

Participação social do idoso: estudo bibliométrico da produção científica recente (2010-2013)

Social participation of the elderly: bibliometric study of the recent scientific production (2010-2013)

Participación social del anciano: estudio bibliométrico de la producción científica reciente (2010-2013)

Carolina Rebellatoⁱ

Maria Cristina Piumbato Innocentini Hayashiⁱⁱ

Resumo

A literatura científica mundial, em consonância com as políticas públicas específicas para a população idosa, enfatiza que a participação social é um dos pilares para o envelhecimento ativo. Neste artigo, a produção científica sobre a participação social do idoso é investigada por meio de estudo bibliométrico que analisou 44 artigos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme). Os resultados revelaram que esses estudos são recentes e que a maioria deles foi desenvolvida e publicada em países europeus e norte-americanos. Predominaram estudos transversais, com abordagem quantitativa dos dados. Os idosos não institucionalizados foram o principal público-alvo das pesquisas, que utilizaram, sobretudo, instrumentos não padronizados para investigar a participação social. Os autores enfocaram diferentes domínios e níveis de envolvimento social e reconheceram a participação social como um indicador de envelhecimento ativo e saudável. Foi possível verificar a influência de determinantes contextuais na participação social de idosos, reforçando a sua complexidade e multidimensionalidade.

Palavras-chave: Participação social; Idoso; Envelhecimento; Bibliometria; Produção científica.

Abstract

The world scientific literature, in accordance with the specific public policies to the elderly, emphasizes that social participation is a pillar for active aging. In this article, the scientific literature on the social participation of the elderly available in the Virtual Health Library (BVS/Bireme) is investigated through

ⁱ Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, São Carlos, Brasil. | [lattes.cnpq.br/7941967815396278](mailto:carorebellato@ig.com.br) | carorebellato@ig.com.br

ⁱⁱ Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, São Carlos, Brasil. | [lattes.cnpq.br/7263318849588556](mailto:dmch@ufscar.br) | dmch@ufscar.br

the bibliometric study that analyzed 44 articles. The results revealed that these studies are recent and most of them were developed and published in European and North American countries. The cross-sectional studies, with approach of quantitative data predominated. The noninstitutionalized was the main target public of research, and non-standardized instruments were mostly used to investigate the social participation. Different domains and levels of social involvement were determined by the authors, and they have recognized social participation as an indicator of active and healthy aging. It was possible to verify the influence of contextual determinants in social participation of elderly reinforcing its complexity and multidimensionality.

Keywords: Social participation; Elderly; Aging; Bibliometrics; Scientific production.

Resumen

La literatura científica mundial, en consonancia con las políticas públicas específicas para la población anciana, hace hincapié en que la participación social es uno de los pilares para el envejecimiento activo. En ese artículo, la producción científica sobre la participación social del anciano es investigada, a través de estudio bibliométrico que ha analizado 44 artículos disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS/Bireme). Los resultados han revelado que esos estudios son recientes y la mayoría se ha desarrollado y se ha publicado en países europeos y norteamericanos. Han predominado estudios transversales, con enfoque de los datos cuantitativo. Los ancianos no institucionalizados han sido el principal público destinatario de las investigaciones, que han utilizado, sobre todo, instrumentos no estandarizados para investigar la participación social. Los autores han enfocado diferentes dominios y niveles de implicación social y han reconocido la participación social como un indicador de envejecimiento activo y saludable. Ha sido posible verificar la influencia de determinantes contextuales en la participación social de ancianos, reforzando su complejidad y multidimensionalidad.

Palabras clave: Participación social; Anciano; Envejecimiento; Bibliometría; Producción científica.

Submetido: 16/jul/2014

Aceito: 4/ago/2014

Conflito de interesses: Não há.

Fontes de financiamento: Nenhuma.

Contribuição autoral

As autoras participaram integralmente de todas as etapas da elaboração do artigo, desde a delimitação do tema, definição da metodologia, descrição e análise dos resultados e redação do texto.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial incontestável. Por ocorrer de forma vertiginosa e sem preparo adequado¹, essa transição demográfica, predominantemente, resultante da persistente redução das taxas de fecundidade e mortalidade², tem despertado a atenção e preocupação do homem³, e, conseqüentemente, motivado a realização de pesquisas em diversos segmentos profissionais⁴.

As políticas públicas e os acordos internacionais específicos para a população idosa são recentes, e, no que se refere a uma parte de seus pressupostos, destacam a importância da participação e do convívio social do idoso para a promoção do envelhecimento saudável e ativo⁵⁻⁸.

A Política de Envelhecimento Ativo⁷, proposta pela Organização Mundial da Saúde, enfatiza que envelhecer faz parte de uma construção coletiva e que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pelo aumento de iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso de vida, com base na participação contínua dos cidadãos na sociedade. O documento enfatiza que “a participação integral em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências”⁷, junto com as oportunidades de saúde e segurança, é um dos pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo.

A literatura científica internacional tem estabelecido que a participação é um dos principais resultados da reabilitação e de outros serviços de assistência médica e social⁸⁻¹³, indicando que medir a participação, objetiva e subjetivamente, possibilita acompanhar não só a evolução do indivíduo¹¹, mas também a qualidade dos serviços oferecidos¹⁴.

Apesar do interesse no tema, a falta de consenso em relação ao uso do termo, definição e operacionalização da participação tem dificultado a avaliação dos indivíduos e, conseqüentemente, a comparação de dados entre indivíduos e comunidades^{10,11}.

A expressão *participação social* vem sendo utilizada de forma crescente, mas ainda são encontradas diferentes denominações para representar esse conceito, tais como: integração social, integração comunitária, envolvimento comunitário, engajamento social¹¹ e, apesar das controvérsias, alguns autores também utilizam como sinônimos o termo *participação* e a expressão *participação social*^{15,16}.

De fato, o interesse acerca do tema é relativamente novo e engloba a comunidade mundial¹³, portanto o campo ainda está buscando um consenso, mas, de modo geral, há uma tendência entre os pesquisadores a considerar a *participação social* como um construto multidimensional^{10,17}.

O modelo que inclui o conceito de *participação* mais amplamente utilizado é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde^{12,18}. A CIF classifica a saúde e os estados relacionados a esta dentro de uma abordagem biopsicossocial, que considera a funcionalidade e a incapacidade como processos dinâmicos que se relacionam com as *funções e estruturas do corpo, atividade, participação* e com os *fatores contextuais*, representados pelos *fatores ambientais e fatores pessoais*¹⁹.

Apesar da CIF representar uma mudança de paradigma, na medida em que substituiu o enfoque negativo da deficiência, compreende a influência dos fatores contextuais e determina que o desempenho em atividades e a participação do indivíduo são componentes primordiais para estabelecer a condição de saúde ou doença^{18,19}, essa classificação tem sido criticada, principalmente, por não distinguir atividade e participação^{10-12,18,20}.

Os domínios do componente *atividade e participação* da CIF estão divididos em nove grandes áreas:

- 1) Aprendizagem e aplicação do conhecimento;
- 2) Tarefas e demandas gerais;
- 3) Comunicação;
- 4) Mobilidade;
- 5) Cuidado pessoal;
- 6) Vida doméstica;
- 7) Relações e interações interpessoais;
- 8) Áreas principais da vida; e
- 9) Vida comunitária, social e cívica¹⁹.

O conceito de *participação*, na CIF, é definido como “o envolvimento em uma situação da vida”¹⁹ e, o seu oposto, *restrições de participação* “são problemas que um indivíduo pode experimentar ao se envolver em situações da vida”¹⁹. Ambas as definições são gerais e não possibilitam a compreensão da complexidade do envolvimento do indivíduo na sociedade, dificultando a sua avaliação¹⁰.

A concepção de participação social adotada pelo *Human Development Model – Disability Creation Process* (HDM-DCP), da Classificação Quebec²¹, refere-se à realização de hábitos de vida, que abrange todas as atividades humanas construídas socialmente e, portanto, inclui as atividades básicas da vida diária, as atividades instrumentais da vida diária e os papéis sociais¹⁵.

A realização de hábitos de vida resulta da interação dinâmica entre os fatores pessoais (sistema orgânico do indivíduo, aptidões, identidade) e os fatores ambientais (físico e social) em um dado momento^{21,22}, podendo variar de extrema participação até a situação de desvantagem e/ou restrição total²¹. É subdividida em 12 grandes domínios, que estão agrupados de acordo com dois subgrupos: atividades básicas da vida diária e papéis sociais. As atividades básicas da vida diária contemplam os seguintes domínios:

- 1) Nutrição;
- 2) Condicionamento físico;
- 3) Cuidados pessoais;
- 4) Comunicação;
- 5) Moradia; e
- 6) Mobilidade.

Os papéis sociais contemplam os seguintes domínios:

- 1) Responsabilidades;
- 2) Relacionamentos interpessoais;
- 3) Vida em comunidade;
- 4) Educação;
- 5) Emprego;
- 6) Recreação²¹.

Na área do envelhecimento, pesquisadores canadenses¹¹ realizaram um levantamento da produção científica, entre janeiro de 1980 e fevereiro de 2009, em quatro bases de dados (*Medline, CINAHL, AgeLine e PsycInfo*), com o objetivo de listar e analisar o conteúdo das definições e dimensões de

participação social por idosos. Os resultados revelaram que a expressão *participação social* foi a mais utilizada nos estudos, e a análise do conteúdo identificou 43 definições para esse termo, a maioria relacionada ao envolvimento da pessoa em atividades que propiciem interações com os outros na sociedade ou comunidade, o que mostra a multidimensionalidade do conceito. Ainda nesse estudo, considerando que a participação social pode ser estabelecida a partir do envolvimento do indivíduo com outras pessoas, foi criada uma taxonomia de participação, composta por seis níveis hierárquicos:

- 1) atividades diárias, normalmente realizadas sozinho, em preparação para outras atividades;
- 2) atividades realizadas paralelamente aos outros, sem a existência de contato direto;
- 3) atividades de contato social, sem envolvimento específico compartilhado;
- 4) atividades de interação colaborativa;
- 5) atividades de assistência aos outros;
- 6) atividades de contribuição mais ampla para a sociedade.

Essa taxonomia pode ser útil para elucidar as dimensões específicas de participação social e na identificação de focos de pesquisas científicas.

A gerontologia tem contribuído substancialmente para a investigação da participação social, tanto em estudos teóricos quanto empíricos¹¹, reconhecendo os seus benefícios para a manutenção da saúde e qualidade de vida e, conseqüentemente, para o envelhecimento ativo^{11,12,23-25}.

Entretanto, aparentemente, grande parte dos estudos discute o tema de forma genérica, com foco em determinados tipos de idosos ou atividade social, dificultando a compreensão do processo de participação do idoso na sociedade e, conseqüentemente, o planejamento e a criação de programas e políticas públicas dirigidas para essa população. Diante do exposto, estudos sobre o tema são importantes para os campos da saúde e educação e neste artigo são apresentados os resultados de uma pesquisa que buscou investigar como se configura o campo de estudos sobre participação social do idoso, a partir de um mapeamento sobre o tema na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). A seguir, são apresentados os procedimentos metodológicos adotados.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo bibliométrico de caráter exploratório e descritivo, recurso metodológico que quantifica os fenômenos da comunicação científica, por meio da construção de indicadores de produção intelectual e de atividades científicas de áreas de conhecimento, países, e instituições²⁶. Esses indicadores permitem analisar, por exemplo, o estado da arte de determinada área de conhecimento; contudo, um dos desafios dessas análises é superar seus limites quantitativos e penetrar no conteúdo dos documentos analisados, o que exige conhecimento prévio do objeto de pesquisa²⁷.

Como já mencionado, a fonte de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). A opção por essa biblioteca virtual foi devido aos seus critérios de abrangência e acessibilidade, uma vez que ela integra um conjunto de fontes de informação (12 bases de dados, coleções e publicações online) de áreas das Ciências da Saúde em geral e especializadas. Entre as bases de dados da área de Saúde presentes na BVS estão a Lilacs, Ibecs, Medline, Biblioteca Cochrane, Scielo, CidSaúde, Desastres, Hisa, HomeoIndex, Leyes, MedCarib,

Repidisca, além de documentos de organismos, como o Pan American Health Organization (PAHO), e do World Health Organization Library Information System (WHOLIS), e de um portal de evidências com revisões sistemáticas, ensaios clínicos, sumários de evidência, avaliações econômicas em saúde e de tecnologias em saúde.

A expressão de busca “participação social” foi extraída da literatura^{11,21} e do Descritor de Ciências da Saúde (DeCs), vocabulário controlado utilizado pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) para indexar a literatura científica, que conceitua “participação social” como “envolvimento em atividades ou programas comunitários”²⁸.

A busca integrada – realizada em 20/10/2013 – com o descritor “participação social” gerou um total de 652 registros. Como o objetivo foi mapear o campo de estudos sobre participação social do idoso, utilizou-se o filtro “idoso” para direcionar os estudos para essa população específica. Nessa primeira fase, foram recuperados 130 registros. Não foi delimitado o período de busca nem as bases de dados, pelo interesse em mapear a evolução da produção científica sobre esse tema.

Foram incluídos os registros que apresentaram as seguintes expressões no título, no resumo ou nas palavras-chave: “*social participation*” (n=26); “*social activity*” (n=5); “*participation restriction*” (n=5); “*social engagement*” (n=4); “*social role*” (n=2); “*social integration*” (n=1); “*social relation*” (n=1) com suas equivalentes em português (participação social, atividade social, restrição de participação, engajamento social, papel social, integração social e relação social). Essas expressões foram localizadas no título, no resumo e nas palavras-chave dos artigos por refletirem, de modo geral, os principais tópicos da pesquisa, possibilitando ao leitor a decisão da consulta integral do texto, e serem instrumentos indispensáveis, pois permitem maior agilidade na seleção de estudos nas bases de dados online²⁹. Dessa forma, nessa segunda fase foram incluídos 76 artigos.

Em seguida, foram excluídos todos os estudos empíricos realizados com participantes que tinham, em média, idade abaixo dos 60 anos (n=12) e os que não descreveram, no resumo ou no corpo do artigo (n=10), a faixa etária dos participantes; bem como: os artigos que não estavam em acesso livre *online* (n=4); os artigos escritos em outras línguas que não o inglês ou português (n=4); e os artigos repetidos (n=2). Assim, nessa terceira fase da composição da amostra foram excluídos 32 artigos, e o *corpus* final da pesquisa (Figura 1) foi integrado por 44 artigos, todos indexados na base de dados Medline.

Para registro dos dados coletados, foi construída uma planilha com o software *Excel*®, contendo os seguintes parâmetros bibliométricos e cientométricos:

- 1) Autoria: autores e coautores dos artigos; países do primeiro autor; valor do Índice de Desenvolvimento humano (IDH), posição e classificação no ranking, e esperança de vida nos países do primeiro autor;
- 2) Perfil das publicações: títulos dos periódicos, idioma, fator de impacto e classificação na lista Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes);
- 3) Caracterização dos estudos: tipologia dos estudos, amostra e/ou participantes, instrumentos de coleta e temáticas. Em seguida, foi realizada a leitura minuciosa dos elementos-chave de cada artigo (título, resumo, palavras-chave) e, nos casos que apresentaram inconsistências, foi realizada a leitura integral dos textos.

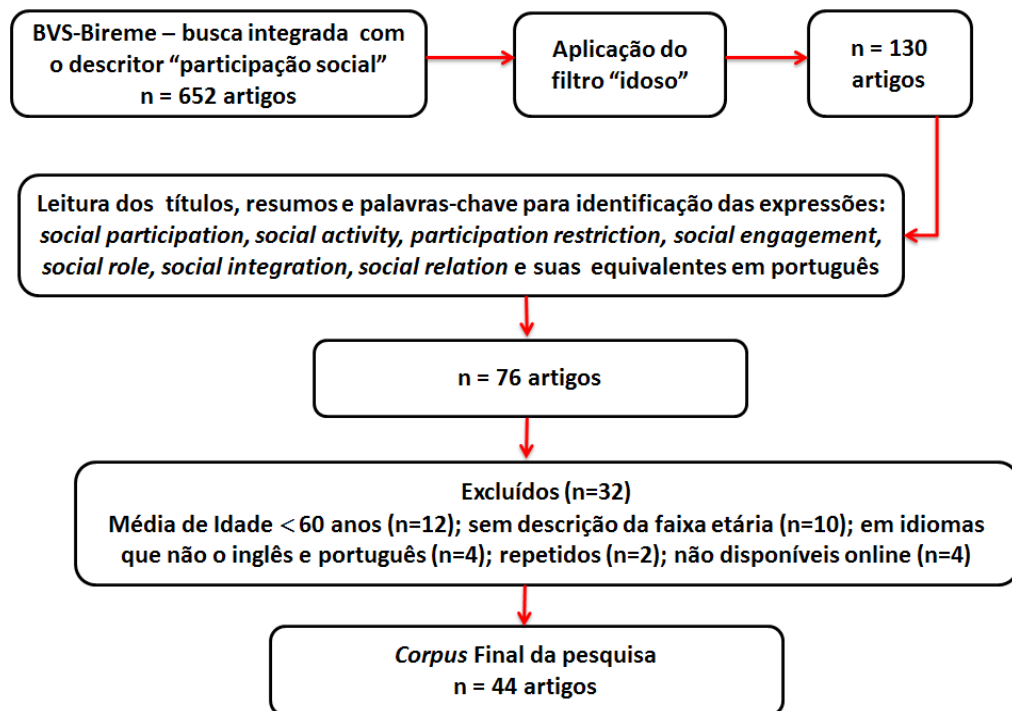


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção do corpus final da pesquisa.
Fonte: Elaboração própria

Os 44 artigos foram publicados no período entre 2010 e 2013, assim distribuídos: 2010 (n=5), 2011 (n=9), 2012 (n=21), 2013 (n=9). Contudo, alguns registros de 2013 podem ter ficado de fora, pois a coleta ocorreu em outubro. Assim, é recomendado acompanhar a evolução dessa produção científica, a fim de verificar se o interesse da comunidade científica pela temática sofreu aumento ou diminuição ao longo do tempo.

Outro fator que pode ter ocultado alguns estudos é a falta de consenso em relação ao conceito de “participação social”^{10,11,15}. É válido mencionar que a mudança de paradigmas sobre a condição de saúde, que enfatiza a participação¹⁹ e a Política de Envelhecimento Ativo⁷, pode ter incrementado a realização de pesquisas e publicação de artigos, conforme observado em alguns estudos^{11,13}.

Resultados e discussão

Autoria dos estudos

Todos os 44 artigos foram publicados em coautoria e totalizaram 216 autores (Tabela 1), sendo que 17,1% (n=37) ocorreram em mais de um artigo, e 82,9% (n=179) apenas em um artigo. As coautorias foram de 2 e 3 autores (n=11), com maiores incidências de 4 e 5 autores (n=20 artigos), de 6 autores (n=6) e de 7 e 8 autores (n=4). A menor incidência de coautorias foi de 9, 10 e 11 autores (n=3).

Tabela 1 - Indicadores de colaboração científica

Coautorias	Total de artigos em coautoria	Total de autores	Coautores em mais de um artigo	Coautores em apenas um artigo
2	4	8	0	8
3	7	21	0	21
4	10	40	7	33
5	9	45	11	34
6	7	42	10	32
7	2	14	3	11
8	2	16	0	16
9	1	9	6	3
10	1	10	0	10
11	1	11	0	11
Total	44	216	37	179

Fonte: Elaboração própria.

Tais resultados indicam o alto grau de colaboração científica^{30,31}, para o qual concorrem vários fatores: a complexidade das investigações que requer a participação de especialistas de diferentes áreas; o suporte financeiro oferecido a determinados tipos de estudos; a multidisciplinaridade do conhecimento, que promove a integração de equipes de diversos campos de estudo; a tendência a publicar em periódicos de maior fator de impacto e o crescente papel da coautoria; o crescimento da cooperação científica internacional, que reflete a globalização da pesquisa científica; a pesquisa biomédica multicêntrica.

Em relação à produtividade dos cientistas, os achados demonstraram que 79,5% dos artigos (n=35) foram publicados por 82,9% (n=179) dos autores, enquanto os 20,5% restantes (n=9) foram publicados por 17,1% (n=37). Ou seja, a literatura analisada não apresenta um núcleo de autores de referência sobre a temática da “participação social do idoso”, mas é possível notar que os autores mais produtivos compõem três grupos com pesquisadores que participaram de nove artigos: canadenses (n=5), holandeses (n=3) e noruegueses (n=1).

Nesse aspecto, vale ressaltar que o governo federal do Canadá financia, desenvolve e divulga pesquisas com diversas populações e temas, inclusive sobre a participação social de idosos³². Além disso, através da revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), organizações canadenses desenvolveram o já mencionado modelo conceitual de deficiência denominado *Human Development Model – Disability Creation Process* (HDM-DCP). Este modelo positivo destaca a participação social através da realização de hábitos de vida²¹.

Os primeiros autores dos 44 artigos são vinculados a instituições de 18 países, com predominância dos Estados Unidos (n=8). Em seguida, compõem autores vinculados a instituições do Canadá e Reino Unido (n=6, cada), da Holanda e do Brasil (n=4, cada), da Suécia, Noruega e do Japão (n=2, cada). Autores da Alemanha, Polônia, Dinamarca, França, Finlândia, Islândia, Irlanda, de Israel, de Taiwan, e da Cingapura publicaram apenas um artigo (n=1). Os Estados Unidos, além de serem uma das principais bases mundiais da ciência e da tecnologia³³, lideraram junto com o Canadá os estudos da CIDID e CIF³⁴. Além disso, alguns países, como os Estados Unidos²⁰ e parte do Reino Unido³⁵, têm se pautado nas definições da CIF para a realização de registros administrativos, planejamento de serviços de saúde, estudos estatísticos e científicos.

Um exercício interessante é examinar os 18 países de vinculação dos autores à luz do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³⁶. Criado em 1990 pelos economistas Mahbud ul Haq e Amartya Sein, o

IDH mede a qualidade de vida nos países, e não simplesmente o desenvolvimento com base em indicadores econômicos como o Produto Interno Bruto (PIB), conjunto dos bens e serviços produzidos no país.

O IDH leva em conta, além do PIB per capita, a saúde (expectativa de vida ao nascer), a educação da população e as questões ambientais. Em 2012, os níveis de classificação do IDH dos 120 países variaram de muito alto (de 0,955 até 0,805) – 47 países ocuparam desde a primeira até a 47ª posição; alto (de 0,796 até 0,712) – da 48ª até a 94ª posição; a médio (de 0,710 até 0,632) – da 95ª até a 120ª posição.

Assim, e não por acaso, nota-se na Tabela 2, que a esperança de vida desses 18 países varia entre 76,3 a 83,6 anos. No Brasil, que ocupa a 85ª posição nesse ranking do IDH, de acordo com projeções do Censo 2010 do IBGE³⁷, a população brasileira acima de 65 anos (14,9 milhões – 7,4% do total em 2013) deve quadruplicar (58,4 milhões – 26,7% do total) até 2060 e a esperança de vida chegará aos 80,2 anos.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos por países dos 1^{os} autores, IDH e seus componentes

Países do 1 ^o autor	Total de artigos	IDH e componentes		
		Valor	Posição no ranking	Esperança de vida
EUA	8	0,937	3 ^a	78,7
Reino Unido	6	0,875	26 ^a	80,3
Canadá	6	0,911	11 ^a	81,1
Holanda	4	0,921	4 ^a	80,8
Brasil	4	0,730	85 ^a	73,8
Suécia	2	0,916	7 ^a	81,6
Noruega	2	0,955	1 ^a	81,3
Japão	2	0,912	10 ^a	83,6
Taiwan (*)	1	0,932*	*	77,4*
Polônia	1	0,821	39 ^a	76,3
Israel	1	0,900	16 ^a	81,9
Islândia	1	0,906	13 ^a	81,9
Irlanda	1	0,916	7 ^a	80,7
França	1	0,893	20 ^a	81,7
Finlândia	1	0,892	21 ^a	80,1
Dinamarca	1	0,901	15 ^a	79
Cingapura	1	0,895	18 ^a	81,2
	1	0,920	5 ^a	80,6

Fonte: Elaboração própria, com base em dados compilados em 2012³⁶.

Obs. Como a ONU não reconhece a República da China (RC) como um Estado, o Relatório do IDH não inclui dados de Taiwan. O governo da RC calcula que o seu IDH, a partir de 2005, é 0,932.

Perfil das publicações

Os 44 artigos foram publicados em 34 periódicos. Verificou-se que seis periódicos publicaram 36% (n=16) deles enquanto os outros 28 concentraram 64% (n=28) do total. Em relação à presença de periódicos científicos brasileiros, apenas quatro, representados pela *Acta Paulista de Enfermagem*, *Ciência & Saúde Coletiva*, *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento* e *Revista Enfermagem UERJ*, publicaram um artigo cada. Esses resultados sugerem que a comunidade científica da área de envelhecimento tem canalizado a sua produção para periódicos locais, muitos dos quais não estão incorporados em bases de dados internacionais. Aliado a isso, apesar da presença da literatura científica do Brasil nessas bases de dados internacionais ter crescido nos últimos anos³⁸, ainda possui pouca visibilidade, pois são publicados na língua nativa, e essas bases cobrem a literatura escrita em inglês, a língua franca da ciência³⁹.

No contexto da avaliação da qualidade e visibilidade de periódicos, há várias medidas, e uma delas é o fator de impacto^{iv} que tem sido utilizada para classificar e hierarquizar as revistas, ao estabelecer o número médio de citações de artigos científicos publicados em um determinado periódico. Outro instrumento de avaliação de periódicos, no âmbito nacional, é a lista Qualis, elaborada pela Capes, em que os periódicos são classificados em oito estratos para fins de estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação no país⁴¹. Entre esses estratos, quatro (A1, A2, B1 e B2) são considerados os mais altos e os demais (B3, B4, B5 e C) são vistos como inferiores. Tais índices são amplamente utilizados, apesar das controvérsias que geram na comunidade científica^{42,43}.

A grande maioria dos periódicos (n=31, ou seja, 91%) é classificada nos mais altos estratos da Capes. Dos 34 periódicos, 20 foram classificados na área de avaliação 21 da Capes (educação física, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia), sendo 75% (n=15) como A1 e A2, 20% (n=4) como B1 e B2 e 5% (n=1) como B3. Enquanto os 12 demais foram classificados em estratos entre A1 e B2 de outras áreas, e dois não possuem classificação.

Além disso, os quatro periódicos que mais publicaram artigos (n=3, e n=2) possuem fator de impacto médio (*Age and Aging* – 3,81; *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* – 2,35; *International Psychogeriatrics* – 2,19; *Journal of Aging and Health* – 1,56; *Disability and Rehabilitation*– 1,54; e *Journal of Aging Studies* – 1,12), o que influi na visibilidade da produção científica publicada⁴⁴.

Em relação ao idioma, o português esteve presente em 9% (n=4) dos artigos referentes a periódicos brasileiros. Nas demais, predominou o inglês em 91% (n=40), corroborando o fenômeno de que a língua inglesa se tornou o idioma universal da comunidade científica⁴⁵.

Caracterização dos estudos analisados

Apenas 7% (n=3) eram estudos de revisão, enquanto os demais apresentam relatos de pesquisas empíricas, principalmente de natureza transversal (n=22) e longitudinal (n=19). Tais achados confirmam aqueles encontrados em estudos de revisão na área da saúde⁴⁶ e sobre a participação de idosos^{41,47}.

Apesar da produção de evidências científicas sobre a efetividade, eficiência e eficácia de programas de intervenção para idosos, de caráter individual ou coletivo, ser fundamental para o planejamento de ações de promoção da saúde⁴⁸, somente três artigos tiveram como objetivo central a avaliação dos efeitos de processos de intervenção⁴⁹⁻⁵¹.

A abordagem quantitativa foi encontrada em 84% (n=37) dos 44 artigos analisados, enquanto 9% (n=4) adotaram a qualitativa, e 7% (n=3) a mista. Na área da saúde, é hegemônica a presença de estudos quantitativos,⁵² porém as pesquisas qualitativas vêm ganhando cada vez mais visibilidade no meio científico e, do ponto de vista epistemológico, as duas abordagens possuem valor científico^{53,54}.

A definição do tamanho da amostra é uma etapa importante, mesmo em pesquisas qualitativas, pois a sua representatividade é um dos fatores para alcançar resultados precisos e confiáveis, passíveis de generalizações ou transferibilidade⁵⁵. Os estudos qualitativos, geralmente, são realizados com amostras pequenas, que devem ser ajustadas com base na complexidade da questão de pesquisa⁵⁶.

^{iv} A base estatística Journal Citation Reports (JCR), da editora Thomsom Reuters, é um recurso que permite avaliar e comparar publicações científicas utilizando dados de citações extraídos de revistas acadêmicas e técnicas e o impacto destas na comunidade científica indexadas na coleção principal da Web of Science. Por meio do JCR é possível verificar os periódicos mais citados em uma determinada área e a relevância da publicação para a comunidade científica através do fator de impacto⁴⁰.

O número de participantes nos 41 artigos variou de 5 a 14.589, com a seguinte distribuição: 5 a 100 (n=10); 101 a 200 (n=7); 201 a 500 (n=6); 501 a 1000 (n=6); 1001 a 5.000 (n=9); 5.001 a 10.000 (n=1) e acima de 10.000 (n=2). Entre os estudos, 30% (n=13) contaram com 100 a 500 participantes (n=13), dos quais 54% (n=7) tiveram um número inferior a 200. Os estudos qualitativos tiveram uma média de 10 participantes. Além disso, 48% (n=21) dos participantes dos estudos empíricos foi constituída por idosos residentes na comunidade em estudo, sem apresentarem uma condição de saúde específica (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil dos participantes dos estudos

Participantes	Total de artigos
Idosos da comunidade	18
Institucionalizados	1
Integrantes de Universidade da Terceira Idade	1
Membros de organização social para mulheres de meia-idade	1
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	4
AVC ou Ataque Isquêmico Transitório	1
Usuários de Serviço de Reabilitação (pós-AVC)	1
Deficiência Visual	2
Osteoartrose/Osteoartrite	2
Fratura (relacionadas à osteoporose)	1
Comprometimento Cognitivo Leve	1
Demência	1
Depressão	1
Doença de Parkinson	1
Diabetes Mellitus ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1
Mulheres idosas com deficiências	1
Perda auditiva	1
Doença de Ménière	1
Usuários de cadeira de rodas	1
Artigos e capítulos de livros (estudos de revisão)	3
Total	44

Fonte: Elaboração própria

Os estudos com essa população foram desenvolvidos principalmente no continente europeu (n=7; 39%), seguido pelo norte-americano (n=6; 33%), asiático (n=4; 22%) e sul-americano (n=1; 6%). Esse último foi desenvolvido no Brasil, com 1.255 idosos de Uberaba/MG, com o objetivo de comparar os escores de qualidade de vida entre os idosos participativos e não participativos de atividades educativas grupais⁵⁷.

A avaliação do grau de participação social entre idosos com e sem deficiência foi realizada por pesquisadores holandeses²⁴, que incluíram em seu estudo 173 pessoas acima de 55 anos (média de 72,3 anos) com deficiência visual. Outros estudos de comparação entre diferentes populações, como por exemplo, idosos da comunidade em questão *versus* institucionalizados ou idosos com diferentes tipos de deficiência *versus* sem deficiências devem ser estimulados, sobretudo para auxiliar no desenvolvimento de programas de prevenção e promoção da saúde⁵⁸.

A faixa etária predominante dos idosos participantes nas pesquisas relatadas nos artigos foi de 70-75 anos (20%), faixa da expectativa de vida média no Brasil, que é de 74,6 anos⁵⁹. Entretanto, o aumento do número de idosos acima de 80 anos em todo o mundo⁶⁰ e o fato de a esperança de vida nos países com

alto índice de desenvolvimento humano estar situada entre 76,8 a 83,6 anos³⁶, avaliar o desempenho e a satisfação da participação social ao longo do tempo, inclusive em idades bem avançadas, pode possibilitar o acompanhamento de tendências e trajetórias do processo de envelhecimento.

Os nove estudos que não desprezaram a média de idade dos participantes foram realizados com pessoas acima de 55 anos (n=1), acima de 60 anos (n=3), acima de 65 anos (n=3) e acima de 75 anos (n=2).

Muitos instrumentos de avaliação foram utilizados, como por exemplo: avaliação da capacidade cognitiva (*Mini Mental Status Examination*), sintomatologia depressiva (*Geriatric Depression Scale* e *Beck Depression Inventory*), capacidade funcional (*Katz Scale*, *System for Measuring Functional Autonomy Scale* - SMAF, *Frenchay Activities Index* - FAI, *Barthel Índice*), desempenho ocupacional (*Canadian Occupational Performance Measure* – COPM, *Late Life Function and Disability Instrument* – LLFDI, *Elderly Activity Inventory Questionnaire* – MAS e *Activity Card Sort* - ACS), qualidade de vida (*Short Form Questionnaire* - SF-36, *World Health Organization Quality of Life - Old* - WHOQOL-OLD, *World Health Organization Quality of Life – Bref* - WHOQOL-BREF) e outros testes específicos de avaliação da capacidade física, visual, auditiva e de outras variáveis.

Para avaliar a participação social, os estudos utilizaram fundamentalmente instrumentos não padronizados (n=23) ou padronizados, mas não específicos de participação social (n=13), o que evidencia a falta de instrumentação própria. Este fato pode estar associado à falta de concordância na definição e, conseqüentemente, da avaliação da participação social¹⁰.

Entretanto, com o intuito de analisar o que foi focado nas avaliações utilizadas, foi possível identificar a presença de itens dos domínios da CIF ou do HDM-DCP. Primeiramente, considerando a classificação da CIF, 45% (n=20) dos artigos avaliaram alguns itens de três (n=14) ou quatro (n=6) domínios.

Os principais domínios abordados foram: *Vida doméstica* (n=17), *Relações e interações interpessoais* (n=32), *Áreas principais da vida* (n=27) e *Vida comunitária, social e cívica* (n=38)¹⁹. Apesar da CIF não distinguir os domínios entre *atividade* e *participação*, alguns autores subdividem esse componente, e consideram que os quatro domínios abordados nesses 20 artigos integram a *participação*, e os demais domínios integram a *atividade*^{61,62}.

Posteriormente, considerando a classificação do HDM-DCP, 32% (n=14) dos artigos avaliaram itens de três (n=6) ou quatro (n=8) domínios. Os principais domínios abordados foram os que integram o subgrupo *papéis sociais: responsabilidades* (n=16), *relacionamentos interpessoais* (n=31), *vida em comunidade* (n=39), *educação* (n=19), *emprego* (n=16) e *recreação* (n=32)²¹.

Quanto ao envolvimento do indivíduo com outras pessoas, salienta-se que as avaliações abordaram heterogeneamente diferentes níveis da taxonomia de participação criada por esses autores¹¹, porém concentraram-se, especialmente, nos níveis três (n= 29), quatro (n= 38) e cinco (n=26), ou seja, em atividade de interação, em menor ou maior grau, que é o elemento principal da definição de participação social¹¹.

Os instrumentos específicos de participação social e restrição de participação utilizados foram: *Assessment of Life Habits* – LIFE-H 3.1; *Participation and Autonomy Questionnaire* – IPA e *Keele Assessment of Participation* – KAP, respectivamente. O LIFE-H 3.1 foi traduzido e validado no Brasil recentemente⁶³, o que permitirá a expansão de estudos de avaliação da participação social no país.

Os estudos se pautaram em diferentes autores para descrever o conceito de participação social. Doze estudos fundamentaram-se em modelos conceituais de funcionalidade internacionais, como a CIF (n=9)^{24,51,62,64-69} e o HDM-DCP (n=3)^{14,70,71}.

Pela análise do objetivo principal dos estudos (Quadro 1), é possível verificar uma relação predominante entre os componentes da CIF *atividade/participação* e *fatores contextuais* em 26 artigos, 70% (n=18) relacionados aos *fatores ambientais* e 30% (n=8) aos *fatores pessoais*.

Os *fatores ambientais* “constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida”^{19(p.28)}, e podem agir como um facilitador ou uma barreira para o desempenho funcional do indivíduo. Os *fatores pessoais* são compostos pelo histórico e estilo de vida e pelas características particulares do indivíduo que não são parte de uma condição de saúde ou de estados de saúde, como, por exemplo, “o sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, criação, estilos de enfrentamento, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência prévia e atual”^{19(p.29)} e outras características.

A relação predominante entre os componentes *atividade/participação* e *funções e estruturas do corpo* foi constatada em 16 artigos, sendo que 38% (n=6) estão classificados dentro das *funções mentais e estruturas do sistema nervoso*. O componente *atividade/participação* de um artigo esteve relacionado diretamente com os *fatores contextuais* (*fatores ambientais* e *fatores pessoais*) e com as *funções e estruturas do corpo*⁶⁵ e um artigo de revisão sobre as definições de participação social do idoso¹¹ foi classificado como não aplicável nessa categorização.

Quadro 1 – Categorização dos estudos de acordo com os componentes da CIF

Autores	Componentes da CIF	Objetivos
Aida et al. ⁷⁷	A/P x FC (A)	Analisar a associação entre o capital social da comunidade e o início da incapacidade funcional.
Alma et al. ²⁴	A/P x F/E	Descrever o grau de participação de idosos com deficiência visual em comparação com os dados de referência de base populacional.
Alma et al. ⁶²	A/P x F/E	Avaliar determinantes da participação social entre idosos com deficiência visual.
Arnadottir et al. ⁶⁵	A/P x F/E e A/P x FC (A e P)	Identificar as variáveis de diferentes componentes da CIF, associadas com a frequência de participação e restrição.
Barrett, Pai, Redmond ⁷⁸	A/P x FC (A)	Documentar o papel dos grupos de idosos separados por sexo para a socialização e o desenvolvimento significativo de relações.
Barth et al. ⁷⁹	A/P x F/E	Verificar os fatores de restrição consequentes da limitação auditiva, percebidas por cuidadores de idosos demenciados.
Ekström, Ivanoff, Elmstahl ⁸⁰	A/P x FC (A)	Investigar a associação entre a capacidade de participar de atividades sociais e o apoio formal e informal.
Foster et al. ⁵¹	A/P x FC (A)	Determinar o efeito de um programa de dança na gravidade da Doença de Parkinson e melhora na participação em atividades.
Gadidi et al. ⁶⁶	A/P x F/E	Descrever a limitação de atividade e restrição de participação de pacientes após quatro anos de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos artigos.

A/P – Atividade/Participação; FC – Fatores Contextuais; A – Fatores ambientais; P – Fatores pessoais; F/E – Funções e estruturas do corpo; N/A – Não se aplica.

Autores	Componentes da CIF	Objetivos
Guerra, Caldas ⁸¹	A/P x FC (P)	Levantar na literatura as imagens e percepções que os idosos relatam de si próprios em diferentes contextos.
Heaven et al. ⁴⁷	A/P x FC (A)	Verificar o tipo e a eficácia das intervenções destinadas a promover os papéis sociais na aposentadoria.
Hsu, Jones ⁷²	A/P x FC (P)	Identificar múltiplas trajetórias do envelhecimento e examinar os fatores relacionados ao envelhecimento bem-sucedido.
Hughes et al. ⁸²	A/P x F/E	Analisar o risco de progressão de leve a grave comprometimento cognitivo em relação ao engajamento em atividades sociais.
James et al. ⁸³	A/P x F/E	Verificar a relação entre um maior nível de atividade social e a diminuição do risco de incapacidade em idosos.
Jonkers et al. ⁵⁰	A/P x FC (A)	Analisar os efeitos da intervenção psicológica mínima na autoeficácia, ansiedade, funcionamento diário e participação social.
Kamiya et al. ⁸⁴	A/P x F/E	Examinar os efeitos do envolvimento social sobre fatores de risco cardiovasculares em adultos mais velhos.
Katsumata et al. ⁸⁵	A/P x FC (P)	Examinar se as atividades sociais e o estilo de vida têm associação com eventos negativos de vida e sintomas depressivos em idosos.
Kouvonen et al. ⁸⁶	A/P x FC (P)	Investigar se a participação em atividades sociais possibilita manter ou alcançar níveis indicados de circunferência da cintura.
Levasseur et al. ¹¹	N/A	Fornecer um inventário e análise do conteúdo das definições de participação social em idosos.
Levasseur et al. ⁶⁴	A/P x FC (A)	Examinar as associações entre proximidade percebida dos recursos do bairro, incapacidade e participação social de idosos.
Lodi-Smith, Roberts ⁸⁷	A/P x FC (P)	Investigar a relação entre o engajamento social e os traços de personalidade em idosos.
Lund et al. ⁴⁹	A/P x FC (A)	Avaliar a eficácia de um programa de intervenção para idosos pós-AVC sobre o bem-estar, ocupação e participação social.
Lund et al. ⁸⁸	A/P x FC (A)	Descrever o desenvolvimento de um programa de intervenção de estilo de vida centrada na pessoa para idosos com AVC.
Malhotra et al. ⁸⁹	A/P x F/E	Avaliar a prevalência e a correlação entre hipertensão arterial sistêmica (HAS) e consciência, tratamento e controle da HAS.
Moliterno et al. ⁹⁰	A/P x FC (A)	Avaliar a qualidade de vida (QV) de participantes de uma Universidade Aberta para a Terceira Idade (UnATI).
Netten et al. ⁹¹	A/P x FC (A)	Analisar se o nível e a qualidade oferecida pelos lares estão relacionados com a qualidade de vida dos residentes.
Nicklett et al. ⁹²	A/P x FC (P)	Investigar a relação entre apoio social e qualidade da dieta.
Nilsson, Avlund, Lund ⁹³	A/P x FC (P)	Examinar o efeito do status de coabitação e participação com a posição socioeconômico no início da limitação de mobilidade.
Nyman, Josephsson, Isaksson ⁹⁴	A/P x FC (P)	Explorar ao longo do tempo o engajamento em atividades diárias com os outros de idosos com depressão.
Nyqvist, Nygård, Jakobsson ⁹⁵	A/P x FC (P)	Avaliar a associação entre a participação social, a confiança interpessoal e a autoavaliação de saúde.
Pollard, Johnston, Dieppe ⁶⁷	A/P x F/E	Explorar os caminhos básicos da CIF para pessoas com osteoartrose antes da cirurgia de substituição da articulação.

Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos artigos.

A/P – Atividade/Participação; FC – Fatores Contextuais; A – Fatores ambientais; P – Fatores pessoais; F/E – Funções e estruturas do corpo; N/A – Não se aplica.

Autores	Componentes da CIF	Objetivos
Pryce, Gooberman-Hill ⁹⁶	A/P x FC (A)	Explorar os fatores que afetam a comunicação de idosos institucionalizados com perda auditiva.
Richard et al. ⁷⁵	A/P x FC (A)	Analisar as associações entre a proximidade de locais selecionados e a participação social em idosos.
Rosso et al. ⁹⁷	A/P x F/E	Examinar associações entre a mobilidade com ou sem incapacidade e o engajamento social.
Rousseau-Harrison et al. ⁷¹	A/P x FC (A)	Documentar os impactos percebidos nas atividades diárias e papéis sociais, após a aquisição de cadeira de rodas.
Saias et al. ⁹⁸	A/P x FC (A)	Investigar o impacto de fatores socioambientais em ideias de morte.
Schwarzbach et al. ⁹⁹	A/P x F/E	Investigar a associação entre integração social e depressão em pacientes de atenção primária sem demência com mais de 75 anos.
Small et al. ¹⁰⁰	A/P x F/E	Analisar as relações de mudanças temporais (12 anos) entre as atividades de estilo de vida e o desempenho neuropsicológico.
Stephens et al. ⁶⁸	A/P x F/E	Explorar as consequências percebidas do zumbido em pacientes de longa data da Doença de Ménière (DM).
Tavares, Dias, Munari ⁵⁷	A/P x FC (A)	Comparar os escores de qualidade de vida entre os idosos participativos e não participativos de atividades educativas.
Verhoeven et al. ¹⁰¹	A/P x F/E	Investigar as relações entre o funcionamento cognitivo e vários domínios de qualidade de vida (OV) no 1 ano pós-AVC.
Vincent et al. ¹⁴	A/P x FC (A)	Documentar os serviços disponíveis para os clientes de reabilitação acima de 65 anos que sofreram AVC.
Viscogliosi et al. ⁷⁰	A/P x F/E	Comparar a participação nas atividades diárias e papéis sociais de idosos com AVC com e sem déficits cognitivos.
Wilkie et al. ⁶⁹	A/P x F/E	Determinar multimorbidades que provocam restrições de participação em adultos com idades acima de 50 anos com OA (osteoartrite).

Fonte: Elaboração própria, com base em dados dos artigos.

A/P – Atividade/Participação; FC – Fatores Contextuais; A – Fatores ambientais; P – Fatores pessoais; F/E – Funções e estruturas do corpo; N/A – Não se aplica.

No geral, os autores destacaram a relação da participação social, sobretudo, com determinantes sociais e pessoais, apesar da influência dos fatores físicos de funções e estruturas do corpo. É importante lembrar que as amostras dos artigos analisados foram constituídas principalmente por idosos não institucionalizados sem uma condição de saúde específica, e que os artigos são recentes, provavelmente refletindo a nova concepção de envelhecimento ativo, que compreende a interação dinâmica entre os determinantes pessoais, econômicos, sociais, comportamentais, do ambiente físico e dos sistemas de saúde e serviço social^{7,72}.

Os autores dos artigos atribuíram 132 palavras-chave aos estudos realizados, com frequência de uma a nove ocorrências, totalizando 171. A palavra-chave de maior ocorrência foi *social participation* (n=9). Isso pode ter ocorrido pelo delineamento do estudo, que utilizou esse descritor na busca pelos artigos sobre o tema. Em seguida, as palavras-chave de maior ocorrência foram *quality of life* (n=6), *aging, elderly* (n=5 cada), *aged, depression, older adults, rehabilitation, social engagement, social role, stroke* (n=3 cada), *community participation, depressive symptoms, disability, gender, hearing loss, International of Functioning, Disability and Health – ICF, leisure activities, occupational therapy, outcomes, participation e social activity* (n=2 cada). As 110 palavras restantes foram citadas apenas uma vez cada.

Esses resultados reforçam a complexidade e a multidimensionalidade da participação social, que depende de fatores intrínsecos e extrínsecos^{10,15,17,22}. Assim, compreendendo que a participação social muda ao longo do tempo⁷⁵, identificar os fatores que influenciam a participação social de idosos de diferentes culturas e ao longo dos anos é essencial para a identificação de alvos de intervenção^{62,75}.

A participação social é um componente da funcionalidade humana, o qual reflete a complexidade de papéis de uma pessoa além do desempenho das atividades da vida diária⁷⁶. Portanto, para analisar suas dimensões, que incluem a vida em comunidade em seus múltiplos aspectos, como o lazer, as atividades educacionais e ocupacionais, a integração social, a autossuficiência econômica, e suas relações com melhoria do bem-estar e qualidade de vida da população em geral⁷⁶, exige que se desenvolvam mais estudos que enfoquem não só os aspectos objetivos, mas também as percepções do idoso e/ou os valores e atitudes da sociedade com relação a essa temática.

Conclusões

Os resultados obtidos evidenciaram que os estudos sobre a participação social do idoso, na base de dados Medline que integra a BVS, são recentes e seguem uma tendência de crescimento no período analisado, com a presença de autores vinculados a instituições, sobretudo da América do Norte e da Europa, os quais têm estudado o tema de forma isolada ou associada a outros constructos.

Em relação à metodologia, o delineamento mais utilizado foi o transversal, com abordagem quantitativa dos dados nos artigos publicados em periódicos do exterior e no Brasil. A maioria dos estudos foi desenvolvida com amostras acima de 100 participantes, e constituída principalmente por idosos não institucionalizados sem uma condição de saúde específica, seguida por pessoas com sequelas de Acidente Vascular Cerebral. A média de idade predominante encontrava-se na faixa de 70 a 75 anos, isto é, nem idosos jovens e nem idosos com idade muito avançada.

A investigação da participação social ocorreu, especialmente através de instrumentos não padronizados ou de instrumentos não específicos, evidenciando a carência de instrumentalização própria. Os principais itens das avaliações da participação social do idoso nos estudos realizados integram os principais domínios da CIF e do HDM-DCP. Além disso, foram considerados diferentes níveis de envolvimento social do indivíduo, desde atividades solitárias até de contribuição ampla para a sociedade.

Na análise dos objetivos principais dos artigos, a relação entre os componentes da CIF *atividade/participação e fatores contextuais* sobrepôs a relação entre *atividade/participação e funções e estruturas do corpo*, destacando a influência dos determinantes sociais e pessoais. Além disso, verificou-se que as principais temáticas abordadas nos artigos estão relacionadas com as condições de saúde/doença.

De modo geral, os autores dos artigos reconhecem a participação social como um indicador de envelhecimento ativo, que influencia positivamente a saúde e o bem-estar. E destacam diversos fatores intrínsecos e extrínsecos que estão relacionados com a participação social ou restrição, reforçando a sua complexidade e multidimensionalidade.

A pesquisa realizada analisou a literatura sobre participação social de idosos disponível na BVS/Bireme. Contudo, considerando a abrangência dessa base de dados, bem como a multidimensionalidade e falta de consenso em relação ao conceito de “participação social”, recomenda-se

que em futuras pesquisas sejam utilizadas outras bases de dados, e ampliadas as expressões de busca para acessar essa literatura científica disponível.

Apesar das limitações do *corpus* analisado, a pesquisa realizada contribui para o estado da arte da produção científica sobre participação social do idoso, haja vista sua presença nos principais periódicos científicos da América Latina, Caribe – foco da literatura indexada na BVS/Bireme – que destacou as principais tendências e perspectivas dos estudos realizados.

Referências

1. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública; 2009; jun;43(3):548-54. Doi:10.1590/S0034-89102009005000025.
2. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Sinopse do Censo Demográfico: 2010. Rio de Janeiro, RJ: IBGE; 2011.
3. Freitas MC, Maruyama SAT, Ferreira TF, Motta AMA. Perspectivas das Pesquisas em Gerontologia e Geriatria: Revisão da Literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002 mar.;10(2):221-8. Doi:10.1590/S0104-11692002000200015.
4. Prado SD, Sayd JD. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. Ciênc. Saúde Coletiva; 2006; jun.;11(2):491-501. Doi:10.1590/S1413-81232006000200026.
5. Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 05 jan. 1994 [acesso 20 abr. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm
6. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 03 jan. de 2003 [acesso em 20 abr. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm
7. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]; 2005 [acesso 20 abr. 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
8. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 19 de Out 2006 [acesso 20 abr. 2014]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>
9. Mars GM, Kempen GI, Mesters I, Proot IM, Van Eijk JT. Characteristics of social participation as defined by older adults with a chronic physical illness. Disabil Rehabil. 2008;30(17):1298-308.
10. Dijkers MP. Issues in the conceptualization and measurement of participation: an Overview. Arch Phys Med Rehabil. 2010 Sep;91(9 Suppl):S5-16. doi:10.1016/j.apmr.2009.10.036.
11. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. Soc Sci Med.; 2010 Dec;71(12):2141-49. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041.
12. Levasseur M, Desrosiers J, Whiteneck G. Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: association with quality of life and best correlates. Qual Life Res. 2010 Jun;19(5):665-75. doi:10.1007/s11136-010-9633-5.

13. Seekins T, Shunkamolah W, Bertsche M, Cowart C, Summers JA, Reichard A, White G. A systematic scoping review of measures of participation in disability and rehabilitation research: A preliminary report of findings. *Disabil Health J.* 2012 Oct;5(4):224-32. doi:10.1016/j.dhjo.2012.05.002.
14. Vincent C, Robichaud L, Desrosiers J, Belleville S, Demers L, Viscogliosi C, Deaudelin I, other members of the BRAD group. Provision of rehabilitation services in Québec following stroke: a comparative survey conducted by postal questionnaire. *Can J Aging.* 2010; Jun;29(2):193-203. doi:10.1017/S0714980810000127.
15. Fougeyrollas P. Social Participation. In: Stone JH, Blouin M. (editors). *International Encyclopedia of Rehabilitation*; 2010 [acesso 02 dez. 2013]. Disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/335/>
16. Piskur B, Daniëls R, Jongmans MJ, Ketelaar M, Smeets RJ, Norton M, Beurskens AJ. Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clin Rehabil.* 2014 Mar;28(3):211-20. doi:10.1177/0269215513499029.
17. Utz RL, Carr D, Nesse R, Wortman CB. The effect of widowhood on older adults' social participation: an evaluation of activity, disengagement, and continuity theories. *Gerontologist.* 2002 Aug;42(4):522-33.
18. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005 Jun;8(2):187-93. doi:10.1590/S1415-790X2005000200011.
19. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. São Paulo, SP: Edusp; 2003.
20. Reed GM, Lux JB, Bufka LF, Trask C, Peterson DB, Stark S, Threats TT, Jacobson, JW, Hawley JA. Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability and Health in Clinical Settings. *Rehabil Psychol.* 2005;50(2):122-31. doi:10.1037/0090-5550.50.2.122.
21. Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, Côté J, Michel G. *The Disability Creation Process: The Quebec Classification* ISBN 2 922213 06 4. Quebec: International Network on the DCP; 1999.
22. Desrosiers J, Bourbonnais D, Noureau J, Rochette A, Bravo G, Bourget A. Participation after stroke compared to normal aging. *J Rehabil Med.* 2005 Nov;37(6):353-7.
23. Chiao C, Weng LJ, Botticello AL. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: an 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health.* 2011 May;10:292. doi:10.1186/1471-2458-11-292.
24. Alma MA, van der Mei SF, Melis-Dankers BJ, van Tilburg TG, Groothoff JW, Suurmeijer TP. Participation of the elderly after vision loss. *Disabil Rehabil.* 2011;33(1):63-72. doi:10.3109/09638288.2010.488711.
25. Rebellato C. *Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes, residentes na comunidade: um estudo seccional [dissertação].* São Carlos(SP): Universidade Federal de São Carlos; 2012.
26. De Bellis N. The mathematical foundations of bibliometrics. In: _____. *Bibliometrics and citation analysis: From the science citation index to cybermetrics* Lanham: Scarecrow Press; 2009. p. 75-139.
27. Silva MR, Hayashi MCPI, Hayashi CRM. Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo. *InCID.* 2011;2(1):110-29.
28. Biblioteca Virtual de Saúde. *Descritor de Ciências da Saúde. Social participation.* [acesso 20 abr. 2014]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
29. Ferreira NSA. As pesquisas denominadas "Estado da Arte". *Educ Soc.* 2002 Ago;23(79):257-72.

30. Glänzel W, Schubert A. Analysing scientific networks through co-authorship. In: Moed HF. Handbook of quantitative science and technology research. Netherlands: Kluver; 2004. p. 257-76.
31. Sonnenwald DH. Scientific collaboration. *Annual Rev Inform Scie Tech.* 2007;41(1):643-81. doi:10.1002/aris.2007.1440410121.
32. Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *STATCAN.* 2012 Dec; 23(4) 82-003-XPE:1-12 [acesso 02 dez. 2013]. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012004/article/11720-eng.htm>
33. Schwartzman S. Pesquisa Científica e o Interesse Público. *Rev Bras Inov.* 2002; dez.;1(2):361-95.
34. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [acesso 20 abr. 2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icf.htm>
35. O'Donovan M, Doyle A, Gallagher P. Barriers, activities and participation: Incorporating ICF into service planning datasets. *Disabil Rehabil.* 2009;31(25):2073–80. doi:10.3109/09638280902918738.
36. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano - PNDU. Informe sobre desarrollo humano 2013: el ascenso del Sur, progreso humano en un mundo diverso. New York: PNDU; 2013. p.144-7.
37. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042. 2013a [acesso 20 abr. 2014]. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2455>
38. Cruz CHB, Chaimovich H. Brasil. In: UNESCO (Ed.). Relatório UNESCO sobre ciência 2010. Paris: Unesco; 2010. p. 33-51.
39. Sidone OJG, Haddad EA, Mena-Chalco J. Padrões de comunicação científica no Brasil: o espaço importa? São Paulo: Núcleo de Economia Regional e Urbana/USP; 2013. (TD Nereus 09-2013).
40. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior - Capes. Portal de Periódicos. Estatística sobre a relevância de publicações científicas por meio do fator de impacto. 2009 [acesso 20 abr. 2014]. Disponível em: http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pcollection&Itemid=109
41. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior - Capes. Classificação da produção intelectual. [acesso 20 abr. 2014]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>
42. Ruiz MA, Greco OT, Braile DM. Fator de impacto: importância e influência no meio editorial, acadêmico e científico. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2009; set.;31(5):355-60. doi:10.1590/S0102-76382009000400004.
43. Portugal MJ, Branca S, Rodrigues M. Dados de medidas de fator de impacto das revistas científicas. *Rev Enf. Ref.* 2011; dez.;3(5):211-5. doi:10.12707/RIII11UI4.
44. Barata G. Periódicos científicos: a difícil tarefa de entrar para o cenário internacional. *Ciênc. Cult.* (São Paulo). 2009;61(3):8-11.
45. Dubrin DG, Kellogg DR. English as the universal language of science: opportunities and challenges. *Mol Biol Cell.* 2012 Apr;23(8):1399. doi:10.1091/mbc.E12-02-0108.
46. Anker AE, Reinhart AM, Feeley TH. Health information seeking: A review of measures and methods. *Patient Educ Couns.* 2011 Mar;82(3):346-54. doi:10.1016/j.pec.2010.12.008.
47. Heaven B, Brown LJ, White M, Errington L, Mathers JC, Moffatt S. Supporting well-being in retirement through meaningful social roles: systematic review of intervention studies. *Milbank Q.* 2013 Jun;91(2):222-87. doi:10.1111/milq.12013.

48. Araújo LF, Coelho CG, Mendonça ET, Vaz AVM, Siqueia-Batista R, Cotta, RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; jul.;30(1):80-6. doi:10.1590/S1020-49892011000700012.
49. Lund A, Michelet M, Sandvik L, Wyller T, Sveen U. A lifestyle intervention as supplement to a physical activity programme in rehabilitation after stroke: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2012 Jun;26(6):502-12. doi:10.1177/0269215511429473.
50. Jonkers CC, Lamers F, Bosma H, Metsemakers JF, van Eijk JT. M. The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: a randomized trial. *Int Psychogeriatr*. 2012 Feb;24(2):288-97. doi: 10.1017/S1041610211001748.
51. Foster ER, Golden L, Duncan RP, Earhart GM. A Community-based Argentine tango dance program is associated with increased activity participation among individuals with Parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013 Feb;94(2):240-9. doi:10.1016/j.apmr.2012.07.028.
52. Santos SR. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *J Pediatr. (Rio J.)*. 1999; dez.;75(6):401-06.
53. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad Saúde Públ*. 1993; set.;9(3):239-62.
54. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; jun.;39(3):507-14. doi:10.1590/S0034-89102005000300025.
55. Youssef MAFM. Effective sample size calculation: How many patients will I need to include in my study? *Middle East Fertil Soc J*. 2011 Dec;16(4):295-6.
56. Marshall MN. Sampling for qualitative research. *FamPract*. 1996;13(6):522-25.
57. Tavares DMS, Dias FA, Munari DB. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta Paul Enferm*. 2012; jul.;25(4):601-06. doi:10.1590/S0103-21002012005000019.
58. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2003;12(4):189-201. doi:10.5123/S1679-49742003000400003.
59. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Em 2012, a esperança de vida ao nascer era de 74,6 anos. 2013b [acesso 20 abr. 2014]. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2528>
60. Caldas CP. Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia. In: Papaléo Netto M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p.163-73.
61. Post MW, de Witte LP, Reichrath E, Verdonschot MM, Wijlhuizen GJ, Perenboom RJ. Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based questionnaire to measure activities and participation. *J Rehabil Med*. 2008 Aug;40(8):620-7. doi:10.2340/16501977-0223.
62. Alma MA, Van der Mei SF, Groothoff JW, Suurmeijer TP. Determinants of social participation of visually impaired older adults. *Qual Life Res*. 2012 Feb;21(1):87-97. doi:10.1007/s11136-011-9931-6.
63. Assumpção FSN. Adaptação transcultural e propriedades de medida do LIFE-H 3.1- Brasil para avaliação da participação social em hemiparéticos [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

64. Levasseur M, Gauvin L, Richard L, Kestens Y, Daniel M, Payette H; NuAgeStudyGroup. Associations between perceived proximity to neighborhood resources, disability, and social participation among community-dwelling older adults: results from the VoisiNuAge study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011 Dec;92(12):1979-86. doi:10.1016/j.apmr.2011.06.035.
65. Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H, Lundin-Olsson L. Participation frequency and perceived participation restrictions at older age: applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Disabil Rehabil.* 2011;33(23-24):2208-16. doi: 10.3109/09638288.2011.563818.
66. Gadidi V, Katz-Leurer M, Carmeli E, Bornstein NM. Long-term outcome post stroke: predictors of activity limitation and participation restriction. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011 Nov;92(11):1802-8. doi: 10.1016/j.apmr.2011.06.014.
67. Pollard B, Johnston M, Dieppe P. Exploring the relationships between International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) constructs of Impairment, Activity Limitation and Participation Restriction in people with osteoarthritis prior to joint replacement. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2011 May;12(97):1-8. doi:10.1186/1471-2474-12-97.
68. Stephens D, Pyykkö I, Yoshida T, Kentala E, Levo H, Auramo Y, Poe D. The consequences of tinnitus in long-standing Ménière's disease. *AurisNasus Larynx.* 2012 Oct;39(5):469-74. doi: 10.1016/j.anl.2011.10.011.
69. Wilkie R, Blagojevic-Bucknall M, Jordan KP, Lacey R, McBeth J. Reasons why multimorbidity increases the risk of participation restriction in older adults with lower extremity osteoarthritis: a prospective cohort study in primary care. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2013 Jun;65(6):910-9. doi:10.1002/acr.21918.
70. Viscogliosi C, Desrosiers J, Belleville S, Caron CD, Ska B; BRAD Group. Differences in participation according to specific cognitive deficits following a stroke. *Appl Neuropsychol.* 2011 Apr;18(2):117-26. doi:10.1080/09084282.2010.547779.
71. Rousseau-Harrison K, Rochette A, Routhier F, Dessureault D, Thibault F, Cote O. Perceived impacts of a first wheelchair on social participation. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2012;7(1):37-44. doi:10.3109/17483107.2011.562957.
72. Hsu H, Jones BL. Multiple trajectories of successful aging of older and younger cohorts. *Gerontologist.* 2012 Dec;52(6):843-56. doi:10.1093/geront/gns005.
73. Gonçalves AL. Uso de resumos e palavras-chave em Ciências Sociais: uma avaliação. *Enc Bibli R Eletr Bibliotecon Ci Inf.* 2008;13(26):1-15. doi:10.5007/1518-2924.2008v13n26p78.
74. Bello SF, Pizzani L, Hayashi MCPI. Descritores e suas interrelações: fonoaudiologia e educação especial. *Distúrb Comum.* 2010; ago;22(2):149-57.
75. Richard L, Gauvin L, Kestens Y, Shatenstein B, Payette H, Daniel M, Moore S, Levasseur M, Mercille G. Neighborhood resources and social participation among older adults: results from the VoisiNuage study. *J Aging Health.* 2013 Mar;25(2):296-318. doi:10.1177/0898264312468487.
76. Vincent-Onabajo GO. Social participation after stroke: one-year follow-up of stroke survivors in Nigeria. *ISRN Stroke.* 2013;2013(ID 532518):6 pages. doi:10.1155/2013/532518.
77. Aida J et al. Does social capital affect the incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study. *J Epidemiol Community Health.* 2013 Jan;67(1):42-7. doi:10.1136/jech-2011-200307.
78. Barrett AE, Pai M, Redmond R. "It's your badge of inclusion": the Red Hat Society as a gendered subculture of aging. *J Aging Stud.* 2012 Dec;26(4):527-38. doi:10.1016/j.jaging.2012.07.005.

79. Barth FL, Favero TC, Soldera CLC, Olchik MR, Menegotto IH. Percepção de acompanhantes acerca da restrição de participação derivada de dificuldades auditivas (handicap auditivo) no idoso demenciado. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2012; jun;17(1):145-66.
80. Ekström H, Dahlinvanoff S, Elmstahl S. Does informal support influence social participation of fractured elderly people? *Arch Gerontol Geriatr*. 2013 Jun;56(3):457-65. doi:10.1016/j.archger.2012.11.010.
81. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; set.;15(6):2931-40. doi:10.1590/S1413-81232010000600031.
82. Hughes TF, Flatt JD, Fu B, Chang CC, Ganguli M. Engagement in social activities and progression from mild to severe cognitive impairment: the MYHAT study. *Int Psychogeriatr*. 2013 Apr;25(4):587-95.
83. James BD, Boyle PA, Buchman AS, Bennett DA. Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011 Apr;66(4):467-73. doi:10.1093/gerona/glq231.
84. Kamiya Y, Whelan B, Timonen V, Kenny RA. The differential impact of subjective and objective aspects of social engagement on cardiovascular risk factors. *BMC Geriatr*. 2010 Nov;10(81):1-10. doi:10.1186/1471-2318-10-81.
85. Katsumata Y, Arai A, Ishida K, Tomimori M, Lee RB, Tamashiro H. Which categories of social and lifestyle activities moderate the association between negative life events and depressive symptoms among community-dwelling older adults in Japan? *Int Psychogeriatr*. 2012 Feb;24(2):307-15. doi:10.1017/S1041610211001736.
86. Kouvonen A, Swift JA, Stafford M, Cox T, Vahtera J, Väänänen A, Heponiemi T, De Vogli R, Griffiths A, Kivimäki M. Social participation and maintaining recommended waist circumference: prospective evidence from the English Longitudinal Study of Aging. *J Aging Health*. 2012 Mar;24(2):250-68. doi:10.1177/0898264311421960.
87. Lodi-Smith J, Roberts BW. Concurrent and prospective relationships between social engagement and personality traits in older adulthood. *Psychol Aging*. 2012 Sep;27(3):720-7. doi:10.1037/a0027044.
88. Lund A, Michelet M, Kjeker I, Wyller TB, Sveen U. Development of a person-centred lifestyle intervention for older adults following a stroke or transient ischaemic attack. *Scand J Occup Ther*. 2012 Mar;19(2):140-9. doi:10.3109/11038128.2011.603353.
89. Malhotra R, Chan A, Malhotra C, Østbye T. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly population of Singapore. *Hypertens Res*. 2010 Dec;33(12):1223-31. doi:10.1038/hr.2010.177.
90. Moliterno ACM, Faller JW, Borghi AC, Marcon SS, Carreira L. Viver em família e qualidade de vida de idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(2):179-84.
91. Netten A, Trukeschitz B, Beadle-Brown J, Forder J, Towers A, Welch E. Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship? *Age Ageing*. 2012 Jul;41(4):512-7. doi:10.1093/ageing/afs050.
92. Nicklett EJ, Semba RD, Simonsick EM, Szanton S, Bandeen-Roche K, Ferrucci L, Guralnik JM, Fried LP. Diet quality and social support: factors associated with serum carotenoid concentrations among older disabled women (the Women's Health and Aging Study). *J Nutr Health Aging*. 2012;16(6):511-8.
93. Nilsson CJ, Avlund K, Lund R. Onset of mobility limitations in old age: the combined effect of socioeconomic position and social relations. *Age Ageing*. 2011 Sep;40(5):607-14. doi:10.1093/ageing/afr073.

94. Nyman A, Josephsson S, Isaksson G. Being part of an enacted togetherness: narratives of elderly people with depression. *J Aging Stud.* 2012 Dec;26(4):410-8. doi:10.1016/j.jaging.2012.05.003.
95. Nyqvist F, Nygård M, Jakobsson G. Social participation, interpersonal trust, and health: a study of 65- and 75-year-olds in western Finland. *Scand J Public Health.* 2012 Jul;40(5):431-8. doi:10.1177/1403494812453887.
96. Pryce H, Gooberman-Hill R. 'There's a hell of a noise': living with a hearing loss in residential care. *Age Ageing.* 2012 Jan;41(1):40-6. doi:10.1093/ageing/afr112.
97. Rosso AL, Taylor JA, Tabb LP, Michael YL. Mobility, disability, and social engagement in older adults. *J Aging Health.* 2013 Jun;25(4):617-37. doi:10.1177/0898264313482489.
98. Saias T, Beck F, Bodard J, Guignard R, Roscoät E. Social participation, social environment and death ideations in later life. *PLoS One.* 2012 Oct;7(10) e46723:1-8. doi:10.1371/journal.pone.0046723.
99. Schwarzbach M, Luppá M, Sikorski C, Fuchs A, Maier W, van den Bussche H, Pentzek M, Riedel-Heller SG. The relationship between social integration and depression in non-demented primary care patients aged 75 years and older. *J Affect Disord.* 2013 Feb;145(2):172-8. doi:10.1016/j.jad.2012.07.025.
100. Small BJ, Dixon RA, Mcardle JJ, Grimm KJ. Do changes in lifestyle engagement moderate cognitive decline in normal aging? Evidence from the Victoria Longitudinal Study. *Neuropsychology.* 2012 Mar;26(2):144-55. doi:10.1037/a0026579.
101. Verhoeven CL, Post MW, Schiemanck SK, van Zandvoort MJ, Vrancken PH, van Heugten CM. Is cognitive functioning 1 year poststroke related to quality of life domain? *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2011 Sep-Oct; 20(5):450-8. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2010.02.018.