

# **COMPREENDER O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO A PARTIR DO SUPORTE SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SOCIAL DOS INDIVÍDUOS EM IDADE AVANÇADA**

Trabalho de curso no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Politécnico de Beja

2010

**Vânia Cristina Rosário Vidigueira Guiomar**

Mestranda em Psicologia da Saúde pelo Instituto Politécnico de Beja, Portugal

Email:

[vaniavidi@hotmail.com](mailto:vaniavidi@hotmail.com)

---

## **RESUMO**

Actualmente, assistimos a um progressivo aumento da esperança média de vida dos indivíduos, traduzido num fenómeno de envelhecimento demográfico crescente. Apesar da maior preocupação com a qualidade de vida das pessoas em idade avançada, parece-nos que ainda existe muito a fazer sobre esta realidade. Assim, outro conceito que nos surge entender é o envelhecimento bem-sucedido. Este emerge da necessidade de repensar estratégias e práticas, relacionadas com o enquadramento que o envelhecimento tem tido nas sociedades contemporâneas. Neste sentido, este conceito tem sido frequentemente relacionado com dimensões mais amplas do bem-estar dos indivíduos, nomeadamente com as questões do impacto do suporte social, particularmente influentes nesta etapa de vida.

**Palavras-chave:** Envelhecimento bem-sucedido, suporte social, qualidade de vida, idade avançada

---

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O envelhecimento do indivíduo é uma realidade cada vez mais frequente, pelo que as transformações demográficas causadas por esta alteração impõem esforços económicos e sociais mais intensos.

Actualmente, o que nos interessa não é só, prolongar a vida dos indivíduos, mas sim promover um envelhecimento o mais saudável e bem-sucedido possível.

Pensar sobre qualidade de vida e bem-estar social em idade avançada implica perspectivar este conceito não como algo adquirido e rígido, mas antes como um processo social, económico, cultural e psicológico.

A definição de saúde tem influenciado fortemente a concepção de qualidade de vida e de bem-estar pessoal e social. Neste sentido, qualidade de vida (QDV) parece estar relacionada como o bem-estar social de um indivíduo, um grupo, uma comunidade ou um país. A qualidade de vida refere-se então à capacidade que o sujeito tem de desempenhar o seu papel social e familiar, resolvendo os desafios do seu dia-a-dia sem stress ou incapacidade (Abrunheiro, *s.d.*)

Ao longo dos últimos anos têm surgido varias concepções de qualidade de vida, no entanto, sem se chegar a uma definição clara e universal.

As principais abordagens teóricas indicam que o bem-estar individual e colectivo dos indivíduos está relacionado directamente com o contexto social global e complexo em que os mesmos estão inseridos.

De acordo com Resende, Bonés, Souza e Guimarães (2006) as redes de relações sociais e o apoio social são tópicos actuais no âmbito da Psicologia, particularmente no que se refere às concepções do bem-estar e qualidade de vida de adultos e idosos (Neri, 2004). À semelhança do que se verifica com a concepção de QDV, o interesse pela pesquisa relacionada com o conceito de suporte social também aumentou após a década de 70.

Assim, actualmente, é amplamente aceite que o suporte social contribui para o desenvolvimento sócio-emocional dos indivíduos em todas as idades, sobretudo na infância e em idade avançada.

Segundo Capitanini (2000), alguns autores defendem os benefícios de uma rede de suporte social adequada, sendo que parecem existir evidências de que esta condição ajuda a aumentar a competência adaptativa do indivíduo, através de mecanismos de controlo emocional, afectivo e cognitivo.

Os relacionamentos sociais, tão importantes para os indivíduos ao longo de toda a vida, têm pesos diferentes de acordo com o período existencial em que estes vivem, variando ainda de acordo com o género, o status conjugal, a presença ou da ausência de filhos, as condições de habitação, a personalidade, questões culturais, educacionais, políticas e outras.

Importa ainda mencionar que as relações sociais são dinâmicas por natureza, variando de pessoa para pessoa, em função da situação e de acordo com o tipo de interacção que os indivíduos estabelecem.

De acordo com Paul (*s.d.*) a existência de redes sociais é um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos, sendo que um menor número de confidentes parece ter reflexos negativos na qualidade de vida percebida por estes indivíduos.

Neste sentido, qualidade de vida e suporte social parecem estar indubitavelmente relacionadas, sobretudo numa altura da vida em que existem profundas alterações em quase todos as esferas existenciais.

Conforme referido, o envelhecimento representa uma época de mudanças e transformações, nem sempre fáceis de gerir, pelo que a participação social dos indivíduos nem sempre é uma tarefa fácil, particularmente quando não existe uma rede de suporte social adequada que lhes proporcione o apoio que nesta fase tanto necessitam.

Compreender os factores que estão relacionados com o envelhecimento bem-sucedido é um ponto de partida para a promoção da Qualidade de Vida e do Bem-Estar geral em idades avançadas.

### Os períodos de adultez e envelhecimento

Quando pensamos na definição conceptual do termo “adulto” deparamo-nos com algumas dificuldades relativas à sua delimitação temporal. Assim, adulto é aquele que saiu da idade da adolescência e atingiu a maioridade.

A idade adulta caracteriza-se pela estabilidade, onde se ajustam capacidades, atitudes e habilidades anteriormente apreendidas. A vida diária do adulto resulta da aplicação de todas as competências adquiridas ao longo dos anos anteriores, no período da adolescência.

Ao falarmos em envelhecimento estamos-nos inevitavelmente a referir a uma fase específica do desenvolvimento do adulto. O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento se desenvolve ao longo da vida. Este processo desenvolvimental é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como um todo. Esse declínio torna-se perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes.

De acordo com Figueiredo (2007) a conquista do tempo é, sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade, no entanto, convém salientar que o processo de envelhecimento revela disparidades entre os indivíduos, tratando-se de algo muito idiossincrático. Neste sentido, envelhecimento consiste não só num processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano.

Sendo o envelhecimento um processo extremamente complexo, resultante da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais, Schroots e Birren (1980, *cit. in.* Figueiredo, *op. cit.*) distinguem três principais categorias de envelhecimento: o **biológico**, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina por

*senescência*; o **psicológico**, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência; e o **social**, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para os idosos.

A avaliação do envelhecimento humano com base na idade tem sido defendida por ser um parâmetro fácil de classificar, fiável e comum a todos os seres humanos. Esta posição foi sobretudo bem acolhida face às dificuldades na determinação do envelhecimento biológico, dada a pluralidade de perspectivas que têm sido propostas, algumas sem qualquer consistência científica. Em termos de classificação cronológica segue-se geralmente a do Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América: 1.) **Idosos Jovens** – idade igual ou superior aos 65 anos e inferior aos 74 anos; 2.) **Idosos** – idade igual ou superior a 75 anos e inferior aos 84 anos; 3.) **Muito idosos** – idade igual ou superior aos 85 anos.

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação de profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

Recentemente, alguns estudos levados a cabo nesta matéria debruçam-se sobre a temática da esperança de vida com e sem incapacidade. O objectivo consiste, então, em avaliar as conquistas quantitativas em anos de vida com saúde. Os resultados apontam para diferenças importantes entre homens e mulheres. A literatura destaca ainda o facto de os primeiros, cujo limiar de esperança de vida à nascença é inferior ao das mulheres, usufruírem de mais elevada esperança de vida sem incapacidade (Fernandes, *s.d.*).

Apesar de errada, há, ainda, uma tendência para pensar a velhice como um processo universal, talvez pelo facto desta etapa se inscrever no ciclo biológico natural comum a todos os seres humanos: nascimento, crescimento e morte. No entanto, é complicado falar de velhice dentro de um quadro geral, uma vez que ninguém envelhece da mesma maneira ou ao mesmo ritmo (Sequeira & Silva, 2002). A velhice é um processo inelutável caracterizado por um complexo conjunto de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Assim, se o processo de envelhecimento é normal e universal, as alterações causadas pelo mesmo desenvolvem-se a um ritmo diferente de pessoa para pessoa, dependendo de uma multiplicidade de factores internos e externos (Sequeira & Silva, *op. cit.*).

Muitas são as formas de se ser velho. Este período desenvolvimental carrega consigo a história de vida de cada indivíduo, determinada quer pelo património genético como pela herança psicossocial.

Neste sentido, podemos dizer que não é fácil definir envelhecimento, embora possamos referir algumas características que mais frequentemente se imputam aos idosos: crise de identidade; diminuição da auto-estima; dificuldades de adaptação a novos papéis e lugares bem como mudanças profundas e rápidas; falta de motivação para planear o futuro; atitudes infantis ou infantilizados; tendência à depressão, à hipocondria, à somatização; surgimento de novos medos (como o de incomodar, de ser um peso ou estorvo, de sobrecarregar os familiares, medo da solidão, de doenças e da morte); diminuição das capacidades mentais, sobretudo da memória; problemas a nível cognitivo (da memória, linguagem, solução de problemas), motivacional e afectivo. Contudo, muitas destas características atribuídas aos indivíduos em idade avançada são preconceituosas ou constituem mesmo estereótipos sociais (Neto, 1992).

## **O Envelhecimento Saudável**

O envelhecimento foi sempre encarado de diferentes formas e há quem o veja apenas como um período de crescente vulnerabilidade e de maior dependência, outros há também, que o caracterizam como o cume da sabedoria, bom senso e serenidade.

Ajudar o indivíduo a adaptar-se à sua nova situação é de primária importância, pois da capacidade de adaptação depende o sucesso ou insucesso do idoso. Esta adaptação passa por um modo de vida socialmente desejável para os indivíduos, pela manutenção das actividades e por um sentimento de satisfação com a vida em geral. Esta concepção pressupõe manter o indivíduo activo a todos os níveis, promovendo um contínuo investimento em si próprio.

Neste sentido, torna-se pertinente abordarmos outro conceito, o envelhecimento activo.

O conceito de envelhecimento activo, foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (2002). Este conceito depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. De acordo com a OMS, o envelhecimento activo é o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança.

Segundo Salvador-Carulla (2004) o envelhecimento activo envolve aspectos tais como: a promoção da saúde, o ajuste físico e a prevenção da incapacidade; a optimização e compensação das funções cognitivas; a promoção do desenvolvimento afectivo e da personalidade, e ainda, a maximização do envolvimento social do indivíduo.

## Promoção do Envelhecimento bem-sucedido

O envelhecimento, para além dos seus determinantes individuais, genéticos e psicológicos, está também relacionado com factores externos, comportamentais, ambientais e sociais, contribuindo para a forma como se envelhece e para a ocorrência de doenças ao longo da vida.

De acordo com Baltes (1987, *cit. in*. Oliveira, 2005) existem três grandes categorias de influências ou de factores determinantes para uma velhice mais ou menos bem sucedida:

1. Factores ligados ao grupo etário (relacionados com a idade cronológica ou biológica);
2. Factores relacionados com o período histórico em que se vive e que se designa como “efeito de corte”;
3. Factores associados à história pessoal ou aos acontecimentos autobiográficos do indivíduo.

Da conjugação destes três factores ou circunstâncias resultará uma velhice mais ou menos feliz ou infeliz, podendo em determinados momentos, pesar mais um ou outro factor.

Também Fontaine (2000, *cit. in* Oliveira, *op. cit.*) faz menção a três tipos de factores na área pessoal determinantes para uma velhice saudável: a saúde biológica, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social, mesmo após a reforma.

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. Está provada a eficácia da prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma acção concertada, de todos os actores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo de excesso de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de actividade física e o controlo dos factores de stress.

Tendo em atenção os determinantes comportamentais de um envelhecimento activo ao longo da vida, a adopção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção de auto-cuidado parecem ser fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos.

As prevenções primárias, secundária e terciária da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa constituem assim, tendo em conta as diferenças com a idade e o género, uma abordagem prioritária e indispensável do sector da saúde no quadro da manutenção, pelo maior tempo possível, da máxima autonomia e independência dos indivíduos. Este pressuposto obriga não só a uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento, mas também, a uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade,

que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às principais necessidades das pessoas em idade avançada.

### **A influência dos contextos na integração social dos indivíduos em idade avançada**

As transformações ocorridas durante o envelhecimento vão ter consequências na forma de relacionamento interpessoal dos indivíduos. A provável redução funcional faz com que os idosos passem menos tempo em contextos extra-familiares, pelo que, se irá produzir uma redução da sua rede social. Estudar as modificações que têm lugar nos contextos sociais em que o indivíduo em idade avançada está inserido como resposta à sua nova realidade (a sua nova forma de pensar, os seus novos desejos e interesses, o seu corpo de adulto, etc.) é uma forma de analisar o desenvolvimento social durante o envelhecimento.

Neste sentido, torna-se pertinente referir que todos os contextos desenvolvimentais da vida do idoso estão inter-relacionados, pelo que, deve existir para uma melhor compreensão, uma integração holística dos mesmos.

Um dos autores que marcou o estudo da influência dos diversos contextos no indivíduo, foi sem dúvida, Bronfenbrenner (1979, *cit. in.* Martins, 2000), na sua abordagem sobre o desenvolvimento humano, encarando o indivíduo como o centro de uma estrutura composta por quatro sistemas diferentes que influenciam e que são mutuamente influenciados.

Neste sentido, Bronfenbrenner *“conceptualiza a sua ecologia do desenvolvimento humano como uma teoria desenvolvimental baseada em relações diádicas. A interação sujeito / mundo caracteriza-se pela reciprocidade; isto é, uma vez que o ambiente exerce também a sua influência no desenvolvimento do sujeito, estamos perante um processo de mutua interação. O sujeito, dinâmico e em desenvolvimento, move-se, reestrutura-se e recria progressivamente o meio em que se encontra (Martins, 2000, pág.168).”*

### **A importância do Suporte Social em idade avançada**

O conceito de Suporte Social surgiu na literatura dos anos 70 evidenciando a existência de uma associação entre problemas psiquiátricos e variáveis sociais gerais tais como desintegração social, mobilidade geográfica e estatuto matrimonial. Na maioria dos estudos, detectou-se como elemento comum nessas variáveis situacionais não só a ausência de laços de apoios sociais adequados mas também a rotura das redes sociais previamente existentes.

Na década de 70, em pleno movimento da desinstitucionalização e com o reconhecimento da importância dos sistemas de suporte comunitários, o suporte social ganhou nova extensão.

Neste sentido, torna-se importante distinguir as grandes contribuições de Cassel (1974), o qual tenta compreender a natureza e os efeitos protectores do suporte social, de Caplan (1974), que clarificou a natureza do suporte social do grupo primário e a sua importância para o bem-estar dos indivíduos. A partir dos pressupostos destes autores iniciaram-se estudos relacionados com os efeitos do suporte social na saúde e no bem-estar.

O conceito de suporte social tem sido utilizado em muitos e diversos sentidos: como rede social, como contactos sociais significativos, como possibilidade de congregar indivíduos confidentes a quem se podem expressar sentimentos íntimos ou, ainda, como companhia humana.

O suporte social também tem sido definido como a união entre indivíduos ou entre indivíduos e grupos, do que resulta uma melhor competência adaptativa para enfrentar desafios, tensões e privações a curto prazo.

O suporte social refere-se ainda a algo de pessoal, cujo componente mais subjectivo é denominado de “suporte social percebido”, enquanto as “redes de apoio” são algo de sócio-cultural e objectivo.

Como assinalou Weiss (1974), as funções proporcionadas pelo suporte social incluem desde a integração social, a estima, os laços de confiança, a orientação, até à oportunidade de expressão de sentimentos positivos.

Brugha (1993) considera que a dificuldade na definição de suporte social se deve, em parte, ao uso da palavra “suporte,” pois esta pressupõe de forma inquestionável, a sua existência e os seus benefícios. Neste contexto, define-o como aqueles aspectos das relações sociais que conferem um efeito benéfico na saúde física e psicológica do indivíduo. Salienta-se, ainda, que o mais importante não é a satisfação das necessidades materiais, pela acção dos outros, mas antes as “provisões pessoais específicas” das relações pessoais e, em particular, dos seus componentes mais subjectivos, ou seja, confiança, intensidade e reciprocidade da interacção.

Os termos utilizados para definir os componentes, tipos ou funções do suporte social são múltiplos e variados. No entanto, as taxinomias configuradoras que são reconhecidas por quase todos os autores reportam-se ao apoio **emocional**, ao **instrumental** (também denominado por suporte material ou tangível ou ajuda prática) e ao suporte **informacional** (que inclui além de conselhos a orientação). Certos autores incluem ainda outras funções no suporte social, tais como, o suporte de estima e a companhia social.

Este conjunto de funções pode ser sub-dividido em duas grandes dimensões propostas por Lin (1986): **funções instrumentais** e **funções expressivas** do suporte social. A dimensão instrumental refere-se às relações sociais como um meio para se alcançar objectivos ou metas, tais como, conseguir trabalho ou obter uma compensação. A dimensão expressiva reporta-se às relações sociais, tanto como um fim em si mesmo, ou como um meio por intermédio do qual o indivíduo satisfaz necessidades emocionais, tais como: sentir-se amado, partilhar

sentimentos ou problemas emocionais; sentir-se valorizado e aceite pelos outros, ou resolver frustrações.

Neste sentido, torna-se relevante mencionar que a existência de uma rede de suporte social adequada e equilibrada parece constituir um factor de protecção do desenvolvimento individual em todo o ciclo vital, particularmente em idade avançada.

Assim, surge-nos a necessidade de reflectir sobre a relação estreita entre o suporte social e a qualidade de vida em idade avançada.

### **A Qualidade de vida em idade avançada**

O conceito de qualidade de vida (QDV) surgiu em 1920, mencionado por Pigou, inserido no contexto das condições de trabalho e das consequências para os trabalhadores. No entanto, sofreu um impulso significativo a partir do desenvolvimento económico do pós – guerra, essencialmente nos países mais avançados, significando bem – estar material.

Assim, a avaliação que o indivíduo faz das características e dos atributos de um domínio particular depende da sua percepção em relação a esse atributo por comparação com os seus padrões pessoais.

A qualidade de vida tornou-se, assim, na década de 80, um conceito de interesse geral e de senso comum, dado que, a maneira como cada um imagina e infere a qualidade de vida não é a mesma nem quanto aos conteúdos a focar, nem quanto ao modo de a avaliar. Neste sentido, formularam-se várias definições de qualidade de vida ao longo dos anos, desde a avaliação pessoal e global dos bens e das características satisfatórias de vida, até ao nível da satisfação das necessidades físicas, sociais, psicológicas, estruturais e materiais do indivíduo (Rodrigues, 1991).

De um modo geral, a qualidade de vida parece estar relacionada com o grau de satisfação subjectiva que o indivíduo sente pela vida. Contudo, qualidade de vida, tal como vimos anteriormente é um conceito multidimensional e que na idade avançada adquire novas complexidade.

Ao tentar definir o conceito de qualidade de vida para idosos, Donald (1997, *cit .in.* Jacob, 2007) formulou cinco classes gerais que tanto pode servir de referência para os mais velhos, como para os profissionais que os atendem:

- Bem-estar físico;
- Relações Interpessoais (família, amigos e participação na comunidade);
- Desenvolvimento pessoal;
- Actividades espirituais e transcendentais;

- Actividades recreativas (socialização, entretenimento activo e passivo)

A OMS (1998) definiu *qualidade de vida* como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

O envelhecimento bem-sucedido, segundo a maior parte das abordagens, envolve a perspectiva de indivíduo activo e participativo na comunidade em que se insere. Assim, envelhecer de modo bem-sucedido envolve a definição de um novo projecto de vida com objectivos adequados e apropriados às suas novas exigências.

De acordo com as pesquisas efectuadas nesta temática, envelhecer de modo bem-sucedido traduz aspectos como: independência funcional, satisfação com a vida, equilíbrio social, apoio por parte dos que lhe são próximos e níveis adequados de qualidade de vida.

A qualidade de vida inclui um alargado conjunto de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida são várias e vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em independência, controle, competências sociais e cognitivas.

Não obstante tudo o que foi anteriormente referido, parece-nos pertinente concluir que a qualidade de vida (QDV) em idade avançada envolve:

- A percepção individual da posição dentro do meio em que vive, confrontado com objectivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações;
- Saúde Física e Psíquica;
- Nível de (in)dependência;
- Relações sociais adequadas.

À medida que uma pessoa envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente determinada pela sua capacidade de manter a autonomia e independência. A perda da capacidade de se movimentar conduz frequentemente a sentimentos de descontrolo e frustração. Neste sentido, a ausência de actividade pode também alterar o estado emocional de um indivíduo e manifestar-se sob a forma de ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional e isolamento social.

## O contributo da psicologia da saúde na promoção do envelhecimento bem-sucedido

È da responsabilidade individual e colectiva devolver ao idoso o direito à palavra, à discussão e, sobretudo, a decisão relativa ao seu futuro. Parte-se então do princípio de que a psicologia da saúde deverá desenvolver uma intervenção mais frequente junto desta população.

Segundo Teixeira (1999) a psicologia tem um papel fundamental nos cuidados de saúde primários e, em particular no tratamento, promoção e manutenção da saúde, prevenção das doenças e interacção do sujeito com os técnicos e serviços de saúde.

Um primeiro aspecto fundamental no campo dos contributos da Psicologia na promoção do envelhecimento bem-sucedido é uma intervenção precoce ao nível da manutenção e promoção da saúde em etapas de vida anteriores.

Um segundo aspecto é a constituição de uma rede de intervenção multidisciplinar que englobe médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de geriatria, familiares e outros. Uma intervenção concertada por parte de todos irá favorecer a adopção de práticas de qualidade em inúmeros contextos e serviços de apoio às pessoas em idade avançada.

Para isso, há que formar os técnicos sobre as especificidades do processo de envelhecimento e reflectir sobre as modalidades de intervenção a nível biológico, social e comunitário.

De acordo com Bayle (*op. cit.*) podem ser delineados vários eixos de trabalho, quer a nível individual, quer a nível colectivo, tais como:

- Promoção da saúde e prevenção das doenças, visando a modificação do comportamento das populações de forma a diminuir o envelhecimento patológico;
- A nível da saúde pública, tratar e prevenir problemas tais como hipertensão arterial, consumo de substâncias e promoção da actividade física;
- A nível psicológico é necessário sensibilizar a população, para a importância de se desenvolver um projecto de vida, de investir em tarefas e acções nos quais o indivíduo se sente bem-sucedido e promover o bem-estar pessoal e social através do estabelecimento ou manutenção de laços afectivos.
- A nível social, é necessário motivar o idoso para novas ocupações quer intelectuais, sociais e físicas, salientando o benefício da actividade física na saúde.

Em suma, é possível verificar que todos nós podemos ter um papel activo na promoção do envelhecimento bem-sucedido. Existem inúmeras oportunidades de contribuímos para a qualidade de vida e para o bem-estar das pessoas em idade avançada. Só depende de nós...

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas têm sido as contribuições de vários autores sobre as delimitações conceptuais dos termos de qualidade de vida e suporte social. Contudo, quando abordamos algum destes conceitos verificamos que não existe uma definição clara e universal, na medida em que, ambos se revestem de grande complexidade, subjectividade e multidimensionalidade. Nesse sentido, pensamos ter contribuído para uma melhor clarificação acerca da pertinência destes nos anos mais avançados da vida de um indivíduo.

Assim, um suporte social adequado na terceira idade pode contribuir, segundo as pesquisas efectuadas, para o aumento do bem-estar e consequentemente para a qualidade de vida dos indivíduos em idade avançada. Sendo que estas variáveis parecem ser responsáveis pelo envelhecimento bem-sucedido e consequentemente para uma maior integração do indivíduo nos vários contextos em que se insere.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunheiro, L. (s.d). *A Satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático*. From in [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt) a 21/03/2008.
- Albuquerque, S. (2005). *Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1989). *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva en el transcurso de la vida*. In L. Carstensen & B.A. Edelman (Eds.), *Gerontología Clínica: intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayle, F. (2004) *O demente, a família e as suas necessidades*. *Análise Psicológica*, vol.22, nº.3, p.621-627.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España editores, SA.
- Brugha, T. (1993). *Social Support Networks*. In D. Bhugra & J. Leff (Eds.), *Principles of Social Psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications.
- Capitanini, M. (2000) *Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosos vivendo sós*. Dissertação (Mestrado em Educação). Campinas, SP: Faculdade de Educação.
- Caplan, G., & Killilea, M., (1976). *Support Systems and Mutual Help*. Multidisciplinary Explorations. New York: Grune & Stratton.
- Caplan, G., (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cónim, C. (2005), «*Envelhecimento Demográfico e Activo*». Pretextos, Instituto da Segurança Social, I.P. , 20, p.18-19.
- Cohen, S., & Syme, L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.

- Correia, J. (2003) *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Díaz – Veiga, P. (1987). *Evaluación del apoyo social*. In R. Fernández. *El ambiente: análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Dauphinee & Kuchler (1992). *Quality of life as a rehabilitation outcome: Are we missing the boat?* *The Canadian Journal of Rehabilitation*, 3-11.
- Erbolato, R. (2001). *Contatos sociais: relação de amizade em três momentos da vida adulta*. Tese (Doutorado em Psicologia). Campinas, SP: Centro de Ciências da Vida: PUCCAMP.
- Fallowfield, L. (1990). *Quality of Life. The Missing Measurement in Health Care*. London: Condor Book.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A. (2001). *Velhice, solidariedades familiares e política social*. Oeiras. *Sociologia*, 36.
- Figueiredo, D & Sousa, L. (2002). *CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa): um instrumento de avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados a idosos*. *Revista Psychologica*, 31, 153-159.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. *Cadernos Climepsi de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Giddens, Anthony (2002), *As consequências da modernidade*, Oeiras, Celta Editora.
- Gracia, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Guterres, M. C. (2001). *Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social* Tese de Mestrado. Estudo do Suporte Social e da Qualidade de Vida em Doentes Mentais Crónicos a Viverem em Comunidade. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- House, J. S., & Kahn, R. L., (1985). *Measures and concepts of social support*. In S. Coheny S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. New York: Academic Press.
- Jacob (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Âmbar.

- José, J.; Wall, K. & Correia, S. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Laireiter, A., & Baumann, U. (1992). *Network structures and support functions theoretical and empirical analyses*. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.
- Lima, M. (2004). *Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? Análise Psicológica*, 133-145.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1986). *Social Support, Life-Events, and Depression*. New York: Academic Press.
- Martins, R. (2005). *A Relevância do Apoio Social na Velhice*. Revista Educação, Ciência e Tecnologia.
- Nogueira, E. (2001). *Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Tese (Doutorado em Educação). Campinas, SP: Faculdade de Educação: UNICAMP.
- Oliveira, J. (2005) *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Ornelas, J. (1994). *Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação*. Análise Psicológica, 2 (XII), 333-339.
- Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paul, C. (s.d). *Envelhecimento activo e redes de Suporte Social*.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na família*. Coimbra: Quarteto
- Resende, M; Bones, V.; Souza, I. & Guimarães, N. (2006). *Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos*. Revista Psicologia para América Latina.
- Ribeiro, J. (1994a). *Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. In McIntyre, T. Braga (Eds.) Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. (1994b). *A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde*. Análise Psicológica, 2-3 (XII), 179-191.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Ribeiro, J. (1999a). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 547-558.
- Ribeiro, J. (1999b). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rios, F., Torres, M., & Díaz, L. (1992). *Apoio Social: Implicaciones para a Psicología da Saúde*. In M. A. Simon (Ed.), *Comportamiento y Salud Vol. 1*. Valencia: Promolibro.
- Robert, L. (1995) *O Envelhecimento, factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sequeira, A & Silva, M. (2002) *O Bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, Série XX, n.º 3: 500-516.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, I; Pais-Ribeiro, J; Cardoso, H.; Ramos, H.; Carvalhosa, S.; Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). *Efeito do Apoio Social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 21-32.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.
- Suls, J. (1982). *Social support, interpersonal relations health: Benefits and abilities*. In G.S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: LEA.