (distância entre e contato com familiares) e o domínio do envolvimento/participação social. Este estudo pretendia verificar qual a preponderância das

dimensões supracitadas na saúde mental e física dos idosos. Os resultados denotaram que o alto envolvimento social do idoso mostrou-se associado a uma baixa prevalência de depressão, uma melhor qualidade de vida e uma melhor percepção de felicidade. Por outro lado, o domínio familiar não está significativamente associado a qualquer efeito na saúde.

Embora o sucesso do envelhecimento seja, muitas vezes, avaliado pelo tempo livre de doença, um estudo elaborado por Depp e Jeste (2006), chegou à conclusão que os idosos da sua amostra atribuíram maior importância ao envolvimento social do que à saúde física ao descrever o envelhecimento bem-sucedido, mostrando-se, por isso, relevante averiguar o impacto das redes sociais na qualidade de vida. Ajudar os adultos mais velhos a aumentar ou manter a qualidade de suas redes sociais pode levar a melhorar o funcionamento cognitivo, diminuição da depressão e melhoria da qualidade de vida (Winningham & Pike, 2007). Existe uma ampla gama de estudos que mostraram evidências de um efeito positivo dos contactos sociais e da integração social na qualidade de vida (Becker *et al.*, 1998; Baxter *et al.*, 1998; García, Banegas, Pérez-Regadera, Cabrera, & Rodríguez-Artalejo, 2005; Holmén & Furukawa, 2002).

De acordo com Pereira e colaboradores (2006, p.28), o grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (The WHOQOL Group13), propôs um conceito para qualidade de vida subjetivo e multidimensional, que inclui elementos positivos e negativos: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É, assim, um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (Pereira *et al.*, 2006). A qualidade de vida reflete a percepção que os indivíduos têm das suas necessidades estarem satisfeitas ou, ainda, que lhes são negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, independentemente do seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas (Pereira *et al.*, 2006).

Segundo Paúl (2005, p. 280) “a existência de redes sociais é um dado determinante para a qualidade de vida dos idosos”. Mais ainda, de acordo com Guedea e colaboradores (2006) o apoio social, considerando as suas diferentes vertentes, relaciona-se positivamente com o bem-estar psicológico e a saúde mental, associando-se à redução do risco de mortalidade, estando negativamente relacionado com depressão e stress e com a sintomatologia física.

Segundo Sluzki (1997), todas as variáveis supra mencionadas não são independentes entre si. Neste sentido, atendendo à relação que a literatura indica sobre a qualidade de vida, a saúde mental e as redes sociais, torna-se fundamental aprofundar o conhecimento sobre a mesma, visto que, em relação às modificações demográficas e ao facto do envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios que se coloca hoje em toda a Europa, os resultados

do estudo poderão contribuir para o conhecimento e compreensão do processo de envelhecimento dos idosos portugueses.

Objetivos

Tendo em consideração o conteúdo apresentado por diversos estudos, compete-nos salientar que 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). Este estudo pretende descrever e tipificar as redes sociais dos idosos portugueses quanto às suas características estruturais, funcionais e relacionais-contextuais. Desta forma, analisando intercessões com variáveis demográficas, familiares, relacionais, socioprofissionais, psicológicas, de saúde e de participação social, pretendemos integrar estudos seccionais distintos, utilizando as metodologias quantitativas e de análise de redes sociais.

Neste sentido, para o nosso estudo, “Redes sociais pessoais, qualidade de vida e depressão em idosos”, foi definido o seguinte objetivo: avaliar o impacto das redes sociais pessoais tendo em consideração o nível da qualidade de vida e a prevalência da depressão nos idosos.

A figura 1 apresenta o modelo analítico do nosso estudo, estando representada a interação entre as variáveis em causa na investigação.

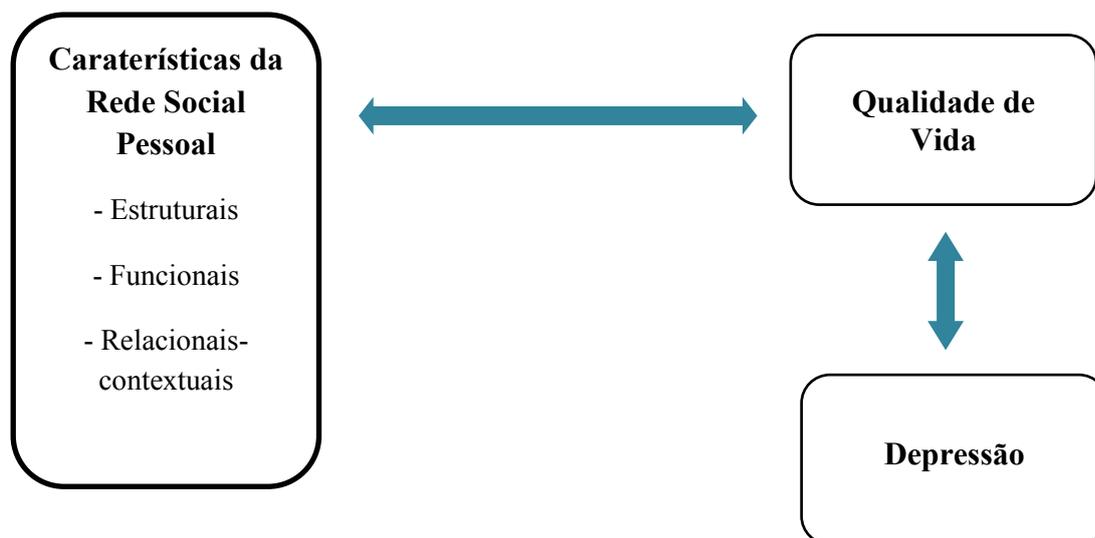


Figura 1. Modelo Analítico do Estudo

Considerando a revisão da literatura e de acordo com o modelo de análise formulámos as seguintes **hipóteses**:

H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas características estruturais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de qualidade de vida.

H2 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas características funcionais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de qualidade de vida.

H3 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas características relacionais-contextuais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de qualidade de vida.

H4 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas características estruturais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de depressão definidos pela GDS.

H5 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas características funcionais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de depressão definidos pela GDS.

H6 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas características relacionais-contextuais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de depressão definidos pela GDS.

H7 – Existem diferenças estatisticamente significativas no nível de depressão entre os grupos segundo os níveis de qualidade de vida.

H8 – A associação entre a rede social pessoal, a depressão e a qualidade de vida nos idosos é significativa.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo

O presente trabalho remete para um estudo descritivo e correlacional, uma vez que está patente a análise da relação entre três variáveis distintas, ou seja, pretende-se analisar as correlações entre as variáveis qualidade de vida (QV), depressão, e as características das redes pessoais sociais.

Definimos como variável central a QV, comparando numa análise bivariada as características das redes sociais pessoais de acordo com o nível de QV.

Amostragem e Amostra

Todo o processo da pesquisa ocorreu 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 idoso participante. A recolha foi efetuada na zona centro do país, segundo um método de amostragem não-probabilística.

Todos os registos nos materiais (*Geriatric Depression Scale GDS Short Form 15*, WHOQOL e IARSP – Idosos) foram analisados de acordo com os algoritmos e cotações recomendados pelos autores dos mesmos.

A amostra deste estudo é constituída por 202 participantes do sexo feminino e 115 participantes do sexo masculino, com idade igual ou superior a 65 anos, com uma média de 77 anos (DP=7,57), institucionalizados e não institucionalizados, perfazendo um total de 317 indivíduos.

Na Tabela 1, apresentam-se os dados de caracterização da amostra relativamente às variáveis sociodemográficas.

Tabela 1.
Características da amostra segundo a QV percebida

| | QV Má e muito má n=317 n (%) | QV Moderada n=317 n (%) | QV Boa e muito boa n=317 n (%) | Total N=317 n (%) | Testes do Qui- Quadrado |
|--|--|----------------------------------|--|-------------------------|--|
| Sexo | | | | | $\chi^2 = 6,579$ gl= 4 $p = 0,160$ |
| Feminino | 20 (6,3%) | 96 (30,3%) | 86 (27,1%) | 202 (63,7%) | |
| Masculino | 16 (5%) | 43 (13,6%) | 56 (17,7%) | 115 (36,3%) | |
| Idade (grupo etário) | | | | | $\chi^2 = 6,579$ gl= 4 $p = 0,160$ |
| 65 – 74 anos | 13 (4,1%) | 56 (17,7%) | 70 (22,1%) | 139 (43,8%) | |
| 75 – 85 anos | 13 (4,1%) | 60 (18,9%) | 54 (17%) | 127 (40,1%) | |
| + 85 anos | 10 (3,2%) | 23 (7,3%) | 18 (5,7%) | 51 (16,1%) | |
| Estado civil | | | | | $\chi^2 = 18,060$ gl= 6 $p = 0,006$ |
| Solteiro/a | 4 (1,3%) | 15 (4,7%) | 12 (3,8%) | 31 (9,8%) | |
| Casado/a ou união de facto | 11 (3,5%) | 63 (19,9%) | 86 (27,1%) | 160 (50,5%) | |
| Viúvo/a | 16 (5%) | 55 (17,4%) | 40 (12,6%) | 111 (35%) | |
| Divorciado/a ou separado/a | 5 (1,6%) | 6 (1,9%) | 4 (1,3%) | 15 (4,7%) | |
| Vive | | | | | $\chi^2 = 13,251$ gl= 6 $p = 0,039$ |
| Na sua casa | 21 (6,6%) | 108 (34,1%) | 115 (36,3%) | 244 (77%) | |
| Em casa de familiares | 6 (1,9%) | 19 (6%) | 9 (2,8%) | 34 (10,7%) | |
| Em instituição | 8 (2,5%) | 10 (3,2%) | 16 (5%) | 34 (10,7%) | |
| Outra situação | 1 (0,3%) | 2 (0,6%) | 2 (0,6%) | 5 (1,6%) | |
| Habilitações | | | | | $\chi^2 = 34,441$ gl= 12 $p = 0,001$ |
| Não sabe ler nem escrever | 8 (2,5%) | 33 (10,4%) | 17 (5,4%) | 58 (18,3%) | |
| Sabe ler e escrever | 10 (3,2%) | 22 (6,9%) | 16 (5%) | 48 (15,1%) | |
| 4 ^a ano | 12 (3,8%) | 74 (23,3%) | 76 (24%) | 162 (51,1%) | |
| Ensino preparatório (6 ^o ano) | 3 (0,9%) | 3 (0,9%) | 6 (1,9%) | 12 (3,8%) | |
| 9 ^o ano | 2 (0,6%) | 6 (1,9%) | 9 (2,8%) | 17 (5,4%) | |
| 12 ^o ano | 1 (0,3%) | 0 (0%) | 7 (2,2%) | 8 (2,5%) | |
| Curso superior | 0 (0%) | 1 (0,3%) | 11 (3,5%) | 12 (3,8%) | |

Notas: n= Número da Amostra; gl=graus de liberdade; p=significância; QV=Qualidade de Vida

Pelo que podemos observar na Tabela 1, a amostra apresenta mais mulheres (63,7%), sendo a faixa etária dos 65 aos 74 anos a mais representada (43,8%). Os indivíduos em estudo revelam, maioritariamente, que residem em suas casas (77%) e ao nível de habilitações literárias destacam-se os que apresentam 4 anos de escolaridade (51,1%), seguidos dos sem escolaridade (33,4%). Através da análise dos dados, podemos afirmar que se verifica uma

associação significativa entre o nível de qualidade de vida e as variáveis estado civil ($p=0,006$) e habilitações literárias ($p=0,001$).

Tabela 2.

Características socioeconómicas da amostra segundo a QV percebida

| | QV Má e muito má | QV Moderada | QV Boa e muito boa | Total | Testes do Qui- Quadrado |
|---|------------------------|----------------|--------------------------|-------------|--|
| | n=317 | n=317 | n=317 | n=317 | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Rendimentos | | | | | |
| Não são suficientes para os gastos | 20 (6,3%) | 38 (12,0%) | 20 (6,3%) | 78 (24,6%) | $\chi^2 = 45,997$ gl= 4 $p = 0,000$ |
| Cobrem os gastos mas não permitem poupar nada | 13 (4,1%) | 87 (27,4%) | 75 (23,7%) | 175 (55,2%) | |
| Cobrem os gastos e permitem poupar | 3 (0,9%) | 14 (4,4%) | 47 (14,8%) | 64 (20,2%) | |
| Última Profissão | | | | | |
| Trab. agricultura e floresta | 11 (3,8%) | 33 (11,5%) | 27 (9,4%) | 71 (24,7%) | $\chi^2 = 38,052$ gl= 18 $p = 0,004$ |
| Doméstica/o | 3 (1%) | 31 (10,8%) | 17 (5,9%) | 51 (17,8%) | |
| Trab. comércio e restauração | 7 (2,4%) | 11 (3,8%) | 24 (8,4%) | 42 (14,6%) | |
| Trab. fabril, máq. e constr. civil | 5 (1,7%) | 25 (8,7%) | 17 (5,9%) | 47 (16,4%) | |
| Trab. limpezas | 1 (0,3%) | 7 (2,4%) | 8 (2,8%) | 16 (5,6%) | |
| Trab. administrativo e serviços | 1 (0,3%) | 6 (2,1%) | 16 (5,6%) | 23 (8%) | |
| Profissões intele. e tecn. Superiores | 0 (0%) | 0 (0%) | 11 (3,8%) | 11 (3,8%) | |
| Empresário | 1 (0,3%) | 2 (0,7%) | 2 (0,7%) | 5 (1,7%) | |
| Outras profissões | 2 (0,7%) | 4 (1,4%) | 7 (2,4%) | 13 (4,5%) | |
| Costureira e alfaiate | 2 (0,7%) | 2 (0,7%) | 4 (1,4%) | 8 (2,8%) | |

Notas: n= Número da Amostra; gl=graus de liberdade; p=significância; QV=Qualidade de Vida

De acordo com os valores apresentados na Tabela 2, relativos às características socioeconómicas da amostra, existe significância estatística quanto aos rendimentos ($p=0,000$) e acerca da última profissão ($p=0,004$). Os valores relativos ao rendimento indicam que (55,2%) da amostra referem que cobrem os gastos mas não permitem poupar nada. Realça-se que a última profissão exercida por (24,7%) da amostra foi o trabalho na agricultura e floresta.

Instrumentos de recolha de dados

Tal como referimos anteriormente, o presente estudo integra o Projeto de Investigação “Redes Sociais Pessoais de Idosos” da responsabilidade das Professoras Doutoras Sónia Guadalupe, Fernanda Daniel, Inês Amaral e do Professor Doutor Henrique Vicente. Este projeto integra uma equipa de licenciado(a)s, que se encontram a desenvolver as suas dissertações de mestrado em Psicologia Clínica e em Serviço Social do Instituto Superior Miguel Torga.

O nosso estudo envolveu a utilização de um protocolo de recolha de dados com oito secções de questões distintas, nomeadamente: características sociodemográficas e familiares; características socioprofissionais e de aposentação; (e)imigração; saúde e qualidade de vida; solidão e depressão; satisfação com a vida, satisfação com as relações interpessoais, *coping* resiliente; participação social; e rede social pessoal.

Deste modo, o protocolo do estudo inclui nove instrumentos padronizados, em versão integral ou parcial¹.

No presente estudo, somente três instrumentos foram utilizados na análise, sendo descritos brevemente de seguida.

Geriatric Depression Scale (GDS Short Form 15)

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS – *Geriatric Depression Scale*) foi desenvolvida por Yesavage e colaboradores em 1983, e tem sido uma das escalas mais comumente utilizadas para fazer a despistagem da depressão entre a população idosa. A sua elaboração teve como finalidade uma fácil aplicação e a sua utilização em versões simplificadas é particularmente interessante para uso na rotina dos serviços de saúde, onde os profissionais se confrontam com diversas patologias. No entanto, segundo Van Marwijk e colaboradores (1995 *cit. in* Almeida & Almeida, 1999) as versões reduzidas do GDS com 1, 4, 10, 15 ou 20 questões são igualmente utilizadas, como oposição às 30 questões da versão original (Greenberg, 2012).

De acordo com Greenberg (2012), esta versão reduzida foi desenvolvida em 1986. As questões da versão original com maior nível de correlação com os sintomas depressivos em estudos de validação foram selecionados para a versão reduzida. Portanto, a GDS em versão reduzida de Yesavage (GDS-15), 1986, é amplamente utilizada e validada como instrumento de teste para deteção de sintomas depressivos no idoso (Greenberg, 2012). É constituída por quinze perguntas negativas e/ou afirmativas. Dos 15 itens, 10 indicam a presença de depressão quando a resposta é positiva, enquanto os restantes (questões número 1, 5, 7, 11, 13) indicam depressão quando respondidos negativamente. Um total de zero a quatro pontos é considerado normal, dependendo da idade, educação e queixas; um resultado de cinco a oito pontos diagnostica depressão leve; um total de nove a onze ponto indica depressão moderada; e, um total de doze a quinze pontos pode caraterizar uma depressão grave (Greenberg, 2012).

A versão reduzida da GDS permite avaliar o tipo de episódio depressivo que a amostra manifesta, sendo que, de acordo com Almeida e Almeida (1999) a consistência interna da versão reduzida da GDS, segundo a estimativa do Alpha de Cronbach, revela o coeficiente de segurança de 0,87 e de 0,813 no presente estudo.

¹ Designadamente: Inventário de Satisfação com a Reforma (Fonseca & Paúl, 1999); MHI-5 – *Mental Health Inventory* (Ribeiro, 2001); *Geriatric Depression Scale GDS Short Form 15* (Yesavage *et al.*, 1983; Almeida & Almeida, 1999); Escala de Solidão da UCLA (Neto, 1989); SWLS – *Satisfaction With Life Scale* (Diener, 1985); *Coping Resiliente* (Sinclair & Wallston, 2003); *Easy-Care* (2010); WHOQOL (OMS; Canavarró *et al.*, 2006); e IARSP - Idosos (Guadalupe, 2010; Guadalupe & Vicente, 2012).

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL)

O conceito de qualidade de vida (QV) surgiu no início da década de 90, sobretudo quando se reconheceu a sua importância para a promoção da saúde física e mental e para o bem-estar social das pessoas (Carneiro, Falcone, Clark, Prette, & Prette, 2007 *cit. in* Teixeira, 2010).

Existem três características deste constructo cruciais para o seu entendimento: 1) subjetividade (depende das percepções da pessoa); 2) multidimensionalidade (inclui três dimensões: a física, a psicológica e a social); e 3) presença de dimensões positivas (por exemplo: autonomia) e negativas (por ex.: dependência) (Fleck e col., 1999a *cit. in* Teixeira, 2010).

O grupo WHOQOL desenvolveu, inicialmente, um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (o WHOQOL-100) (Canavarro e col., 2005, *cit. in* Teixeira, 2010). A necessidade de uma aplicação de instrumentos mais breve fez com que o grupo desenvolvesse uma versão abreviada, o WHOQOL-brief. Esta versão consta de 26 questões, sendo duas questões gerais sobre a percepção da qualidade de vida e de saúde; e as demais 24 perguntas representam cada uma das 24 facetas focando os quatro domínios fundamentais, ou seja: o físico, o psicológico, as relações sociais e o ambiente (Fleck e col., 2000 *cit. in* Teixeira, 2010). Para este estudo apenas usamos parcialmente o instrumento com as questões genéricas, “como avalia a sua qualidade de vida”, e “até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde”.

A avaliação das respostas faz-se através de uma avaliação com uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, ou seja, variando entre um e cinco pontos, correspondendo a pontuação mais elevada a uma melhor percepção da qualidade de vida. No caso do nosso estudo, reagrupámos as pontuações numa escala de 3 pontos, juntando os pontos extremos, sendo que no primeiro grupo englobamos a “QV Muito Má e Má”, no segundo mantivemos a “QV Moderada” e no terceiro agrupámos a “QV Boa e Muito Boa”.

Instrumento de Avaliação das Redes Sociais Pessoais (IARSP – Idosos)

O Instrumento de Avaliação das Redes Sociais Pessoais (IARSP – Idosos), (Guadalupe, 2010; Guadalupe & Vicente, 2012), é constituído por diversos itens e pretende caracterizar a rede ao nível da dimensão estrutural (tamanho da rede, proporção das relações e densidade na rede), ao nível da dimensão funcional (apoio percebido, companhia social, acesso a novos vínculos, reciprocidade de apoio e satisfação com a rede) e ao nível da dimensão relacional-contextual (frequência de contactos, dispersão geográfica, durabilidade da relação, homogeneidade etária e de género na rede). As escalas de resposta diferem entre os itens. É um instrumento descritivo, não permitindo uma avaliação psicométrica, no seu conjunto.

Análise de Dados

Para efetuar a análise de dados recolhidos, foi necessário determinar medidas de estatística descritiva, designadamente: média, desvio-padrão, mínimo e máximo, bem como frequências e percentagens. Devido à natureza dos dados, após testes de avaliação da normalidade da distribuição, optámos pela utilização de estatística não-paramétrica para testar as hipóteses formuladas a partir do modelo analítico, tendo utilizado os testes de Kruskal Wallis, de Qui-Quadrado e correlações de Spearman.

O programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19.0, serviu de base para realizar a análise de dados.

RESULTADOS

Em seguida analisaremos os resultados obtidos através da apresentação das características da amostra relativamente às facetas das dimensões das redes sociais pessoais, segundo três subamostras de acordo com os níveis de qualidade de vida percebida (má e muito má, moderada, boa e muito boa). Para uma apresentação organizada dos resultados, agrupámos, nas tabelas seguintes, os aspetos que cada domínio revela e as variáveis correspondentes.

Tabela 3.
Características das Dimensões das Redes Sociais Pessoais

| | n | M | DP | Mínimo | Máximo |
|--|----------|----------|-----------|---------------|---------------|
| Características estruturais | | | | | |
| Tamanho da Rede | 317 | 7,74 | 5,62 | 1,00 | 40,00 |
| Proporção das relações familiares (%) | 317 | 76,46 | 27,44 | 0,00 | 100,00 |
| Proporção das relações de amizade (%) | 317 | 12,78 | 20,68 | 0,00 | 100,00 |
| Proporção das relações de vizinhança (%) | 317 | 8,72 | 18,53 | 0,00 | 100,00 |
| Proporção das relações de trabalho (%) | 317 | 0,53 | 3,66 | 0,00 | 36,36 |
| Proporção das relações com técnicos (%) | 317 | 1,51 | 5,93 | 0,00 | 40,00 |
| Nível de densidade | 287 | 96,99 | 9,76 | 40,00 | 100,00 |
| Características funcionais | | | | | |
| Apoio Emocional | 317 | 2,65 | 0,41 | 1,00 | 3,00 |
| Apoio Material e Instrumental | 317 | 2,32 | 0,50 | 1,00 | 3,00 |
| Apoio Informativo | 317 | 2,35 | 0,54 | 1,00 | 3,00 |
| Companhia Social | 316 | 2,37 | 0,48 | 1,00 | 3,00 |
| Apoio Social (somatório) | 315 | 2,38 | 0,43 | 1,21 | 3,46 |
| Acesso a novos vínculos | 315 | 2,17 | 0,63 | 1,00 | 3,00 |
| Reciprocidade de Apoio | 317 | 3,33 | 0,89 | 1,00 | 4,00 |
| Satisfação com a rede | 317 | 2,79 | 0,43 | 1,00 | 3,00 |
| Características relacionais-contextuais | | | | | |
| Frequência de contactos | 317 | 2,17 | 0,95 | 1,00 | 5,00 |
| Dispersão geográfica | 317 | 2,74 | 0,96 | 1,00 | 5,00 |
| Durabilidade da relação (em anos) | 312 | 40,43 | 11,76 | 8,00 | 74,00 |
| Outras Características | | | | | |
| | | | | n | % |
| Heterogeneidade de género: sexo na rede | | | | | |
| Heterogénea no género | | | | 230 | 72,6 |
| Homogénea género feminino ($\geq 75\%$) | | | | 62 | 19,6 |
| Homogénea género masculino ($\geq 75\%$) | | | | 25 | 7,9 |
| Heterogeneidade etária: idade na rede | | | | | |
| Heterogénea na idade | | | | 191 | 60,3 |
| Homogénea no grupo idoso ($\geq 75\%$) | | | | 29 | 9,1 |
| Homogénea no grupo adulto ($\geq 75\%$) | | | | 95 | 30,0 |
| Homogénea no grupo jovem ($\geq 75\%$) | | | | 2 | 0,6 |
| Tipo de Densidade da rede | | | | | |
| Coesa | | | | 268 | 84,5 |
| Fragmentada | | | | 18 | 5,7 |
| Dispersa | | | | 1 | 0,3 |

Notas: n= Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo

Quanto às características das dimensões da rede social da amostra, verificamos que, quanto às características estruturais, os resultados da Tabela 3 apontam para a maior percentagem ao nível da densidade de (96,99%), no entanto, há indicações que as relações familiares ocupam uma larga percentagem nesta etapa (76,46%). Quanto às características funcionais da rede, os indivíduos demonstram possuir a reciprocidade de apoio como uma mais-valia (3,33%). As características relacionais-contextuais indicam que a durabilidade da relação é o que mais prevalece (40,43%).

Qualidade de Vida e Características da Rede Social Pessoal

A avaliação das diferenças entre os valores dos indivíduos que compõem os 3 níveis de qualidade de vida nas características estruturais da rede social pessoal, podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 4.

Características Estruturais da Rede Social Pessoal segundo a QV percebida

| | QV Má e muito má | QV Moderada | QV Boa e muito boa | Total | Testes Kruskal- Wallis |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| | n=36 | n=139 | n=142 | N=317 | |
| | M (DP) | M (DP) | M (DP) | M (DP) | |
| | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | |
| Tamanho da Rede | 8,25 (5,94) (2 - 26) | 7,92 (5,74) (1 - 27) | 7,42 (5,42) (1 - 40) | 7,38 (5,61) (1 - 40) | H=0,631, gl=2 p=0,730 |
| Proporção das relações familiares (%) | 74,33 (29,05) (0 - 100) | 74,77 (28,10) (0 - 100) | 78,63 (26,37) (0 - 100) | 76,45 (27,43) (0 - 100) | H=1,673, gl=2 p=0,430 |
| Proporção das relações de amizade (%) | 13,66 (21,92) (0 - 100) | 11,90 (17,79) (0 - 100) | 13,41 (22,97) (0 - 100) | 12,78 (20,68) (0 - 100) | H=0,091, gl=2 p=0,956 |
| Proporção das relações de vizinhança (%) | 8,68 (19,01) (0 - 100) | 11,36 (22,00) (0 - 100) | 6,14 (13,86) (0 - 80) | 8,72 (18,53) (0 - 100) | H=4,375, gl=2 p=0,112 |
| Proporção das relações de trabalho (%) | - | 0,54 (3,42) (0 - 33,33) | 0,63 (4,29) (0 - 36,36) | 0,52 (3,65) (0 - 36,36) | H=1,327, gl=2 p=0,515 |
| Proporção das relações com técnicos (%) | 3,31 (8,49) (0 - 30) | 1,40 (5,22) (0 - 33,33) | 1,16 (5,76) (0 - 40) | 1,51 (5,93) (0 - 40) | H=3,726, gl=2 p=0,155 |
| Nível de densidade (n=287) | 95,62 (13,37) (40 - 100) | 96,80 (9,64) (46,66 - 100) | 97,50 (8,78) (46,42 - 100) | 96,99 (9,75) (40 - 100) | H=0,596, gl=2 p=0,742 |

Notas: n= Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; H=Teste Kruskal Wallis; gl=graus de liberdade; p=significância; QV=Qualidade de Vida

Mediante a análise da Tabela 4 verificamos que de acordo com os Testes Kruskal-Wallis as características estruturais da rede social pessoal não se distinguem significativamente em nenhuma subamostra dos indivíduos que compõem os diferentes níveis de qualidade de vida percebida.

A Tabela 5 espelha a avaliação das diferenças entre os valores dos indivíduos que compõem os 3 níveis de qualidade de vida percebida nas características funcionais da rede social pessoal.

Tabela 5.

Características Funcionais da Rede Social Pessoal segundo a QV percebida

| | QV Má e muito má | QV Moderada | QV Boa e muito boa | Total | Testes Kruskal-Wallis |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| | n=36 | n=139 | n=142 | N=317 | |
| | M (DP) | M (DP) | M (DP) | M (DP) | |
| | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | |
| Apoio Emocional | 2,65 (0,48) (1,28 - 3) | 2,63 (0,39) (1,25 - 3) | 2,65 (0,41) (1 - 3) | 2,64 (0,41) (1 - 3) | H=0,837, gl=2 p=0,658 |
| Apoio Material e Instrumental | 2,02 (0,48) (1 - 3) | 2,32 (0,49) (1 - 3) | 2,38 (0,49) (1 - 3) | 2,31 (0,50) (1 - 3) | H=13,752, gl=2 p=0,001 |
| Apoio Informativo | 2,03 (0,59) (1 - 3) | 2,30 (0,53) (1 - 3) | 2,48 (0,49) (1,25 - 3) | 2,35 (0,54) (1 - 3) | H=16,797, gl=2 p=0,000 |
| Companhia Social | 2,19 (0,56) (1,11 - 3) | 2,32 (0,43) (1 - 3) | 2,46 (0,47) (1 - 3) | 2,37 (0,47) (1 - 3) | H=11,145, gl=2 p=0,004 |
| Acesso a Novos Contatos | 1,76 (0,62) (1 - 3) | 2,15 (0,61) (1,20 - 3) | 2,28 (0,61) (1 - 3) | 2,17 (0,63) (1 - 3) | H=17,852, gl=2 p=0,000 |
| Apoio Social (Somatório) | 2,14 (0,42) (1,21 - 3) | 2,36 (0,40) (1,25-3,46) | 2,45 (0,42) (1,40 - 3) | 2,38 (0,42) (1,21-3,46) | H=14,512, gl=2 p=0,001 |
| Reciprocidade de Apoio | 2,77 (1,09) | 3,30 (0,83) | 3,5 (0,82) | 3,33 (0,88) | H=17,903, gl=2 p=0,000 |
| Satisfação com a Rede | 2,61 (0,49) | 2,76 (0,45) | 2,88 (0,36) | 2,79 (0,43) | H=16,094, gl=2 p=0,000 |

Notas: n= Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; H=Teste Kruskal Wallis; gl=graus de liberdade; p=significância; QV=Qualidade de Vida

Pode-se observar na Tabela 5 que existe uma associação significativa entre os indivíduos que compõem os diferentes níveis de qualidade de vida percebida com praticamente todas as características funcionais da rede social pessoal, à exceção do apoio emocional ($H=0,837$; $p=0,658$).

Tabela 6.*Frequências de Algumas Características Funcionais da Rede Social segundo a QV*

| | QV Má e muito má | QV Moderada | QV Boa e muito boa | Total | Testes do Qui- Quadrado |
|--|------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|---|
| | n (%) (% total) | n (%) (% total) | n (%) (% total) | n (%) (% total) | |
| Reciprocidade de Apoio | n=36 | n=139 | n=142 | N=317 | |
| Não dá apoio a nenhuma destas pessoas | 6 (1,9%) | 3 (0,9%) | 7 (2,2%) | 16 (5%) | $\chi^2 = 28,515$ gl= 6 $p=0,000$ |
| Dá apoio a poucas destas pessoas | 8 (2,5%) | 25 (7,9%) | 9 (2,8%) | 42 (13,2%) | |
| Dá apoio a algumas destas pessoas | 10 (3,2%) | 38 (12%) | 32 (10,1%) | 80 (25,2%) | |
| Dá apoio à maior parte das pessoas | 12 (3,8%) | 73 (23%) | 94 (29,7%) | 179 (56,5%) | |
| Satisfação com a Rede | n=36 | n=139 | n=142 | N=317 | |
| Nada | 0 (0%) | 2 (0,6%) | 2 (0,6%) | 4 (1,3%) | $\chi^2 = 19,509$ gl= 4 $p=0,001$ |
| Pouco | 14 (4,4%) | 29 (9,1%) | 13 (4,1%) | 56 (17,7%) | |
| Muito | 22 (6,9%) | 108(34,1%) | 127 (40,1%) | 257 (81,1%) | |
| Satisfação com o Suporte Social | n=34 | n=126 | n=115 | N=275 | |
| Nada | 1 (0,4%) | 3 (1,1%) | 4 (1,5%) | 8 (2,9%) | $\chi^2 = 12,287$ gl= 4 $p=0,015$ |
| Pouco | 15 (5,5%) | 41 (14,9%) | 20 (7,3%) | 76 (27,6%) | |
| Muito | 18 (6,5%) | 82 (29,8%) | 91 (33,1%) | 191(69,5%) | |

Notas: n= Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; gl=graus de liberdade; p=significância;

A Tabela 6 apresenta dados sobre algumas características funcionais da rede social, o que nos permite afirmar que a reciprocidade de apoio e a satisfação com a rede apresentam significância ($p<0,001$) e ($p=0,001$), respetivamente, enquanto ao nível da satisfação com o suporte social a significância não se manifesta. Assim, salientamos que o apoio dado à maior parte das pessoas perante a reciprocidade de apoio manifesta-se em (3,8%). O nível de satisfação com a rede é elevado (“muito”), verificando-se (6,9%) das respostas da amostra.

Na seguinte tabela (Tabela 7) são apresentadas as características relacionais-contextuais da rede social pessoal segundo os grupos de indivíduos que compõem os 3 níveis de qualidade de vida percebida.

Tabela 7.

Características Relacionais-Contextuais da Rede Social Pessoal segundo a QV percebida

| | QV Má e muito má | QV Moderada | QV Boa e muito boa | Total | Testes Kruskal- Wallis |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| | n=36 | n=139 | n=142 | N=317 | |
| | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | |
| Durabilidade Média | 37,30 (10,76) (8 - 57) | 41,62 (12,51) (10,25 - 74) | 40,09 (11,13) (18,30 - 71) | 40,43 (11,75) (8 - 74) | H=2,495 gl=2 p=0,287 |
| Frequência de contactos | 2,44 (1,03) (1 - 4,50) | 2,09 (0,92) (1 - 5) | 2,17 (0,95) (1 - 4,56) | 2,16 (0,95) (1 - 5) | H=3,309 gl=2 p=0,191 |
| Residência | 3 (1,03) (1 - 4,80) | 2,77 (0,90) (1 - 5) | 2,64 (0,99) (1 - 4,56) | 2,74 (0,96) (1 - 5) | H=3,733 gl=2 p=0,155 |

Notas: n= Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; H=Teste Kruskal Wallis; gl=graus de liberdade; p=significância; QV=Qualidade de Vida

Perante os dados da Tabela 7 pode-se afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os 3 níveis de Qualidade de vida nas características relacionais-contextuais da rede social pessoal.

Tabela 8.

Outras Características Relacionais-Contextuais da Rede Social Pessoal segundo a QV percebida

| | QV Má e muito má | QV Moderada | QV Boa e muito boa | Total | Testes Qui- quadrado |
|--|---------------------------------|------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Heterogeneidade de género: sexo na rede (n=317) | | | | | |
| Heterogénea no género | 24 (7,6%) | 106 (33,4%) | 100 (31,5%) | 230 (72,6%) | $\chi^2 = 7,545$ gl= 4 p=0,110 |
| Homogénea género feminino (≥75%) | 10 (3,2%) | 27 (8,5%) | 25 (7,9%) | 62 (19,6%) | |
| Homogénea género masculino (≥75%) | 2 (0,6%) | 6 (1,9%) | 17 (5,4%) | 25 (7,9%) | |
| Heterogeneidade etária: idade na rede (n=317) | | | | | |
| Heterogénea na idade | 18 (5,7%) | 88 (27,8%) | 85 (26,8%) | 191 (60,3%) | $\chi^2 = 7,489$ gl= 6 p=0,278 |
| Homogénea no grupo idoso (≥75%) | 2 (0,6%) | 14 (4,4%) | 13 (4,1%) | 29 (9,1%) | |
| Homogénea no grupo adulto (≥75%) | 15 (4,7%) | 36 (11,4%) | 44 (13,9%) | 95 (30,0%) | |
| Homogénea no grupo jovem (≥75%) | 1 (0,3%) | 1 (0,3%) | 0 (0,0%) | 2 (0,6%) | |
| Tipo de densidade na rede (n=287) | | | | | |
| Coesa | 31 (10,8%) | 110 (38,3%) | 127 (44,3%) | 268 (93,4%) | $\chi^2 = 7,549$ gl= 4 p=0,110 |
| Fragmentada | 2 (0,7%) | 8 (2,8%) | 8 (2,8%) | 18 (6,3%) | |
| Dispersa | 1 (0,3%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (0,3%) | |

Notas: n= Número da Amostra; gl=graus de liberdade; p=significância; QV=Qualidade de Vida

A Tabela 8 revela outras características relacionais-contextuais distintas da rede pessoal social. A análise da mesma permite-nos referir que não existe significância estatística em

nenhuma das associações testadas entre as características salientadas e a qualidade de vida, de acordo com o Teste Qui-Quadrado.

Depressão e Características das Redes Sociais Pessoais

As diferenças entre os valores dos indivíduos que compõem os 4 níveis de depressão definidos pela GDS (Ausência de depressão; Depressão leve; Depressão Moderada e Depressão Grave) nas características estruturais da rede social pessoal podem ser observadas na Tabela 9.

Tabela 9.
Características Estruturais da Rede Social Pessoal segundo os Níveis de Depressão avaliada pela GDS

| | “Ausência de Depressão” (GDS) n=154 | “Depressão leve” (GDS) n=98 | “Depressão Moderada” (GDS) n=39 | “Depressão Grave” (GDS) n=26 | Total N=317 | Testes Kruskal-Wallis |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | |
| Tamanho da Rede | 7,7 (5,6) (1 - 40) | 8,5 (6,5) (1 - 27) | 6,8 (4,4) (1 - 26) | 6,4 (3,1) (2 - 13) | 7,3 (5,6) (1 - 40) | H=1,452 gl=3 p=0,693 |
| Proporção de relações familiares* | 77,6(27,1) (0-100) | 71(29,7) (0-100) | 87(17,7) (41,7-100) | 74,1(28,4) (0-100) | 76,5(27,4) (0-100) | H=9,570 gl=3 p=0,023 |
| Proporção de relações de amizade* | 13,2(22,9) (0-100) | 14,3(20,1) (0-100) | 6(10,4) (0-33,3) | 14,7(19,1) (0-60) | 12,8(20,7) (0-100) | H=5,576 gl=3 p=0,134 |
| Proporção de relações de vizinhança* | 7,3(16,7) (0-100) | 12,3(22,2) (0-10) | 6,7(12,6) (0-10) | 6,6(20,2) (0-100) | 8,7(18,5) (0-100) | H=5,699 gl=3 p=0,082 |
| Proporção de relações de trabalho* | 0,9(5) (0-36,36) | 0,1(1) (0-10) | - | 0,6(3,3) (0-16,7) | 0,5(3,7) (0-36,36) | H=2,130 gl=3 p=0,546 |
| Proporção de relações com técnicos* | 1(4,6) (0-30) | 2,3(7,6) (0-40) | - | 3,9(8,6) (0-33,3) | 1,5(5,9) (0-40) | H=10,89, gl=3 p=0,012 |
| Nível de densidade (n=287) | 13,2(22,9) (40-100) | 97,6(7,6) (60-100) | 98,1(8,33) (60-100) | 92,3(15,3) (44,5-100) | 97(9,8) (40-100) | H=4,660 gl=3 p=0,198 |

Notas: * Em valores percentuais; n= Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; H=Teste Kruskal Wallis; gl=graus de liberdade; p=significância;

Pela análise da tabela, pode afirmar-se que existem diferenças significativas nas características, proporção de relações familiares e a proporção de relações com técnicos segundo as subamostras organizadas em torno dos 4 níveis de depressão avaliados pela GDS ($p < 0,05$).

A Tabela 10 mostra a análise das diferenças entre os valores dos indivíduos que compõem os 4 níveis de depressão definidos pela GDS nas características funcionais da rede social pessoal.

Tabela 10.

Características Funcionais da Rede Social Pessoal segundo os Níveis de Depressão avaliada pela GDS

| | “Ausência de Depressão” (GDS) | “Depressão leve” (GDS) | “Depressão Moderada” (GDS) | “Depressão Grave” (GDS) | Total | Testes Kruskal-Wallis |
|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| | n=154 | n=98 | n=39 | n=26 | N=317 | |
| | M (DP) | M (DP) | M (DP) | M (DP) | M (DP) | |
| | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | |
| Apoio Emocional | 2,64 (0,42) (1 - 3) | 2,64 (0,42) (1,28 - 3) | 2,67 (0,42) (1,25 - 3) | 2,66 (0,32) (2 - 3) | 2,64 (0,41) (1 - 3) | H=0,568, gl=3 p=0,904 |
| Apoio Material e Instrumental | 2,39(0,50) (1-3) | 2,25(0,50) (1-3) | 2,31(0,57) (1-3) | 2,20(0,41) (1,33-3) | 2,32 (0,5) (1-3) | H=6,987, gl=3 p=0,072 |
| Apoio Informativo | 2,47(0,49) (1,25-3) | 2,29(0,52) (1-3) | 2,23(0,68) (1-3) | 2,10(0,54) (1-3) | 2,35(0,54) (1-3) | H=13,89, gl=3 p=0,003 |
| Companhia Social | 2,48(0,44) (1,30-3) | 2,31(0,48) (1-3) | 2,14(0,58) (1,11-3) | 2,32(0,34) (1,7-3) | 2,37(0,48) (1-3) | H=17,11, gl=3 p=0,001 |
| Acesso a Novos Contactos | 2,30(0,60) (1-3) | 2,07(0,60) (1-3) | 2,03(0,72) (1-3) | 1,96(0,67) (1-3) | 2,17(0,63) (1-3) | H=13,53, gl=3 p=0,004 |
| Apoio Social (Somatório) | 2,46(0,42) (1,36-3) | 2,32(0,40) (1,28-3) | 2,28(0,48) (1,21-3) | 2,30(0,42) (1,67-3,46) | 2,38(0,43) (1,21-3,46) | H=10,61, gl=3 p=0,014 |
| Reciprocidade de Apoio | 3,56(0,76) (1-4) | 3,17(0,90) (1-4) | 3,10(1,10) (1-4) | 2,89(0,91) (1-4) | 3,33(0,89) (1-4) | H=25,36, gl=3 p=0,000 |
| Satisfação com a Rede | 2,94(0,25) (2-3) | 2,77(0,45) (1-3) | 2,53(0,60) (1-3) | 2,50(0,58) (1-3) | 2,7(0,43) (1-3) | H=41,85, gl=3 p=0,000 |

Notas: n= Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; H=Teste Kruskal Wallis; gl=graus de liberdade; p=significância;

Através da análise da Tabela 10 verifica-se a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sujeitos que compõem os 4 índices de depressão, na maioria das características funcionais das redes sociais pessoais. As características com ausência de significado estatístico foram o apoio emocional e o apoio material e instrumental ($p>0,05$).

Na seguinte tabela (Tabela 11) estão expressas as avaliações das diferenças entre os valores dos grupos de indivíduos que compõem os 4 níveis de depressão definidos pela GDS nas Relacionais-Contextuais da Rede Social Pessoal.

Tabela 11.

Características Relacionais-Contextuais da Rede Social Pessoal segundo os Níveis de Depressão avaliada pela GDS

| | “Ausência de Depressão” (GDS) | “Depressão leve” (GDS) | “Depressão Moderada” (GDS) | “Depressão Grave” (GDS) | Total | Testes Kruskal-Wallis |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| | n=154 | n=98 | n=39 | n=26 | N=317 | |
| | M (DP) | M (DP) | M (DP) | M (DP) | M (DP) | |
| | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | (Min-Max) | |
| Durabilidade Média | 39,8 (11,52) (19,25 - 74) | 41,3 (12,54) (8 - 69,50) | 42,3 (10,25) (20,75 - 74) | 38,2 (12,33) (18,8 - 60,5) | 40,43(11,76) (8 - 74) | H=5,572 gl=3 p=0,134 |
| Frequência de contactos | 2,08(0,95) (1-4,56) | 2,21(0,87) (1-4,47) | 2,33(1,22) (1-5) | 2,32(0,81) (1-4,16) | 2,17 (0,96) (1-5) | H=3,626 gl=3 p=0,305 |
| Residência | 2,63(0,98) (1-4,85) | 2,8(0,9) (1-5) | 2,85(1,17) (1-4,70) | 3(0,72) (1,43-4,33) | 2,74(0,96) (1-5) | H=4,587 gl=3 p=0,205 |

Notas: n= Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; H=Teste Kruskal Wallis; gl=graus de liberdade; p=significância

Mediante a análise da Tabela 11 não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sujeitos que compõem os índices de depressão, nas características relacionais-contextuais das redes sociais pessoais.

Qualidade de Vida e Depressão

Tabela 12.

Nível de Depressão avaliado pela GDS, segundo os Níveis Qualidade de Vida percebida, avaliados pelo WHOQOL

| | QV Má e muito má n=36 | QV Moderada n=139 | QV Boa e muito boa n=142 | Total N=317 | Testes Kruskal- Wallis |
|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------|---------------------------------------|
| | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | M (DP) (Min-Max) | |
| Depressão (GDS) | 7,56 (3,03) (2-13) | 6,6 (3,7) (0-15) | 2,8 (3,11) (0-12) | 5,03 (3,9) (0-15) | H=89,89 gl=2 p=0,000 |

Notas: n= Número da Amostra; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; H=Teste Kruskal Wallis; gl=graus de liberdade; p=significância

Perante os dados da Tabela 12, pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sujeitos que compõem os índices de Qualidade de Vida no nível de depressão avaliado pela GDS.

Associação entre as Variáveis da rede social pessoal, Qualidade de vida percebida (WHOQOL) e a depressão (GDS).

Devido ao facto das características funcionais da rede social pessoal serem as únicas que apresentam diferenças estatisticamente significativas segundo as 3 subamostras na qualidade de vida percebida e segundo os níveis de depressão, decidiu-se apenas analisar a correlação destas variáveis entre si.

Tabela 13.

Coefficiente de correlação de Spearman entre as Características Funcionais da Rede Social Pessoal, a Qualidade de Vida percebida (QV) e a Depressão (Dp)

| | QV | Apoio Emocional | Apoio Material e Instru- mental | Apoio Informa- tivo | Apoio Social | Acesso a novos contactos | Compa- nhia Social | Reciproci- dade de Apoio | Satisfação com a rede |
|-----------|------------|----------------------------|--|------------------------------------|-------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| QV | <i>rho</i> | - | 0,020 | 0,166** | 0,215** | 0,179** | 0,190** | 0,218** | 0,231** |
| | <i>p</i> | - | 0,726 | 0,003 | 0,000 | 0,000 | 0,001 | 0,000 | 0,000 |
| | <i>n</i> | - | 317 | 317 | 316 | 315 | 315 | 317 | 317 |
| Dp | <i>rho</i> | -0,539** | 0,021 | -0,137* | -0,214** | -0,202** | -0,228** | -0,184** | -0,286** |
| | <i>p</i> | 0,000 | 0,716 | 0,015 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | <i>n</i> | 317 | 317 | 317 | 316 | 315 | 315 | 317 | 317 |

Notas: ** Correlação significativa ao nível de 0,01 *Correlação significativa ao nível de 0,05

Mediante a análise da Tabela 13, pode concluir-se que a qualidade de vida se correlaciona negativamente e de forma estatisticamente significativa com a depressão ($p < 0,001$). A correlação entre a qualidade de vida e as características funcionais da rede social pessoal vai no sentido positivo. No entanto, apesar de praticamente todas as características funcionais da rede social pessoal permitirem a obtenção de significado estatístico, a correlação da qualidade de vida percebida com o “apoio emocional” não é estatisticamente significativa ($p = 0,726$). Assim, o nível de qualidade de vida, está significativamente e positivamente relacionado com o “apoio material e instrumental”, o “apoio informativo”, o “apoio social”, o “acesso a novos contactos”, “companhia social”, “reciprocidade de apoio” e de “satisfação com a rede”, ou seja, quanto mais elevada for a percepção de apoio social, de reciprocidade e de satisfação com a rede, maior o nível de qualidade de vida percebida.

Já a correlação do nível de depressão com as características funcionais das redes sociais pessoais vai na mesma direção, também com a exceção da correlação entre o apoio emocional e a depressão ($p > 0,05$), sendo as restantes associações inversamente proporcionais, ou seja, quanto mais elevada for a percepção de apoio social, de reciprocidade e de satisfação com a rede, menor o nível de depressão sentido, e vice-versa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A rede social pessoal reporta-se a um grupo de pessoas e/ou instituições, geralmente composto por membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas, que tendencialmente têm capacidade para ajudar e apoiar de forma real e duradoura tanto indivíduos como famílias (Sluzki, 1997; More, 2005), sendo por isso considerada fonte de suporte social. A análise das redes sociais faz-se geralmente em torno de três dimensões essenciais, que assumem designações distintas conforme os autores: a dimensão das características estruturais da rede social, a dimensão funcional da rede e a dimensão contextual da rede (Sluzki, 1998; Guadalupe, 2010). São essas três dimensões da rede social pessoal que analisámos no presente estudo, segundo subamostras dos participantes em 3 níveis de qualidade de vida percebida (“Má e muito má”, “Moderada” e “Boa e muito boa” - WHOQOL) e 4 níveis de depressão (“Ausência de depressão”, “depressão ligeira”, “depressão moderada” e “depressão grave” - GDS 15).

Neste sentido, sublinhando os resultados apresentados nas tabelas anteriores, é possível mencionar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas características estruturais das redes sociais pessoais entre os grupos dos 3 níveis de qualidade de vida, o que sugere que indivíduos em diferentes níveis de qualidade de vida tenham uma estrutura de rede semelhante. Este resultado vem contrariar alguns dados presentes na literatura que postulam uma influência significativa da dimensão estrutural das redes sociais pessoais na qualidade de

vida (Noh, Speechley, Kaspar & Wu, 1992; More, 2005). Mais estudos terão de ser feitos para o controlo de algumas variáveis que podem estar a interferir nesta associação, nomeadamente estudos qualitativos para aceder ao seu *modus vivendi*. Ainda que o estudo se centre numa dimensão positiva e negativa, a qualidade de vida e a depressão, na sua relação com as relações interpessoais, sublinhamos a necessidade de modificar o modelo deficitário da velhice, ressaltando que não existe um comportamento típico dos idosos. O comportamento e as percepções sobre o bem-estar e saúde mental em idades avançadas não são determinados só pelos anos vividos, mas condicionados pelas vivências e experiências pessoais acumuladas ao longo da vida. As trajetórias destes idosos serão heterogêneas, decerto, assim como são as suas condições de vida, as suas opções e interesses, reafirmando a heterogeneidade nas suas idiosincrasias, mas a composição das suas redes, o tamanho e a sua densidade parecem ter características homogêneas, quando comparamos os sujeitos agrupados segundo a sua percepção qualitativa da vida, o que nos faz pensar que uma percepção de melhor qualidade de vida não coexiste necessariamente com redes mais alargadas e mais amplas na composição e vice-versa. Independentemente ou não desta (não) coexistência, haverá traços comuns entre as pessoas da amostra, com critério etário, na forma como se estruturam as suas relações interpessoais. Perante o supracitado rejeita-se a primeira hipótese colocada (H1 – *Existem diferenças estatisticamente significativas nas características estruturais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de qualidade de vida*).

No que diz respeito à segunda hipótese em estudo (H2 – *Existem diferenças estatisticamente significativas nas características funcionais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de qualidade de vida*), tendo em conta os resultados apresentados, não foram registadas diferenças significativas, pelo que rejeita-se a hipótese formulada. Uma vez que, no teste de hipóteses temos que obedecer à regra do “tudo ou nada”, isto é, quando uma hipótese não está totalmente certa, está errada (não há rejeição da hipótese nula). No entanto, os dados denunciam diferenças estatisticamente significativas em praticamente todas as características funcionais da rede social pessoal entre os 3 níveis de qualidade de vida. A comparação de médias permite-nos saber a direção da diferença. Efetivamente, os indivíduos com níveis mais baixos de qualidade de vida, pontuam menos em: apoio material e instrumental, apoio informativo, companhia social, acesso a novos contactos, apoio social, reciprocidade de apoio e satisfação com a rede. Esta significância estatística registada vai ao encontro dos resultados de outros estudos (Sluzki, 2000; Hove & Magana, 2002; Paúl, 2005; Carneiro *et al*, 2007). Ainda no estudo de Winingham & Pike (2007), os resultados afirmam que quase todos os adultos mais velhos sofrem perdas sociais, que podem interromper as suas redes de apoio social e prejudicar a sua qualidade de vida. Acontecimentos como a reforma, a morte do cônjuge e/ou de amigos

próximos, ou a mudança para uma estrutura residencial para idosos, podem afectar negativamente a qualidade das redes de apoio social destes indivíduos.

A percepção sobre a maioria das funções de suporte social assumidas pelas redes pode influenciar a qualidade de vida percebida e vice-versa, o que nos faz pensar que não será tanto a quantidade e o tipo de pessoas com quem nos relacionamos, mas o tipo de intercâmbios que estabelecemos no seu seio e a forma como as valorizamos que mais se associa com a forma como percebemos a nossa vida, com maior ou menor qualidade. Esta é uma dimensão mais plástica do que a dimensão estrutural, sendo passível de trabalhá-la no contexto psicoterapêutico, favorecendo redes mais suportativas e recíprocas.

Ao analisarmos os dados referentes à diferença da perspectiva contextual da rede nos níveis da qualidade de vida, pode afirmar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sujeitos que perfazem os 3 níveis de qualidade de vida nas características relacionais-contextuais da rede social pessoal. Tal como no caso das características estruturais, este resultado vai também contra alguns estudos já realizados (Furnham & Shiekh, 1993; More, 2005).

Relativamente à terceira hipótese (H3 – *Existem diferenças estatisticamente significativas nas características relacionais-contextuais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de qualidade de vida*), a nossa hipótese não foi confirmada.

No que concerne à quarta hipótese (H4 – *Existem diferenças estatisticamente significativas nas características estruturais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de depressão definidos pela GDS*), em estudo, pode ser rejeitada, tendo em conta a leitura dos dados acima explanados. Este resultado vai também no sentido contrário de outros estudos (Cohen & Wills, 1985; Kawachi & Berkman, 2001). Contudo, ao contrário do que se passa com a qualidade de vida, existem diferenças significativas entre os 4 níveis de depressão, nas características: proporção de relações familiares e a proporção de relações com técnicos. Este facto e a comparação de médias sugerem que indivíduos em níveis mais elevados de depressão tenham níveis mais baixos de proporção de relações familiares e proporção de relações com técnicos. Este achado vem ao encontro de outros estudos com adultos não deprimidos, os quais sugerem que as redes sociais pessoais e o suporte social são relativamente estáveis durante a vida, até uma idade tardia, contudo, isto não parece constatado quando falamos em adultos idosos com depressão (Voils, Allaire, Olsen, Steffens, Hoyle & Bosworth, 2007).

Em relação às características funcionais da rede social pessoal, que correspondem às interações que ocorrem dentro das estruturas destas redes, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sujeitos que compõem os 4 índices de depressão, na maioria das características funcionais das redes sociais pessoais.

Estes resultados não permitem a confirmação da quinta hipótese, (H5 - *Existem diferenças estatisticamente significativas nas características funcionais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de depressão definidos pela GDS*), devido à ausência de significado estatístico entre os 3 níveis no apoio emocional e no apoio material e instrumental. Mais uma vez, este resultado vai contra o que é sugerido pela literatura (Paúl, 2005). Apesar disso, existem diferenças significativas no apoio informativo, na companhia social, no acesso a novos contactos, no apoio social, na reciprocidade de apoio e na satisfação com a rede entre os 4 níveis de depressão. Exemplificando, os nossos dados denotam que níveis baixos de apoio social estão associados a níveis mais altos de depressão, o que está de acordo com os estudos de Winingham e Pike (2007), que encontraram baixos níveis de perceção de apoio social associados à depressão major. De acordo com Rowe Kahn (1998), há um convincente conjunto de investigações que mostram que o apoio social é um determinante chave do envelhecimento bem sucedido. No mesmo sentido Guedea e colaboradores (2006) verificaram que apoio social, se relaciona positivamente com o bem-estar psicológico e a saúde mental, estando negativamente relacionado com depressão e stress e com a sintomatologia física.

Os nossos dados permitem ainda rejeitar a sexta hipótese (H6 - *Existem diferenças estatisticamente significativas nas características relacionais-contextuais das redes sociais entre os grupos segundo os níveis de depressão definidos pela GDS*), uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sujeitos que compõem os índices de depressão, nas características relacionais-contextuais das redes sociais pessoais. Mais uma vez, estes resultados não vão ao encontro de outros estudos nesta temática, como de Sluzki (2000) que encontram diferenças nestas variáveis.

Perante os dados do estudo, pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de depressão avaliado pela GDS entre os grupos de sujeitos que compõem os índices de Qualidade de Vida. Perante este dado e mediante a comparação de médias pode preconizar-se que indivíduos com um nível mais baixo de qualidade de vida percebida, terão maiores níveis de depressão. Este facto faz com que seja rejeitada a hipótese nula, confirmando-se a sétima hipótese (H7 - *Existem diferenças estatisticamente significativas no nível de depressão entre os grupos segundo os níveis de qualidade de vida*). Este resultado é confirmado também na literatura, uma vez que outros estudos indicam a mesma relação (Maia *et al.*, 2007; Ascensão, 2011).

Finalizando a discussão dos testes às hipóteses, e mediante a análise dos dados, pode concluir-se que a qualidade de vida se correlaciona negativamente e de forma estatisticamente significativa com a depressão, isto é, à medida que há maiores níveis de qualidade de vida, existirá com uma margem muito pequena de erro, menores níveis de depressão e vice-versa. A correlação entre a qualidade de vida e as características funcionais da rede social pessoal vai no

sentido positivo, no entanto, não obstante de praticamente todas as características funcionais da rede social pessoal permitirem a obtenção de significado estatístico, a correlação da qualidade de vida percebida com o “apoio emocional”, apesar de positiva, é baixa e não atinge os níveis mínimos de confiança para garantir significância estatística.

Assim, e apesar de se recusar a hipótese oito (H8 - *A associação entre a rede social pessoal, a depressão e a qualidade de vida nos idosos é significativa*), face aos resultados encontrados, pode deduzir-se com uma margem muito pequena de erro, que quanto maior é o nível de qualidade de vida, maiores serão os níveis de “apoio material e instrumental”, “apoio informativo”, “apoio social”, “acesso a novos contactos”, “companhia social”, “reciprocidade de apoio” e de “satisfação com a rede”. Já a correlação do nível de depressão com as características funcionais das redes sociais pessoais vai na mesma direção e também o apoio emocional tem ausência de significância estatística na correlação com a depressão. Se negligenciarmos o apoio emocional as relações estatisticamente significativas obtidas entre as três variáveis em estudo legitimam o modelo analítico acima apresentado. Na mesma linha, um estudo recente elaborado por Golden, Conroy e Lawlor (2009), abordou este tema, denotando que o alto envolvimento social do idoso mostrou-se associado a uma baixa prevalência de depressão, uma melhor qualidade de vida e uma melhor percepção de felicidade. Reforçando os dados da literatura Krause (1997), menciona que as redes de suporte social não aparecem significativamente associadas á satisfação de vida dos idosos, mas estão claramente associadas á qualidade de vida.

Perante o supra mencionado, além da relação significativa entre a depressão e qualidade de vida, é relevante salientar que as características funcionais das redes sociais pessoais se destacam relativamente às características contextuais e estruturais nos que diz respeito à associação com a depressão e qualidade de vida. Efetivamente, segundo Plaza e colaboradores (2005), se há características das redes sociais pessoais que estão ligadas significativamente ao bem-estar, são as funcionais. Na mesma linha, Hovey & Magana, (2002), destacam a importância dos aspetos funcionais da rede social pessoal na saúde mental e no bem-estar das pessoas.

Estudos anteriores como o de Hernández & Gilbert (1987) já tinham encontrado este efeito das características funcionais das redes sociais pessoais. Pedrazzi (2008), refere que quando as relações sociais são baseadas na reciprocidade e solidariedade, podem proporcionar confiança, ajuda emocional ou instrumental, influenciando o bem-estar global e também a saúde física das pessoas idosas.

Segundo Kovács (2005), o avanço da idade traz também a vivência de várias perdas não ligadas necessariamente a doenças e suas consequências. Assim, além das perdas vividas na infância e adolescência, o idoso passa a perder pessoas da sua faixa etária, já que a morte está relacionada com a velhice. São perdas muito dolorosas, como, por exemplo, um cônjuge, com o qual se viveu toda a vida, e cuja morte pode significar o arrancar de um grande pedaço; uma

vida que foi construída a dois e agora, precisa de ser continuada só. Além do cônjuge, outras figuras de referência, como amigos, também se vão, ficando presente a ideia de que “que o último a ficar terá que apagar a luz”, o temor de que não sobre mais nenhum dos amigos. Kovács (2005) deixa claro que o medo da morte interfere nas motivações do idoso, uma vez que este se encontra perto do limiar de sua existência.

A qualidade de vida das pessoas idosas depende da articulação de um conjunto de factores organizacionais e relacionais que tem como objetivo principal o respeito e a promoção da dignidade de cada idoso, considerando a sua individualidade como pessoa de direitos que vive uma fase do seu ciclo de vida no percurso de realização como pessoa. Ao experienciarem afectos positivos, os idosos podem desenvolver comportamentos de aproximação e de procura de situações sociais, em virtude de estas serem propensas à estimulação positiva no sentido de favorecer o reconhecimento do direito das pessoas idosas à cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural, implicando o acesso aos cuidados que ela deseja e necessita, ao bem-estar e à qualidade de vida (Pavot *et al.*, 1991). Ainda na mesma linha de pensamento e segundo os autores Osório & Pinto (2007), os idosos do futuro serão completamente diferentes dos idosos de hoje: terão mais habilitações literárias; serão mais adaptados às novas tecnologias e com outra qualidade de vida, pelo que vão exigir aos responsáveis públicos pelas políticas sociais o seu reconhecimento e a sua participação activa na sociedade.

Assim, conclui-se que seria redutor interpretar os resultados da dissertação apenas à luz da confirmação ou rejeição das hipóteses. Se olharmos atentamente para os resultados parecem clara a associação entre as variáveis qualidade de vida, depressão e as características funcionais e de suporte social das redes sociais pessoais nas pessoas idosas. Esta relação, além de legitimar o uso do modelo analítico apresentado, transmite ao(a) psicólogo(a) preciosos indicadores de intervenção. Mais estudos sobre esta temática terão de ser desenvolvidos futuramente, controlando algumas variáveis que a literatura evidencie como relevantes sobre as variáveis em estudo. A necessidade de ampliar a amostra e de explorar algumas quotas amostrais também nos parece relevante, nomeadamente os contextos de vida, quer os comunitários, quer os institucionais. Com estes procedimentos, dar-se-á mais robustez ao modelo analítico proposto e permite explorar outras associações relevantes, pois as limitações do número de sujeitos da amostra, assim como o número desigual, nalgumas categorias de algumas variáveis (as em análise e também noutras que não controlámos neste estudo) é um limite a ter em conta que pode eventualmente limitar também a afirmação de algumas conclusões e a ambição de extrapolar estas conclusões para a população portuguesa mais envelhecida. Mas, como todos os estudos encerram limitações, consideramos que, mesmo face

às limitações, contribuímos para o conhecimento com resultados interessantes a explorar noutros estudos.

Devido às peculiaridades das trajetórias do envelhecimento e dando cumprimento a um objetivo académico, a possibilidade proporcionada pelo trabalho de campo em investigação vai além dos próprios objetivos de investigação e permite equacionar ideias e pistas para a investigação e para a intervenção. É neste contacto de proximidade que o psicólogo irá conseguir compreender as perspetivas dos idosos e equacionar quais as variáveis mais importantes, entre a satisfação do indivíduo relativamente aos aspetos que julga importantes, como os seus anseios, desejos, expetativas, necessidades, medos, valores e princípios de forma a promover atitudes e medidas preventivas de isolamento, de exclusão e de dependência, e promover relações salutaras, favorecendo uma maior qualidade de vida e uma melhor saúde mental e bem-estar.

Referências Bibliográficas

- Almeida, O. & Almeida, S. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 14, 858-865.
- Aranda, C., Pando, M., Flores, M. & García, T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Barna*, 28 (2), 69-74.
- Ascensão, M. (2011). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida no Idoso: Implementação de um Programa de Intervenção*. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Azeredo, Z. (2002). O idoso no mundo do trabalho. In D. d. Educação, *Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp. 177-180). Porto:Universidade Portucalense.
- Baumeister, R. & Leary, M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Baxter, J., Shetterly, S. M., Eby, C., Lynn, M., Cortese, Ch.F., & Hamman, R. F. (1998). Social network factors associated with perceived quality of life. *Journal of Aging and Health*, 10, 287-310.
- Becker, T., Leese, M., Clarkson, P., Taylor, R. E., Turner, D., Kleckham, J. & Thornicroft, G. (1998). Links between social networks and quality of life: An epidemiologically representative study of psychotic patients in South London. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 33, 299-304.
- Berger, M.& Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857.
- Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S.& Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 5-23.
- Cardoso, A. (2009). *Caraterísticas estruturais e funcionais das redes de apoio social de idosos participantes e não participantes de um programa de atividade física*. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina (Dissertação de Mestrado).
- Carneiro, R., Falconea, E.; Clarka, C., Pretteb, Z. & Prette, D. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Costa, C. (2013). *Gerontologia, a ciência que o ajuda a envelhecer com prazer*. Disponível em: <http://www.tvi24.iol.pt/503/sociedade/ultimas-noticias-velhos-tvi24-velhice-idosos-gerontologia/1455669-4071.html>. Acedido em 19 dezembro 2013.
- Depp, C.A., & Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 , 6-20.

- Deus, A., Guadalupe, S. & Daniel, F. (2012). Expetativas associadas ao cuidar das gerações mais velhas: comparação entre filhos únicos e membros de fratrias múltiplas. *VII Congresso Português de Sociologia*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Domingues, M. (2000) Mapa mínimo de relações: *adaptação de um instrumento básico para configuração da rede de suporte social do idoso*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Drago, S.& Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro), 79-94.
- Eurostat (2011). *Active ageing and solidarity between generations: a statistical portrait of the European Union 2012*. Luxemburgo: Comissão Europeia.
- Fernandes, A. (1999). Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais e Portugal. *Resenhas*. (reimpressão da 1ª ed. 1997). Oeiras: Celta.
- Pedrazzi, E. C. (2008). *Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos*. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../ElizandraCristinaPedrazzi.pdf>. Acedido em 2 Abril 2014.
- Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos – Perceção em Função da Rede Social*. Braga: Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa.
- Furnham, A. & Shiekh, S. (1993). Gender, generational and social support correlates of mental health in Asian Americans. *International Journal of Social Psychiatry*, 39 (1), 22-33.
- Garcia, E., Banegas, J., Perez-Regadera, A. Cabrera, R. & Rodriguez-Artalejo, F.(2005) Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14:511-520.
- Gerich, J.& Fellingner, J. (2011) Effects of Social Networks on the Quality of Life in an Elder and Middle-Aged Deaf Community Sample. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*.
- Golden, J., Conroy, R., & Lawlor, B. (2009): Social support network structure in older people: Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychology, Health & Medicine*, 14:3, 280-290.
- Greenberg, S. (2012). The Geriatric Depression Scale (GDS). *General assessment series – Try this: best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 4. New York: University College of Nursing.
- Guadalupe, S. (2001). *Intervenção em Rede e Doença Mental - Comunicação apresentada no II Encontro de Serviço Social em Saúde Mental: Novas Perspectivas*, organizado pelo Serviço Social do Hospital Sobral Cid. Coimbra: Hospital Sobral Cid.
- Guadalupe, S. (2010). *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., Tróccoli, B.T., Noriega, J.A.V., Seabra, M.A.B. e 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.
- Hernández, E. & Gilbert, L. (1987). Social support networks for parenting and psychological well-being among dual-earner MexicanAmerican families. *Journal of Community Psychology*, 15, 176-185.

- Holmèn, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people - a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 261-274.
- Hovey, J. & Magana, C. (2002). Psychosocial predictors of anxiety among immigrant Mexican migrant farmworkers. Implications for prevention and treatment. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(3), 274-289.
- INE (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Destaque à comunicação Social, 19 de março de 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2011). *Quadros de apuramento - População residente em 2001 e 2011, segundo os grupos etários e sua evolução entre 2001 e 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kawachi, I., & Berkman, L.F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458-467.
- Kovács, M. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Krause, N. (1997). Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52B, P59-P73.
- Maia, A.; Guimarães, C.; Carvalho, C.; Capitão, L.; Carvalho, S. & Capela, S. (2007). *Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida*. Braga: Universidade do Minho.
- Michael, I. L.; Berkman, L. F.; Colditz, G.A.; Kawachi, I. (2001). Living Arrangements, Social Integration, and Change in Functional Health Status. *American Journal of Epidemiology*, 153 (2): 123-131.
- More, C. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Paidéia*, 15 (31).
- Neto, F. (1989). Avaliação da Solidão. *Revista Psicologia*, 2, 65-79.
- Noh, S., Speechley, M., Kaspar, V. y Wu, Z. (1992). Depression in Korean immigrants in Canada: I. Method of the study and prevalence of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (9), 573-577.
- Oliveira, J. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Editora Livpsic.
- Organização Mundial da Saúde (1999). *A life courseperspective of maintaining independence in older age*. WHO's Ageing and Health: Geneva.
- Osório, A. R. & Pinto, F. C. (2007). *As Pessoas Idosas. – Contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget: Horizontes Pedagógicos
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. Porto: Departamento de Ciências do Comportamento.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. & sandvik, E. (1991). Furder validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for cross-method convergence of well-being measures. *Jornal of Personality Assesment*, 57, 149-161.
- Pereira, R.; Cotta, R.; Franceschini, S.; Ribeiro, R.; Sampaio, R.; Priore, S.; Cecon, P. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiatria RS jan/abr*, 28(1), 27-38.

- Pedrazzi, E. C. (2008). *Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos*. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../ElizandraCristinaPedrazzi.pdf>. Acedido em 2 Abril 2014.
- Plaza, S., Munoz, C., Morillejo, E., Mendez, M.(2005). Structure and functions of social support in a group of Moroccan immigrants. *Anales de Psicologia*, 21(2), 304-315.
- Ramos, M.P. (2002). *Apoio social e saúde entre idosos*. *Sociologias*. 4 (7): 156-175.
- Ribeiro, J. & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de Coping resiliente. Instituto Superior Psicologia Aplicada da Universidade do Porto. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 5-13.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon.
- Saito, E.; Sagawa, Y.; Kanagawa, K. (2005). *Social support as a predictor of health status among older adults living alone in Japan*. *Nursing and Health Sciences*. 7: 29–36.
- Shepard, R. J. (2003). *Envelhecimento, Atividade Física e Saúde*. São Paulo: Phorte.
- Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistémica – Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Edição Casa do Psicólogo.
- Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la practica sistémica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Sluzki, C. (2000). Social networks and the elderly: conceptual and clinical issues, and a family consultation. *Family Process*, 39, 271-284.
- Smith, K. & Christakis, N. (2008). Social networks and health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405-429.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo passo a passo*. Porto: Universidade Lusíada do Porto, 1-36.
- Voils, C., Allaire, J., Olsen, M., Steffens, D., Hoyle, R., & Bosworth, H.(2007) Five-year trajectories of social networks and social support in older adults with major depression. *Internacional Psychogeriatric* 29(6):1110-24.
- Zunzunegui, M.V.; Koné, A.; Johri, M.; Béland, F.; Wolfson, C.; Bergman, H. (2004). *Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65*. *Social Science & Medicine*, 58 (10): 2069-2081.
- WHO – World Health Organization (2000). *Social development and ageing: crisis or opportunity?* Special panel at Geneva 2000. Acedido em 16, maio, 2013 em <http://www.who.int/ageing/publications/development/en/index.html>.
- Winningham, R. & Pike, N. (2007): A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*, 11:6,716-721.