

ISCSP

INSTITUTO SUPERIOR DE
CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

ISOLAMENTO SOCIAL E AUTONOMIA FÍSICA EM PESSOAS IDOSAS

Priscilla Silva Costa

Orientador: Prof.^a Doutora Paula Campos Pintos

Trabalho de Projeto para obtenção de grau de Mestre
Em Gerontologia Social

Lisboa

2021

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

À minha mãe, Maria Aparecida Silva Costa, meu porto seguro. O maior amor da minha vida. A mulher que entre tantos valores me ensinou a nunca desistir dos meus sonhos, sempre me apoiou e esteve ao meu lado em todos os momentos. A pessoa responsável em tornar este mestrado realidade.

“O amor de mãe é a mais elevada forma de altruísmo”.

(MACHADO DE ASSIS).

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer o apoio e o amor incondicional dos meus irmãos, Palloma, Poollyane e Paulo que embarcam junto comigo em todos os meus sonhos, que também me fazem sentir e estar presente nos momentos mais especiais da nossa família, ainda que morando tão longe.

Agradecer também a toda minha família e amigos, por o incentivo e palavras reconfortantes de apoio e otimismo.

Tia, Itanamara e tia Ângela, muito obrigada por todas as orações e mensagens bíblicas. Gratidão aos amigos que me ajudaram e contribuíram tanto na aplicação dos inquéritos, como também no desenvolvimento de melhores conhecimentos em Excel e estatísticas.

Miguel, Maria Valentina, obrigada por ser meu ponto de equilíbrio.

Mainha, Maria Aparecida Silva Costa, gratidão por estar sempre comigo. Por ser a melhor mãe e amiga... Gratidão por fazer dos meus, os seus sonhos. Gratidão por todo investimento em meus estudos.

RESUMO

Com o aumento da esperança de vida, torna-se fundamental pensarmos no papel da pessoa idosa na sociedade contemporânea. Do ponto de vista fisiológico, a velhice acarreta uma fase de vulnerabilidade e fragilidade funcional que tende a aumentar com o avançar da idade. Ora, os aspetos funcionais do processo de envelhecimento influenciam diretamente neste papel e nas relações sociais das pessoas idosas em comunidade. Sob uma perspetiva sociológica, a pessoa idosa tem papel fundamental na construção familiar, pois constitui-se no alicerce, onde a sabedoria e o prestígio muitas vezes são padrões comportamentais para várias gerações familiares. Assim, este estudo procura entender a relação entre autonomia física e isolamento social. A pesquisa foi desenvolvida a partir de abordagens envolvendo tanto os aspetos funcionais da autonomia física, nomeadamente a dependência, como também os aspetos e as características sociais que englobam o risco de isolamento social nas pessoas idosas. O estudo se desenvolveu sob o prisma de duas vertentes: a) fisiológica, apresentando as principais características e alterações funcionais do processo de envelhecimento; b) sociológica, através de abordagens socio comportamentais, tendo em vista o papel das pessoas idosas na sociedade. Os dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário, aplicado a uma amostra de conveniência de 56 pessoas idosas, de ambos os sexos, com idade a partir dos 65 anos, residentes em Lisboa e regiões adjacentes. Com este trabalho pretendeu-se investigar em que medida as limitações físicas próprias do envelhecimento condicionam o nível de isolamento social de pessoas idosas, utilizando as escalas de Lawton-Brody (versão SIQUEIRA, 2007), para obter uma avaliação da autonomia e dependência física; e a escala breve de redes sociais de Lubben, LSNS-6, como forma de avaliação do risco de isolamento social. Os dados permitiram concluir que: a) a rede social das pessoas inquiridas é constituída, principalmente por seus familiares, sendo a família também, a principal forma de apoio emocional; b) existe uma correlação entre idade avançada e o nível de dependência funcional; c) o risco de isolamento social cresce com o avançar da idade.

Palavras-chave: autonomia física; dependência funcional; isolamento social; envelhecimento; rede social.

ABSTRACT

With the increase in life expectancy, it is essential to think about the role of the elderly in contemporary society. From a physiological point of view, old age leads to a phase of vulnerability and functional fragility that tends to increase with advanced age. In turn, the functional aspects of the aging process directly influence the social role and the social relationships of the elderly in the community. From a sociological perspective, the elder person has a fundamental role in family building, as they are the foundation, whose wisdom and prestige are often behavioral patterns for several family generations.

This study aims to explore the relationships between physical autonomy and social isolation. The research was developed taking into account both the functional aspects of physical autonomy, namely the level of dependency, and the social aspects and characteristics that include the risk of social isolation among the elderly. The study considered two aspects: a) the physiological, examining the main characteristics and functional changes of the aging process; b) sociological, through socio-behavioral approaches that explore the role of the elderly in society. Data were collected through a questionnaire applied to a purposeful sample of 56 elderly people, of both sexes, aged 65 years old and over, living in Lisbon and adjacent regions. This work aimed to investigate the extent to which physical limitations inherent to the aging process affect the level of social isolation of elderly people, using the Lawton-Brody scales (SEQUEIRA, 2007 version), to obtain autonomy and physical dependence; and Lubben's brief scale of social networks, LSNS-6, as a way of assessing the risk of social isolation. Results allow us to conclude that: a) the social network of the people interviewed is constituted, mainly, by their relatives, the family being also the main source of emotional support; b) there is a correlation between old age and the level of functional dependence; c) the risk of social isolation increases with age.

Keywords: physical autonomy; functional dependence; social isolation; aging; social network.

Índice DE QUADROS

Quadro 1	–	Classificação de Imobilidade.....	24
Quadro 2	–	Modelo espanhol e alemão com 3 graus de dependência física.....	25
Quadro 3	–	Modelo francês com seis níveis de dependência física.....	26
Quadro 4	–	Modelo português de dependência física.....	26
Quadro 5	–	Instrumentos de avaliação de dependência da pessoa idosa.....	27
Quadro 6	–	Medidas de apoio social.....	30
Quadro 7	–	Apoio social para as pessoas idosas: suas definições e associações.....	34
Quadro 8	–	Pontuação segundo o nível de dependência funcional.....	38
Quadro 9	–	Classificação do nível de dependência funcional.....	37
Quadro 10	–	Risco de Isolamento Social.....	49
Quadro 11	–	Referências de Alfa de Cronbach.....	50
Quadro 12	–	Estatísticas de confiabilidade.....	51

Índice DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Cuidar da Casa.....	43
Gráfico 2 – Lavar Roupa.....	43
Gráfico 3 – Preparar Comida.....	44
Gráfico 4 – Ir às compras.....	45
Gráfico 5 – Usar transportes.....	45
Gráfico 6 – Atividade Física.....	46
Gráfico 7 – Com quem mora.....	48
Gráfico 8 – Satisfação com a vida.....	49

Índice DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	41
Tabela 2 – Nível de dependência funcional e características sociodemográfica.....	47
Tabela 3 – Características dos participantes que apresentaram risco para isolamento social.....	50
Tabela 4 – Correlação de Pearson.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividades da Vida Diária
AVDI	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AAVD	Atividade Avançada de Vida Diária
DA	Doença de Alzheimer
DP	Doença de Parkinson
INE	Instituto Nacional de Estatística
LSNS	Escala de Redes Sociais na versão abreviada
OMS	Organização Mundial de Saúde
SI	Síndrome de Imobilidade
SN	Sistema Nervoso
SNC	Sistema Nervoso Central

Índice

1	INTRODUÇÃO	12
2	ENVELHECER: ASPECTOS BIOLÓGICOS E FISIOLÓGICOS	15
2.1	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS NA VELHICE.....	15
2.1.1	Alterações no sistema osteoarticular	15
2.1.2	Sistema Cardiorrespiratório	17
2.1.3	Alterações no sistema nervoso	18
2.2	DISTÚRBIOS DO EQUILÍBRIO E DA MOBILIDADE.....	19
2.3	AUTONOMIA FÍSICA OU FUNCIONAL.....	20
2.4	AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA FÍSICA.....	22
2.5	O IDOSO FRÁGIL E AS QUEDAS.....	23
2.6	IMOBILIDADE E SÍNDROME DA IMOBILIDADE (SI).....	24
2.7	A DEPENDÊNCIA FÍSICA NO IDOSO.....	25
2.8	O IDOSO INSTITUCIONALIZADO.....	28
2.9	SUORTE SOCIAL À PESSOA IDOSA DEPENDENTE.....	29
3	O ISOLAMENTO SOCIAL	31
3.1	PRINCIPAIS CAUSAS E CARACTERÍSTICAS.....	31
3.2	ISOLAMENTO <i>VERSUS</i> SOLIDÃO.....	32
3.3	O APOIO SOCIAL E SAÚDE.....	33
3.4	REDES DE APOIO.....	34
3.5	ISOLAMENTO SOCIAL EM ÉPOCA DE PANDEMIA DO SARS-COV2.....	35
4	MATERIAIS E MÉTODOS	37
4.1	ESCALA DE LAWTON E BRODY (NA VERSÃO APRESENTADA POR SEQUEIRA, 2007).....	37
4.2	ESCALA BREVE DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN, LSNS-6 (VERSÃO PORTUGUESA).....	38
4.3	PARTICIPANTES.....	39
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	40
5	RESULTADOS	41
5.1	ASPETOS GERAIS.....	41

5.2	VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....	42
5.2.1	Autonomia física.....	42
5.2.1.1	<i>Cuidar da casa.....</i>	42
5.2.1.2	<i>Lavar roupa.....</i>	43
5.2.1.3	<i>Preparar comida.....</i>	44
5.2.2	Autonomia instrumental.....	44
5.2.2.1	<i>Ir às compras.....</i>	44
5.2.2.2	<i>Usar transportes.....</i>	45
5.2.3	Atividade física.....	46
5.3	DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....	46
5.3.1	Variáveis relacionadas com o isolamento social.....	48
5.3.1.1	<i>Com quem mora.....</i>	48
5.3.1.2	<i>Satisfação com a vida.....</i>	48
5.4	ISOLAMENTO SOCIAL.....	49
5.5	ALFA DE CRONBACH.....	50
5.6	CORRELAÇÃO DE PEARSON.....	51
6	DISCUSSÃO.....	52
7	CONCLUSÃO.....	56
7.1	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	57
	REFERÊNCIAS.....	58
	ANEXO A – Inquérito.....	63
	ANEXO B – Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, LSNS-6 (versão Portuguesa).....	64
	ANEXO C – Índice de Lawton-Brody (versão SEQUEIRA, 2007).....	65

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança de vida, torna-se fundamental pensarmos no papel das pessoas idosas na sociedade contemporânea. Do ponto de vista fisiológico, a velhice acarreta uma fase de vulnerabilidade e fragilidade funcional que tende a aumentar com o avançar da idade. Ora, os aspetos funcionais do processo de envelhecimento influenciam diretamente neste papel e nas relações sociais dos idosos em comunidade. Sob uma perspetiva sociológica, a pessoa idosa tem papel fundamental na construção familiar, pois constitui-se no alicerce, onde a sabedoria e o prestígio muitas vezes são padrões comportamentais para várias gerações familiares. No entanto, a velhice constitui uma fase de muitos desafios e alterações, quer seja pelo declínio funcional, que ocorre com a diminuição da autonomia física, ou por transições importantes no contexto laboral e familiar, muito comuns neste período, pois também é caracterizada pela idade da reforma, e alteração da estrutura familiar, decorrente do luto.

A longevidade além de ser importante em nível de sociedade, é também fundamental no contexto familiar, pois promove oportunidades e contribuições educacionais, culturais e sociais. Entretanto, ser saudável e funcional continua sendo o grande desafio para esta população. Assim, com o aumento no ritmo de envelhecimento populacional, muitos países têm enfrentado vários desafios na promoção de saúde e bem-estar das pessoas mais idosas. Estima-se que entre os anos de 2015 e 2050, a população mundial acima dos 60 anos duplicará de 12% para 22%. A perspetiva é de que em 2050, a população idosa mundial atinja o patamar de 2 bilhões, ultrapassando os 900 milhões de idosos em 2015 (INE, 2017; INE, 2019).

Atualmente, os dados estatísticos evidenciam em Portugal um cenário de altos índices de envelhecimento (159,4 pessoas idosas para cada 100 jovens) em todo o território nacional. Com 22% da sua população com 65 e mais anos, Lisboa aparece como o terceiro distrito mais envelhecido na distribuição populacional residente no território nacional por faixa etária. Esta cidade apresenta, adicionalmente, um índice de dependência de idosos elevado (de 35,1), também o terceiro maior do país (INE, 2020).

Ainda segundo o relatório do INE, Portugal possui cerca de 10. 276.617 mil milhões de habitantes, dos quais mais de 5 mil milhões são do sexo feminino. E a distribuição percentual da população assume as seguintes características: mais de 50% possui idade entre 25-64 anos, e cerca de 20% tem 65 e mais anos; as principais causas de mortes são doenças do aparelho circulatório (29,4%) e tumor maligno (25,0%). E tem uma das menores taxas de fecundidade da Europa, cerca de 37,9% (INE, 2020).

Acresce que as estatísticas de saúde realizadas pelo Instituto Nacional de Estatística, INE (2020) evidenciam que a avaliação positiva de saúde na população idosa com 65 ou mais anos, é consideravelmente inferior (14,8%), quando comparada à das pessoas com idade entre os 16-64 anos (62,2%). A mesma fonte indica também que as limitações funcionais para a realização das atividades de vida diárias (AVD'S) são efetivamente maiores no grupo maior de idade (63,3% em comparação aos 22,6% da população não idosa), sobretudo as consideradas mais severas.

Segundo Botelho (1999), as limitações físicas tendem a piorar com o avançar da idade, aumentando o grau de comprometimento da autonomia funcional das pessoas idosas durante a realização de atividades consideradas habituais para a maioria das pessoas. Deste modo, a dependência física nestas pessoas surge em consequência ao declínio da capacidade funcional, caracterizada por déficits físicos e cognitivos, constituindo uma das principais causas de perdas funcionais na população idosa.

Para além das limitações físicas, o processo de envelhecimento abrange, também, uma dimensão biológica natural, composta por alterações fisiológicas, biológicas e psicológicas que ocorrem de forma gradual e inevitável (processo que Botelho, 2007 e Paúl, 2005, designam de senescência). Paúl identifica ainda duas outras dimensões do envelhecimento: 1) o envelhecimento social, relativo aos papéis sociais; e, 2) o envelhecimento psicológico, definido pela capacidade do indivíduo na regulamentação de suas próprias decisões e opções.

Já Fernandes (1997) define que na fase do envelhecimento social, após afastamento da atividade laboral, surge um novo estilo de vida, a condição de reformado. Tal situação pode espoletar outros fatores emocionais e psicológicos, como, por exemplo, solidão, a inaptidão física, a depressão e reclusão social. E se a dependência funcional está associada ao declínio da autonomia física, sentimentos de solidão e redução da interação social podem favorecer o isolamento social.

Gierveld (1998) e Wenger *et al.* (1996), afirmam que o isolamento social para a população idosa abrange diversas características face à idade, que juntamente ao somatório das condições e estilo de vida de cada idoso irão predispor ao risco de isolamento. Tais características estão associadas aos seguintes fatores: viuvez ou divórcio; situação de reformado; ausência ou redução de atividade física (bem como aumento do sedentarismo que compromete a mobilidade e equilíbrio físico); diminuição da rede social (quer seja no âmbito familiar ou amigos), causando o afastamento social.

Tanto a rede social como a interação social assumem um papel fundamental no envelhecimento e estão associados ao bem-estar físico e mental (RODRIGUES & SILVA,

2013; Paúl *et al.*, 2012). Assim, o apoio familiar e de amigos constituem recursos fundamentais para a manutenção da saúde e da qualidade de vida de todas as pessoas, especialmente para os mais idosos (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Tendo em conta todas as alterações funcionais provocadas pelo processo de envelhecimento, este estudo teve por objetivo investigar em que medida as limitações físicas próprias do envelhecimento condicionam o nível de isolamento social de pessoas idosas. Para o efeito foram utilizadas as escalas de Lawton-Brody (SEQUEIRA, 2007), a fim de obter avaliação da autonomia e dependência física através das atividades de vida diária (AVD'S) e atividade de vida diárias instrumentais (AVDI'S). Já para avaliar o risco de isolamento social foi utilizado a escala breve de redes sociais de Lubben, LSNS-6. Ambos os instrumentos de avaliação são reconhecidos e validados mundialmente, constituindo ferramentas de pesquisas de alta confiabilidade e fácil aplicabilidade por conterem questões simples e objetivas adaptadas, especialmente, às necessidades e características da população idosa.

2 ENVELHECER: ASPETOS BIOLÓGICOS E FISIOLÓGICOS

O envelhecimento humano se dá através do processo biológico natural que cada organismo atravessa, de forma progressiva e dinâmica, por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas do corpo. Por ser um processo lento e contínuo ocorre a redução progressiva das habilidades funcionais dos diferentes órgãos e sistemas, como por exemplo, a redução da capacidade de adaptação homeostática. A homeostase, por sua vez, é responsável por manter o equilíbrio do organismo. Ou seja, é ela quem promove a estabilidade interna apesar das alterações provocadas por agressores intrínsecos e extrínsecos. Assim, a sua redução acarreta lentidão de resposta aos estímulos externos, devido à deterioração dos mecanismos de síntese proteica, gerando diminuição da capacidade das células de se reproduzirem e alterando o equilíbrio interno do corpo, contribuindo para alterações funcionais e comportamentais que se refletem diretamente no dia a dia das pessoas mais velhas (VAGETTI; ANDRADE, 2006).

Perceber os desafios funcionais do corpo humano é essencial para entender o funcionamento e as principais alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Neste sentido serão abordadas a seguir, algumas das principais alterações associadas ao processo de envelhecimento e que interferem na vida e no cotidiano das pessoas mais velhas.

2.1 ALTERAÇÕES FUNCIONAIS NA VELHICE

2.1.1 Alterações no sistema osteoarticular

O sistema muscular tem um papel fundamental no processo de envelhecimento, sendo a maior massa tecidual do corpo. É crucial na homeostasia, pois constitui a principal fonte de armazenamento e reserva de energia. No entanto, no idoso, as características da força muscular são diferentes, pois há maior perda da massa muscular, mais perceptível nas mulheres (o que também pode estar relacionado com as várias questões hormonais que o corpo feminino ultrapassa com o passar dos anos). Deste modo, estima-se que ocorra perda de 5% da força muscular total, a cada década de vida, até aos 50 anos. Após a quinta década, esta perda muscular aumenta para 10% (ROSSI & SADER, 2013).

À medida que o corpo envelhece, a perda de força e a diminuição da massa muscular, constituem as principais características clínicas funcionais decorrentes das alterações do sistema muscular. Tais alterações ocorrem por dois motivos, que são: a) diminuição das fibras

de contração rápidas (fibras tipo ii), principal fonte de energia e oxigénio para a célula muscular, responsáveis pelo ganho da força muscular; e, b) por um processo denominado sarcopenia, que engloba a perda de força e massa muscular relacionada com o envelhecimento. Estas alterações traduzem-se em importantes consequências funcionais para a mobilidade, estabilidade e controlo postural das pessoas mais velhas (ROSSI & SADER, 2013; ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

Valente (2013), defende que a sarcopenia é uma síndrome e, como tal, seu diagnóstico é estabelecido a partir da presença de pelo menos dois de três critérios: diminuição de força muscular, diminuição da massa muscular e diminuição do desempenho físico. De múltiplas causas, a sarcopenia favorece tanto os distúrbios funcionais, como a redução da mobilidade, principalmente nas pessoas com baixo nível de atividade física (ou sedentárias). Uma vez que o ciclo de posturas viciosas e irregulares, devido à fraqueza e fadiga muscular, induz ao crescente agravamento das estruturas do aparelho locomotor, estas alterações refletem-se diretamente na marcha e equilíbrio postural, podendo este ser um dos principais preditores de quedas em idosos (ESQUENAZI, SILVA & GUIMARÃES, 2014).

De maneira mais silenciosa e progressiva, segundo Rossi e Sader (2013), no que diz respeito ao sistema ósseo, é nas primeiras décadas de vida que o tecido ósseo se encontra em constante formação e reabsorção através da ação respetiva dos osteoblastos e osteoclastos. Após esta fase, predomina o período de construção, que ocorre de forma mais moderada. No entanto, é a partir da terceira década de vida que ocorre a estabilização da taxa de formação óssea em comparação com a de reabsorção (que nesta fase passa a ser maior). Como consequência desse desequilíbrio ocorre, de forma contínua e progressiva, a perda de massa óssea, caracterizando-se esse processo como a fase de osteopenia fisiológica.

Esquenazi, Silva e Guimarães (2014) afirmam que, no que diz respeito ao envelhecimento ósseo, é preciso ter em consideração que alguns fatores podem influenciar na constituição e heterogeneidade do processo de envelhecimento e perda de massa óssea, como por exemplo: a herança genética (adquirida dos pais) e os fatores ambientais (relativos à alimentação e prática de atividade física).

Em suma, podemos dizer que as principais perdas e alterações deste sistema são representadas por: a) perdas de osso trabecular (relacionado a fatores de crescimento, hormônios e minerais) que ocorrem principalmente antes dos 50 anos de idade; e, b) perda de osso cortical - perda da densidade óssea (menor taxa de remodelamento ósseo que é a principal causa de osteoporose). Estas modificações, em conjunto com outras alterações naturais do

processo de envelhecimento (senescência), são potencialmente graves e responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade e fragilidade das pessoas idosas (ROSSI & SADER, 2013).

2.1.2 Sistema Cardiorrespiratório

Para além destas alterações musculoesqueléticas há ainda aquelas, pequenas (e progressivas) modificações funcionais, que ocorrem nos sistemas cardiovascular e respiratório.

Para Ruivo *et al.* (2009), a demasiada exposição aos agentes tóxicos ambientais, com os quais estamos constantemente em contacto, traz desafios e consequências para o nosso sistema respiratório que só serão percebidos (ou reparados) ao longo dos anos. Assim, detetar precocemente os danos causados à função pulmonar pode contribuir, tanto para a prevenção de doenças respiratórias, como para a redução da taxa de mortalidade (as patologias do aparelho respiratório são importantes causas de mortes em idosos).

Gorzoni (2013) compreende que, por causa da diminuição das fibras musculares de contração rápida (tipo ii), também ocorre a diminuição da capacidade de distensão muscular do diafragma, ou seja, a diminuição da expansão pulmonar, levando a maior gasto energético e fadiga muscular, de tal modo que a pessoa com 60 e mais anos tem um consumo de 20% mais de energia do que um adulto jovem durante uma mesma atividade. A este declínio, e em casos em que é preciso um suporte ventilatório para auxiliar na melhoria da respiração, dá-se o nome de insuficiência respiratória.

Assim, as principais características do envelhecimento do sistema respiratório são representadas pelas seguintes alterações fisiológicas: retração elástica pulmonar, rigidez da parede torácica e diminuição da elasticidade alveolar, favorecendo a hipoventilação pulmonar, acarretando uma redução do consumo máximo de oxigênio (VO₂), ou seja, dificuldade ou cansaço respiratório durante a realização de pequenas tarefas domésticas que se traduzem, por exemplo, por respirações mais curtas e rápidas e sensação de fadiga ao realizar pequenas caminhadas (GORZONI, 2013; SENGER, 2013).

Para Affiune (2013), no que diz respeito ao envelhecimento cardiovascular, é fundamental a diferenciação entre o que é o processo de envelhecimento natural (senescência), e o envelhecimento patológico (senilidade). Pois assim como o processo de envelhecimento sofre alterações ao longo dos anos, estas alterações são severamente modificadas e influenciadas quando há algum tipo de patologia associada. No entanto, as principais alterações a nível cardiovascular dizem respeito ao aumento progressivo da pressão sistólica e ao espessamento do ventrículo esquerdo, configurando-se a idade como o principal fator de risco

para o surgimento de doenças cardiovasculares, visto que há uma maior prevalência destas doenças com o avançar dos anos.

Esquenazi, Silva e Guimarães (2014) consideram que, à medida que se envelhece, por volta dos 60 anos de idade, as características eletrofisiológicas do coração passam por alterações significativas, como por exemplo, aparecimento de arritmias, que podem influenciar a frequência cardíaca para mais ou para menos, como ocorre respetivamente nas taquicardias e bradicardia. Para além das arritmias há ainda a contribuição dos diversos medicamentos que as pessoas idosas usam para controlo da pressão arterial, ou os vasodilatadores, os antiarrítmicos e os diuréticos que podem influenciar severamente a qualidade de vida das pessoas idosas, pois os seus efeitos adversos podem induzir ao aumento de sintomas como tonturas, vertigens e falta de equilíbrio, induzindo episódios de quedas.

Assim, de acordo com Fachine e Trompieri (2012), seja qual for a idade, praticar atividade física torna-se um importante aliado para a saúde, pois além de prevenir doenças cardiovasculares contribui para a diminuição do risco de infarto agudo do miocárdio (IAM), uma vez que a prática da atividade física (quando moderada e auxiliada por profissionais qualificados) pode influenciar positivamente a qualidade de vida e favorecer a mobilidade e autonomia das pessoas mais velhas.

2.1.3 Alterações no sistema nervoso

Com o aumento da esperança de vida verifica-se também o aumento das doenças neurológicas, visto que muitas delas têm maior prevalência na fase tardia da vida. Deste modo, as principais alterações do sistema nervoso ocorrem em quatro níveis, sendo eles: a) alterações estruturais, onde ocorre a redução do número dos neurónios e também da velocidade de condução nervosa; b) modificações bioquímicas, gerando um desequilíbrio na ligação do neurotransmissor ao recetor; c) alterações metabólicas, resultando na lentidão da síntese proteica e na diminuição do fluxo sanguíneo cerebral; e d) alterações de marcha, equilíbrio e controlo postural, colaborando para a instabilidade postural e dependência motora (PEREIRA, 2013).

Fachine e Trompieri (2012) verificaram também que o sistema nervoso central (SNC) passa por transformações significativas, que se repercutem negativamente no dia a dia das pessoas idosas, através da diminuição dos reflexos, lentidão da resposta motora e déficits na marcha, coordenação e equilíbrio. Limitando a atividade funcional durante a execução das

atividades de vida diárias (AVD's) - atividades relacionadas com o autocuidado: tomar banho, ir à casa de banho, vestuário, alimentação, deslocações, e controlo dos esfíncteres - ou em atividades instrumentais de vida diária (AVDI's) – diretamente relacionadas com maior independência e integração da pessoa no meio social, como por exemplo: ir ao banco, fazer compras no supermercado, utilizar telefone e transportes públicos; administrar as próprias finanças e ainda, controlar e preparar medicações.

No entanto, para Esquenazi e *et al.* (2014) e Gleichmann e Mattson (2011), o processo de degeneração neural está intimamente relacionado com a desregulação do cálcio e o mau funcionamento mitocondrial, produzindo consequências irreparáveis para o funcionamento da atividade sináptica, interferindo diretamente no processo de envelhecimento normal e patológico como, por exemplo, nas alterações funcionais provocadas por doenças neurodegenerativas do tipo doença de Alzheimer (DA) e doença de Parkinson (DP), que apresentam maior prevalência nas últimas décadas (anos) de vida. Clinicamente, estas doenças além de apresentarem distúrbios motores e cognitivos, visto que em ambos os casos há um déficite cognitivo e não somente de mobilidade e do equilíbrio, surgem associadas também a perda da autonomia funcional, o que limita a liberdade da pessoa idosa em locomover-se sozinha e acarreta dependência de um cuidador ou familiar.

Assim, para Paixão Júnior e Heckman (2013), é através da atividade muscular - derivada das respostas dos mecanismos sensoriais e proprioceptivos - que o sistema nervoso central (SNC) exerce papel fundamental no controlo postural (equilíbrio) do corpo humano. No entanto, quando existem falhas neste padrão de atividades, há uma desestabilização dos estímulos sensoriais e motores ocasionando distúrbios de marcha e do equilíbrio (prevalentes nas pessoas mais velhas), constituindo fatores predominantes na diminuição da mobilidade e no risco de quedas.

2.2 DISTÚRBIOS DO EQUILÍBRIO E DA MOBILIDADE

É característico do controlo postural a manutenção estática da postura humana com o mínimo possível de oscilações. Mas é na velhice que tais oscilações ocorrem com maior frequência e intensidade, favorecendo o desequilíbrio corporal. Pois, tais fatores quando associados clinicamente ao déficite de marcha e à diminuição da força muscular, podem constituir um dos principais problemas para a manutenção da estabilidade, locomoção e mobilidade das pessoas idosas, uma vez que as suas consequências acarretam diminuição do desempenho funcional e das habilidades motoras. Por isso, os déficits biológicos ocasionados

por estas alterações podem provocar quedas ou até mesmo lesões permanentes que, quando não são fatais, tornam estes idosos dependentes de ajudas (SARMENTO; SOBREIRA; OLIVEIRA, 2014; FIGUEIREDO; LIMA; GUERRA, 2007).

Entretanto, como sublinham Figueiredo, Lima e Guerra (2007) o aumento de queixas relacionadas com o desequilíbrio corporal das pessoas mais velhas contribui para a necessidade de auxílio, ou até mesmo co-dependência, durante a execução das atividades de vida diária. Assim, os autores afirmam que as modificações funcionais inerentes ao envelhecimento, tais como, alterações no funcionamento dos sistemas vestibular e musculoesquelético, bem como a hipotensão e a diminuição dos mecanismos de defesas e respostas corporais preconizam a dependência funcional e a imobilidade.

Clares, Freitas e Borges (2014) acrescentam que, a par destes fatores, o comportamento sedentário de muitas pessoas idosas é responsável pelas queixas de dores osteomusculares e influencia negativamente a sua qualidade de vida. Com efeito, a limitação de mobilidade, apesar de fazer parte do processo natural de envelhecimento, quando associada à inatividade física tende a acentuar as dores musculares.

Sarmento *et al.* (2014) afirmam ainda que a maioria das pessoas mais velhas enfrentam algum tipo de dificuldade devido à diminuição da habilidade motora do equilíbrio corporal. As consequências da instabilidade e desequilíbrio corporal são os episódios de quedas domésticas, e estes constituem um dos principais fatores responsáveis por internações hospitalares de idosos.

2.3 AUTONOMIA FÍSICA OU FUNCIONAL

De acordo com o relatório da OMS em 2005, faz parte do conceito de envelhecimento ativo a participação e segurança no que diz respeito às melhorias em saúde, com o objetivo de promover a qualidade de vida e aumentar a expectativa para uma vida saudável de todas as pessoas mais velhas, inclusive aquelas com saúde mais fragilizada. Por isso, é fundamental a manutenção da independência e autonomia na velhice.

Fonseca e Medeiros (2019) consideram que atualmente ser funcional, para uma pessoa idosa, além de ser um modelo representativo de saúde, é também um desafio clínico na constituição de uma vida com maior independência. Deste modo, a funcionalidade está relacionada com o desempenho e habilidade de execução das AVD's, permitindo maior autonomia no dia a dia.

Para Maia *et al.* (2016), quanto maior o grau de independência de uma pessoa, representado a partir do desempenho funcional das tarefas do cotidiano, maior será a sua autonomia física. Entretanto, para Ferreira *et al.* (2012) o conceito de autonomia baseia-se na capacidade e união de condições motoras e cognitivas que um indivíduo possui para poder gerir a sua própria vida e tomar decisões diárias. No entanto, é importante lembrar que apesar da independência física, a mesma pessoa pode não ser autônoma, ou seja, pode não ser capaz de decidir ou gerir a própria vida, como ocorre em muitas doenças neurodegenerativas, como por exemplo a doença de Alzheimer.

Com ideias semelhantes, Ferreira *et al.* (2012) defendem que a capacidade funcional é um complemento fundamental, não só para avaliar a autonomia, mas também para analisar a saúde dos idosos. A capacidade funcional está pautada na habilidade e desempenho das atividades de vida diárias (AVD'S) e das atividades instrumentais de vida diária (AVDI'S). Com efeito, é com o avançar da idade que ocorre a diminuição da capacidade funcional de forma progressiva, contribuindo para perdas funcionais ou restrições nas habilidades motoras. Estas limitações, na maioria das vezes, são provocadas por déficits físicos e cognitivos, comprometendo aspectos físicos, sociais e psicológicos da vida das pessoas idosas.

Fonseca e Medeiros (2019) sublinham que os idosos fisicamente ativos, quando comparados com aqueles que não praticam nenhum tipo de atividade física, possuem menos riscos de saúde, pois têm maior desempenho funcional nas tarefas domésticas, melhor autoestima, estão mais propensos ao envolvimento social, e apresentam-se com melhor qualidade de vida. Assim, compreende-se que tanto o sedentarismo como a dependência funcional, quando associados às características clínicas do envelhecimento e a um declínio cognitivo, cooperam para a diminuição da autonomia e aumentam as chances de institucionalização.

No mesmo sentido, Pinto e Oliveira (2015) afirmam que a perda da capacidade funcional (ou autonomia) contribui, em alguns idosos, para o aumento progressivo de outros problemas, como por exemplo: maior chance de depressão, ansiedade, sentimentos de solidão e perturbações familiares que podem induzir à diminuição, ou exclusão, do convívio social. De modo semelhante, a capacidade funcional torna-se fundamental para a manutenção da autonomia que, por sua vez, é necessária para a independência física nas tarefas do cotidiano, assim como também para a participação em reuniões sociais, igrejas e viagens. Assim, a capacidade funcional pode ser benéfica também para o envolvimento social, pois permite maior atividade e interação entre pessoas, promovendo melhoria da qualidade de vida e diminuindo os riscos de doença e isolamento social.

2.4 AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA FÍSICA

Em Botelho (1999), a autonomia é um importante indicador de independência funcional. Assim, tal como ocorre nas AVDs e AVDI, a depender da complexidade de execução das tarefas domésticas, a autonomia pode ser classificada em física (ou simples) e instrumental. No que diz respeito às atividades simples, podemos destacar atividades habituais que fazem parte do nosso dia a dia, como por exemplo: cuidar da casa, preparar refeições, lavar roupas e questões relacionadas com a higiene pessoal. Já a execução de atividades mais complexas, instrumentais, como a utilização de transportes públicos ou a ida ao supermercado, padaria, igreja (ou seja, sair de casa para resolver questões pessoais), são consideradas tarefas complexas, pois exigem maior mobilidade, força muscular, habilidade funcional e maior nível cognitivo.

Deste modo, para muitas pessoas idosas, os primeiros sinais de dificuldades funcionais ocorrem durante as atividades instrumentais. Para Lopes (2007), as doenças crônicas são as principais causas de dependência funcional nas pessoas idosas. Ainda segundo a autora, o indivíduo é considerado totalmente dependente quando existe a necessidade física de uma terceira pessoa para apoiar a realização de tarefas do dia a dia (vestir-se, tomar banho, alimentar-se), impossibilitando o mesmo de viver sozinho em uma casa, visto que quase todas as atividades demandam esforço físico, e impossibilitando a execução das tarefas domésticas habituais. No entanto, Caldas (2003) adverte que, para além de saber se uma pessoa é dependente, é necessário investigar e diagnosticar, precocemente, a presença de patologia clínica, pois muitas vezes o grau de dependência funcional de uma pessoa idosa está associada à cronicidade destas doenças muito comuns no avançar da idade.

Ainda segundo Caldas (2003), a avaliação funcional da pessoa idosa continua sendo o melhor indicador para categorizar o grau de dependência e atribuir recursos a serem utilizados posteriormente para prevenção e tratamento. Esta análise, no âmbito da geriatria, pode dar-se através da avaliação das funções de atividade de vida diária (AVDs), atividades instrumentais de vida diária (AVDI) e atividades avançadas de vida diária (AAVDs) - estas últimas intimamente ligadas aos atos mais complexos do quotidiano, como trabalhar, viajar, lazer, contatos sociais e atividades físicas. Além disso, é importante ressaltar que a capacidade financeira também constitui um fator de dependência pois, quando inexistente, há necessidade de outros para usufruir da vida social e econômica. Em suma, a dependência é caracterizada por uma necessidade de ajuda para execução de tarefas essenciais da vida, sendo algo que vai além

do físico, constituída pela soma das incapacidades que geram necessidades de apoio externo, impedindo a pessoa idosa de desfrutar da vida sozinha e com autonomia.

2.5 O IDOSO FRÁGIL E AS QUEDAS

Para Caldas (2013), a dependência funcional está relacionada com a fragilidade, e esta pode ser definida pela vulnerabilidade, exemplificada através dos desafios que uma pessoa com 65 ou mais anos enfrenta para executar as tarefas domésticas mais simples do seu dia a dia. Com efeito, uma pessoa frágil é uma pessoa com dificuldades ou limitações funcionais, combinadas ou não com outras enfermidades patológicas, que apresenta vulnerabilidades para enfrentar os desafios diários do ambiente em que vive. Na língua portuguesa, os principais sinônimos para o termo frágil são: quebradiço; efêmero; fraco; sujeito a delinquir; que necessita de cuidados para se conservar. Contudo, segundo Lebrão (2011), mais do que associar a fragilidade aos seus diversos sinônimos gramaticais, é preciso compreender que a incapacidade não é sinônimo de fragilidade, mas sim um contributo para seu desenvolvimento. Para o autor, a fragilidade acontece por diversos fatores e déficits, e o seu somatório se reflete nas condições de saúde, predispondo a mortalidade.

Já segundo Veras *et al.* (2007), além de ser um reflexo das alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, a fragilidade pode ser representada através de sinais e sintomas tais como: fraqueza e fadiga muscular; diminuição do peso e apetite; anormalidades do equilíbrio e dificuldades na marcha. Tais condições funcionais, além de afetarem o desempenho nas tarefas domésticas, também são indicadores de vulnerabilidade e contribuem para os episódios de quedas.

Ora, de acordo com Perracini e Ramos (2002), as consequências dos episódios de quedas nas pessoas idosas vão além de traumas e fraturas e geram, para além do agravamento da capacidade funcional, o medo. E este tem influência direta nos aspetos psicológicos e sociais, pois o medo de cair faz com que o idoso se torne mais sedentário e com menor autonomia física para se locomover em casa. Deste modo, o medo produz consequências sociais, pois constitui um círculo vicioso em que o medo promove a inatividade física, que por sua vez aumenta a dependência funcional diminuindo a mobilidade e aumentando consideravelmente o risco de quedas e institucionalizações, originando também prejuízos financeiros para muitas pessoas idosas e seus familiares, devido aos elevados custos com serviços de saúde.

2.6 IMOBILIDADE E SÍNDROME DA IMOBILIDADE (SI)

Se as quedas podem ser um problema para as pessoas idosas, a imobilidade também o é. O termo síndrome é utilizado no meio científico para caracterizar um conjunto de sinais e sintomas clínicos de uma determinada patologia, independentemente de sua etiologia. Já o conceito de imobilidade baseia-se na falta de movimento, podendo ou não ser decorrente de alterações funcionais motoras, impossibilitando ou dificultando a movimentação corporal, assumindo estado de imóvel, estacionário. O termo síndrome da imobilidade não é muito comum na literatura – pois muitas vezes é referido como repouso prolongado no leito, imobilidade ou síndrome do desuso. Esta síndrome é constituída por um complexo conjunto de sinais e sintomas decorrentes da ausência de movimento articular, que por restrições motoras leva à incapacidade, dependência e fragilidade, sendo muitas vezes associada aos transtornos psicológicos e possíveis causas de mortes (LEDUC, 2013; QUINTELA, 2015).

Por comprometer e representar decréscimo na qualidade de vida e bem-estar, a imobilidade não só consiste em um grande fator de risco para o alto índice de mortalidade nos idosos, como também favorece no seu grau máximo a síndrome da imobilização, ou seja, a dependência completa da pessoa idosa. Com efeito, existem vários déficits funcionais (cognitivo, psicológico, rigidez motora, distúrbios dos aparelhos urinário, fecal e respiratório; além das inúmeras úlceras de pressão por ficar demasiado tempo imóvel) que caracterizam uma etapa final de determinadas patologias crônicas (MORAES, MARINO & SANTOS, 2010). Leduc (2013) alerta que, com todas estas alterações fisiológicas, os sistemas vão perdendo progressivamente as suas funções, alterando o processo natural de envelhecimento. Contudo, existe uma classificação para identificar e diferenciar a síndrome de imobilidade das demais patologias, cf. descrito no quadro 1.

Quadro 1 – Classificação de Imobilidade

Repouso	É considerado repouso quando há uma necessidade de permanência no leito variando entre 7 e 10 dias consecutivos, decorrentes de algum trauma ou características clínicas de rápida resolução.
Síndrome de Imobilidade (SI)	É caracterizada por repouso de longa duração, geralmente em decúbito dorsal (deitada no leito), por mais de 15 dias consecutivos. Acompanhado de déficit cognitivo, incontinência urinária e fecal, além de inúmeras contraturas articulares. A pessoa é completamente dependente para tudo.

Imobilização	Permanência no leito por um período de 10 a 15 dias. Com dificuldade motora e articular de moderado a grave, tende a ser parcialmente (ou moderadamente) dependente para executar as AVDs.
--------------	--

Fonte: Leduc (2013).

2.7 A DEPENDÊNCIA FÍSICA NA PESSOA IDOSA

Sequeira (2010) afirma que a transição para o surgimento da dependência física afeta especialmente as pessoas de idades mais avançadas, cujos acontecimentos antecipados (como a reforma) ou não esperados (como doenças, AVC, acidentes) geram dependência física ou mental. Deste modo, cabe aos profissionais de saúde identificar o nível de dificuldade que a pessoa idosa apresenta no seu cotidiano, para a partir de então inserir uma classificação da gravidade funcional.

Já para o Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais de Espanha (2004, p. 17), a definição de dependência, proposta pelo Conselho Europeu, é a seguinte:

Estado em que se encontram as pessoas que, por motivos relacionados com a falta ou perda de autonomia física, mental ou intelectual, precisam de assistência e / ou ajudas importantes na realização dos atos da vida diária e, portanto, em particular, os que se referem aos cuidados pessoais.

Com efeito, as definições e classificações de grau de dependência física, em alguns países da União Europeia, seguem diferentes configurações. Por exemplo, os modelos estabelecidos por Espanha e Alemanha possuem apenas três graus de dependência. Já em França, é considerado um modelo de seis níveis, sendo que as pessoas acima dos 60 anos de idade com graus de dependência superior a 4 têm direito ao subsídio de autonomia personalizado. Nestes países, o tipo e a quantidade de ajuda que uma pessoa necessita de outrem para estabelecer uma vida com autonomia física, é levado em consideração para caracterização do grau de dependência física.

Quadro 2 – Modelo espanhol e alemão com 3 graus de dependência física

Espanhol	Alemão
Grau 1: dependência moderada, precisa de ajuda em uma ou mais AVDs, pelo menos uma vez ao dia.	Grau 1: fazem parte desta categoria, pessoas que necessitam de pelos menos 90 min diários de cuidados de outrem, principalmente no que se refere a cuidados pessoais, higiene, alimentação e mobilização.

Grau 2: dependência severa, apesar de não ser necessário a presença constante de um cuidador, requer ajuda várias vezes ao dia durante a realização de atividades de vida diária.	Grau 2: pessoas que precisam de ajuda por um período não inferior a 3h/dia, para realização de atividades domésticas e pessoais.
Grau 3: grande dependência, pois a pessoa não possui autonomia física e mental, e precisa de um cuidador diariamente.	Grau3: pessoas que precisam de ajuda diariamente, tanto para atividades domésticas, como pessoais, e que na maioria das vezes dispõem de um cuidador 24h por dia.

Fonte: Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais de Espanha (2004).

Quadro 3 – Modelo francês com seis níveis de dependência física

Nível 6: Pessoas com autonomia física para as suas AVDs.
Nível 5: Pessoas que precisam de ajudas pontuais para auxílio durante a higiene pessoal, preparação de refeições e algumas atividades domésticas.
Nível 4: Pessoas que apesar de terem mobilidade para movimentar-se dentro de casa, necessitam de ajuda para levantar-se e vestir-se e durante os cuidados pessoais e AVDs.
Nível 3: Pessoas que mantêm integridade das funções mentais, mas que perderam parcialmente a sua autonomia física e por isso necessitam constantemente de ajuda diária para cuidados pessoais e execuções de atividades do dia a dia.
Nível 2: Constituído por dois grupos: 1) Pessoas acamadas ou em cadeiras de rodas, que possuem comprometimento motor elevado, mas que não perderam totalmente suas funções mentais; e 2) Pessoas que apesar de possuírem mobilidade para movimentar-se dentro de casa, possuem suas capacidades mentais alteradas. Necessitam de cuidados pessoais e de apoio nas atividades domésticas ao longo do dia.
Nível 1: pessoas acamadas ou em cadeira de rodas que perderam totalmente a autonomia física, mental e social. Necessitam de cuidador 24h por dia.

Fonte: Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais de Espanha (2004).

Entretanto, apesar de não existir um consenso sobre o domínio e o estabelecimento de medidas fiáveis para a classificação de um modelo único de dependência física em Portugal, um estudo desenvolvido pela Carta Social em 2009, utiliza os seguintes conceitos relacionados aos níveis de dependência física:

Quadro 4 – Modelo português de dependência física

Autónomo: Pessoas com total autonomia física, que não precisam de ajuda para os cuidados básicos do cotidiano.
Parcialmente dependente: Pessoas que precisam de ajuda de terceiros para os cuidados básicos de higiene pessoal e deslocações.

Dependente: Pessoas com a autonomia parcialmente prejudicada, impedidas de realizarem sozinhas as necessidades básicas do dia a dia, necessitando de ajuda para assuntos relacionados com alimentação, locomoção, cuidados pessoais e higiene.

Grande dependente: Pessoas que na grande maioria dos casos estão acamadas ou em uso de cadeira de rodas, são dependentes de terceiros, pela falta de autonomia física ou mental (como em casos de demências).

Fonte: REPÚBLICA PORTUGUESA. Carta Social: rede de serviços e equipamentos (2019).

Sequeira (2010), afirma que a dependência física é o resultado do declínio funcional do idoso, e que, portanto, também é consequência das patologias crônicas que tendem a desenvolver com o avançar da idade ou em virtude de um acidente. Neste sentido, a avaliação precoce assume um papel primordial na detecção de estratégias de invenções para promoção da saúde e prevenção da deterioração do quadro clínico funcional. Assim, a escolha e utilização de instrumentos de medidas de avaliação dos idosos, é primordial para estabelecer um diagnóstico preciso e eficiente.

Em Portugal, devido aos altos índices de procura por políticas de saúde pública para as pessoas idosas com quadro clínico de dependência crônica, o modelo assistencial favorece o apoio informal. Por outras palavras, os cuidados para as pessoas idosas com dependência física advêm, principalmente, do apoio informal dos seus familiares. Neste sentido, cabe ao Estado prestar um apoio complementar, visto que nem sempre é possível ao familiar suprir todas as necessidades que a pessoa dependente necessita.

Resumidamente, os principais instrumentos de avaliação de dependência da pessoa idosa, são:

Quadro 5 – Instrumentos de avaliação de dependência da pessoa idosa

Instrumentos de avaliações mais utilizados de acordo com as AVDs
<p>Índice de Barthel - Constituído por 10 questões relacionadas às AVDs. Sua pontuação total varia de 0-100, em que a pontuação zero significa dependência total, ou seja, quanto maior a pontuação, maior é o grau de dependência.</p> <p>Este índice permite ao avaliador perceber a capacidade funcional da pessoa idosa, bem como determinar o grau de dependência de forma global, através da identificação dos determinantes de dependência em 3 categorias (mobilidade, higiene e controlo e esfíncteres).</p>
<p>Índice de Katz – permite ao investigador avaliar a autonomia da pessoa idosa perante as AVDs. A pontuação total varia de 0-6, indicando o grau de severidade à medida que atinge a pontuação máxima, indicando se este idoso precisa de ajuda, supervisão ou se é independente.</p>

Instrumentos de avaliações mais utilizados de acordo com as AIVDs
<u>Índice de Lawton</u> – composto por 8 atividades relacionadas com as AIVDs, que permite identificar a capacidade de adaptação e manutenção da independência em comunidade. A pontuação pode variar entre 8-30 pontos, indicando maior grau de severidade conforme a pontuação aumenta.
<u>Escala de AVD de Lawton Brody</u> – permite uma avaliação global, ou parcial da autonomia e dependência física da pessoa idosa de acordo com cada grupo de atividade. A pontuação máxima pode chegar aos 90 pontos, indicando também maior grau de dependência. Sequeira (2007) apresentou um estudo com uma versão adaptada às necessidades da população portuguesa que vai de 8-30 pontos; consoante o grau de severidade, assim a pontuação aumenta.
<u>Easy care</u> – uma das escalas mais utilizados, seguindo os conceitos da psicogeriatría. É um instrumento de pesquisa para avaliação da saúde mental, física, social e bem-estar da pessoa idosa, útil como forma de monitorização da saúde e qualidade de vida. A escala é constituída por duas partes: inicialmente por questões gerais relacionadas com a saúde da pessoa idosa, (como, por exemplo, visão, audição, deglutição, solidão, entre outros); seguidamente de questões relacionadas as AIVDs, que irão estabelecer, consoante a maior pontuação, um maior grau de dependência. Ao todo, são 17 questões e a pontuação varia de 0-100
<u>Mini dependence assesment (MDA)</u> - uma escala de aplicação rápida, que permite identificar o impacto da deterioração cognitiva do dia a dia da pessoa idosa. Avalia 12 critérios através de quatro categorias (atividades corporais, sensoriais, locomotoras e sensoriais). A pontuação total varia de 0-24, consoante o somatório total das respostas, classificando em independente (pontuação 0) até dependência muito severa (24 pontos).
Outros instrumentos de avaliações
<u>Escala de incapacidade da Cruz Vermelha</u> - muito utilizada em Espanha, mas sem evidências psicométricas. Classifica a dependência em seis níveis (indo do totalmente dependente ao independente), a partir dos resultados obtidos em três áreas: atividades do cotidiano; mobilidade; e controlo de esfíncteres.
<u>Escala de independência funcional (FIM)</u> – muito utilizada nos EUA, possui boa produtividade e equivalência cultural. Possui sete níveis, da dependência à independência, consoante o grau de funcionalidade, e tem por objetivo a avaliação de seis dimensões (cuidados domésticos, controlo de esfíncter, mobilidade, locomoção, comunicação e comportamento social), através de 18 funções que permitem a monitorização das funcionalidades ao longo do tempo ou em determinado momento.

Fonte: Sequeira (2010); Duque *et al* (2015); Apóstolo (2012).

2.8 O IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Com o aumento da esperança de vida e o rápido envelhecimento populacional, a institucionalização tem sido uma realidade cada vez mais comum em nossa sociedade. Desde 2010 que as respostas sociais às pessoas idosas no território português têm aumentando significativamente, de acordo com o relatório de 2018 da Carta Social, 67% das respostas sociais que entraram em vigor neste ano foram direcionadas à população idosa, como por exemplo: as estruturas residenciais para pessoas idosas, o serviço de apoio domiciliário e centro

dia. No entanto, ainda de acordo com este relatório, 59% do total das respostas sociais a funcionar em 2018 pertencem a entidades não lucrativas (CARTA SOCIAL, 2019).

De acordo com Rodrigues e Silva (2013), a instituição assume um caráter protetor de abrigo ao idoso sendo, em sua maioria, organizações não governamentais que assumem o papel social e interativo na proteção e inclusão social das pessoas mais velhas, atribuindo-lhes atividades internas favoráveis ao convívio em comunidade. No entanto, é preciso desvincular da conotação negativa que o termo popular “asilo” suscita. De acordo com Boechat (2013), a palavra asilo vem sob um aspeto negativo, fazendo alusão ao abandono, miséria e prisão – também muitas vezes associada a maus tratos ou até mesmo violência doméstica contra o idoso. Na sociedade contemporânea, a instituição está relacionada com um lugar de interseção social, local residencial de longa permanência e de conforto, que possui atividades para melhoria do convívio, e com animação social para ocupação dos tempos livres.

No entanto, importa lembrar que a institucionalização da pessoa idosa decorre por diversos motivos, como por exemplo: a diminuição da rede social, a morte do cônjuge, o afastamento familiar ou a impossibilidade de cuidados em casa junto à família; problemas de saúde ou manifestações clínicas que demandem assistência multidisciplinar como imobilidade, déficits cognitivos, incontinências e patologias neurodegenerativas que requerem cuidados especiais e complementares permanentes (BOECHAT, 2013; RODRIGUES & SILVA, 2013).

Além de serem um lugar para residir e proporcionar cuidados de saúde, as instituições também funcionam, e têm um papel primordial, na melhoria da qualidade de vida através de uma rede de apoio social ativa. Assim, este apoio tende a favorecer o convívio e contribuir para o alívio dos sentimentos e eventos que geram impactos negativos, em busca de favorecer o bem estar psicológico e social das pessoas idosas (RODRIGUES & SILVA, 2013).

2.9 SUPORTE SOCIAL À PESSOA IDOSA DEPENDENTE

Com base no relatório da World Health Organization (2005), o apoio social constitui um dos fatores determinantes no ambiente central em que o idoso está inserido pois é benéfico para a saúde, promovendo a segurança e a participação social, além de ser um indicador da qualidade de vida e bem-estar. Assim, as relações de proximidade são vitais para aumento do suporte emocional e, conseqüentemente, primordiais na diminuição dos transtornos psicológicos que levam à morbidade, depressão e morte.

Para Lemos e Medeiros (2013), com o avançar da idade há uma tendência para a diminuição do círculo social, bem como, também, para a exclusão, inatividade, isolamento e

solidão associadas à dependência generalizada, tornando esta fase da vida uma experiência emocionalmente negativa, não só para as pessoas idosas, mas também para os seus familiares. Ainda segundo estes autores, mesmo sendo o envelhecimento um processo natural do nosso organismo, há um dano gradativo da capacidade funcional e é neste momento que surgem as dificuldades ou incapacidades em manter autonomia e dependência funcional, sendo imprescindível o apoio, ou seja, uma rede de apoio social que pode ser informal (familiar e próxima) ou formal (instituições, equipa multidisciplinar), para melhor atender às necessidades clínicas e funcionais destes idosos.

Rodrigues e Silva (2013) afirmam que o apoio social é um processo interativo, porém complexo, pois requer disponibilidade individual e coletiva para estabelecer vínculo e interação entre o indivíduo e as pessoas da sua rede social, a fim de favorecer a satisfação e o engajamento emocional para receber e perceber este apoio.

Na percepção de Paúl (2005), a rede social possui o papel de partilhar contatos dentro de um dado grupo social. E o apoio social, exerce função primordial no que diz respeito ao envolvimento durante a interação e trocas de favores estabelecidos entre esse mesmo grupo. Assim, Paúl considera que, tanto a rede social, como o apoio social, são fundamentais para o desenvolvimento emocional durante o processo de envelhecimento, contribuindo para o bem-estar físico e mental. Ainda para a autora, existem três dimensões essenciais no apoio social, conforme se descreve no quadro 6, a saber, a interação social, o apoio recebido e o apoio percebido.

Já para Wenger *et al.* (1996), é possível verificar que, no caso da população idosa, tanto o isolamento social como a solidão configuram-se em problemas e preocupações de política social e qualidade de vida, sendo a importância deste problema diminuída pela construção de redes de apoio e integração social. Em suma, o apoio familiar e de amigos constituem recursos fundamentais para a manutenção da saúde e qualidade de vida de todas as pessoas, em especial para as pessoas idosas mais solitárias com tendência ao isolamento e exclusão social (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Quadro 6 – Medidas de apoio social

Interação social	Apoio recebido	Apoio percebido
Refere-se à frequência com que contactamos outras pessoas da nossa rede social.	Ajuda efetivamente recebida por pessoas que fazem parte da mesma rede social.	Corresponde à crença que uma pessoa tem, favorecida ou não por uma experiência passada, que pode ser boa ou má.

Fonte: Paúl (2005).

3 O ISOLAMENTO SOCIAL

3.1 PRINCIPAIS CAUSAS E CARACTERÍSTICAS

De acordo com os Censos de 2011, em Portugal, quase 400 mil pessoas idosas vivem sós enquanto 804 mil vivem em companhia de outros idosos (INE, 2012). Este cenário tem relação direta com o aumento expressivo da esperança de vida, já que atualmente o país possui um dos maiores índices de envelhecimento da Europa: para cada 100 jovens existem 159,4 pessoas idosas (INE, 2019).

Para Gierveld (1998), a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos estão correlacionados com o nível de interação e participação em sociedade, sendo este um indicador muito importante na avaliação de produtividade e isolamento social, na vida das pessoas idosas. Wenger *et al.* (1996) lembram que muitas são as características e experiências vividas que predis põem ao isolamento social e que fatores como, o luto, a viuvez ou o divórcio, a mudança de moradia, situações socioeconômicas e a condição de reformado contribuem para que ao longo da vida pessoas idosas se vão afastando dos familiares e amigos, assumindo um estilo de vida mais recluso dos eventos sociais e familiares.

Aprofundando este debate, Gierveld, Tilburg e Dykstra (2016) caracterizam o isolamento social sob a perspectiva de duas vertentes distintas. A primeira refere-se ao isolamento opcional (aquele em que o indivíduo optou por afastar-se, quer seja física ou emocionalmente). Nestes casos, o isolamento social é uma escolha de vida: a pessoa decidiu diminuir o seu círculo de amigos e assume um comportamento de completo afastamento dos eventos sociais indesejados. Já na segunda vertente, o isolamento surge associado a fatores externos, que podem decorrer de motivos físicos (funcionais), emocionais, pobreza, localização geográfica (morar na zona rural, longe dos centros urbanos), entre outros que vão além da vontade da pessoa. Para além das poucas relações sociais estabelecidas, o isolamento social é caracterizado por uma completa ausência de laços afetivos, ou a diminuição da participação em comunidade (em meio familiar, amigos ou vizinhança). Deste modo, a característica fundamental nesta situação está relacionada com a qualidade e funcionamento da rede social e não com a quantidade de contactos. Assim, as pessoas isoladas têm maior chance de se sentirem sós, tornando-as mais vulneráveis aos sentimentos de solidão e depressão (GIERVELD, TILBURG & DYKSTRA, 2016; GIERVELD, 1998).

3.2 ISOLAMENTO *VERSUS* SOLIDÃO

Paúl e Ribeiro (2009) afirmam que o isolamento social está associado a uma má qualidade da rede social, refletindo a diminuição do número e da frequência de contacto, sendo diferente da solidão, que é um sentimento que o indivíduo experimenta independentemente da quantidade de pessoas que vê ou com quem fala.

Com as alterações e transições da rede familiar na sociedade moderna, uma quantidade significativa de idosos passaram a viver sós, alguns por escolha, outros (a grande maioria) em decorrência das perdas que a vida impõe, ou pela morte de um cônjuge, divórcio, perda de um filho ou familiar querido (Cabral *et al.*, 2013). Assim, viver só, principalmente em idades mais avançadas, passou a ser uma realidade cada vez mais comum em nossa sociedade atual. Ainda que na maioria das vezes o isolamento social esteja associado à solidão, o maior desafio para estas pessoas advém das condições funcionais de vida, pois muitas tornam-se dependentes de terceiros e perdem completamente sua capacidade funcional e cognitiva, o que faz deste cenário também um problema social.

Com efeito, à medida que uma pessoa envelhece, suas relações sociais diminuem. Isto pode acontecer por questões físicas, devido às limitações de saúde, ou por questões emocionais ligadas à perda de familiares ou amizades próximas. Nesse caso, o isolamento social muitas vezes associado ao sentimento de solidão, também pode influenciar comportamentos físicos menos funcionais, contribuindo para o sedentarismo e morbidades.

Autores como Paúl (2012) e Wenger *et al.* (1996) distinguem, assim, o isolamento social de solidão, caracterizando o isolamento social pela ausência de contactos sociais, decorrente de fatores sociais ou físicos, e/ou do contexto habitacional em que se encontre. Trata-se, pois, de uma situação completamente diferente do sentimento de solidão, que é uma experiência subjetiva, independente das condições socioeconômicas, pois há uma procura sem resposta de partilha de sentimentos e experiências com outros. Já numa condição de isolamento, o contexto muitas vezes obriga à ausência de interação social.

Num estudo realizado por Paúl e Ribeiro (2009) os autores concluem que a solidão parece interferir, tanto no processo natural de envelhecimento, como na saúde física e mental das pessoas idosas. Esta associação deve-se às evidências de vários estudos, de acordo com Wenger *et al.* (1996), que elucidaram os comprometimentos funcionais que são subjacentes à solidão, como por exemplo: problemas biológicos de saúde (alterações no sono, hipertensão e doenças cardíacas), ansiedade, depressão e mortalidade. De facto, tanto a solidão, como o

isolamento social constituem graves problemas de saúde pública e social, pois são também indicativos de morbidade e mortalidade por câncer e doenças cardiovasculares.

Wenger *et al* (1996), afirmam que o isolamento e a solidão são mais comuns para as mulheres, pois estas, por viverem mais anos do que os homens, tendem a ficar viúvas e passar o resto da vida a morar sozinhas. No entanto, para os autores, morar só não constitui a única condição que define o isolamento, pois nem todos os que vivem só são pessoas isoladas, embora quase sempre as pessoas que estão isoladas vivam sozinhas. Em consonância, Gierveld (1998) afirma que o baixo número de contactos sociais (rede social) até pode estar correlacionado com o isolamento, mas não é sinônimo de solidão. Para o autor, a relação entre isolamento e solidão é uma linha tênue e subjetiva aos sentimentos e experiências de vida de cada um, sendo medida a partir da qualidade das relações estabelecidas, e não através da ampliação de uma rede de contactos.

3.3 APOIO SOCIAL E SAÚDE

Os primeiros estudos à luz de abordagens das ciências sociais associando o apoio social a benefícios na saúde surgiram na década de 1970, sob o contexto de contribuições na promoção da saúde e prevenção de doenças. Nessa época, com descobertas ainda empíricas, o apoio social surgiu como contributo para as relações e ligações entre grupos, estabelecendo-se como apoio informal (família, amigos, vizinhos) e apoio formal - instituições, profissionais de saúde e organizações de saúde (CANESQUI & BARSAGLINI, 2012).

Mais recentemente, de acordo com o relatório da World Health Organization, de 2005, reconhece-se que o envolvimento social constitui um benefício para a qualidade de vida e um contributo para a saúde e bem-estar. E ainda que o envolvimento em atividades físicas, culturais e socioeconômicas é indicativo do envelhecimento saudável, que tem em seu modelo central a preservação da funcionalidade e a participação social.

Entretanto, estudos indicam que o apoio social através do desenvolvimento de redes sociais para suporte emocional é positivo para reproduzir a sensação de pertença e, assim, minimizar sentimentos de tristeza, abandono e solidão, muito comuns na população idosa (BROOKE & JACKSON, 2020). Assim, autores como Esgalhado e colegas (2010) elucidam a importância do impacto positivo da relação social para o bem-estar físico, mental e social das pessoas mais velhas, visto que estabelecer relações próximas, além de ser fundamental para a saúde física e psicológica, é também um atributo do envelhecimento saudável.

Em face de situações de viuvez, dificuldade de mobilidade e risco de isolamento social, o apoio social para as pessoas idosas tende a ser o suporte primordial na diminuição da solidão e dos sentimentos negativos, visto que a partilha social entre amigos e familiares de um mesmo grupo ou rede social contrapõe a solidão e o afastamento social (RODRIGUES & SILVA, 2013).

Quadro 7 – Apoio social para as pessoas idosas: suas definições e associações

<u>Rede de Apoio Social</u>
Constituída por ligações ou conexões favoráveis aos laços afetivos; Funciona como um elo para trocas e reciprocidade, produzindo um efeito de proteção aos sentimentos negativos associados ao envelhecimento.
<u>Interação Social</u>
Está associada à frequência de contactos sociais; reflete-se diretamente no sentimento de pertença a um grupo ou rede de apoio.

Fonte: Paúl (2005)

3.4 REDES DE APOIO

Para Cabral *et al.* (2013) as redes sociais, principalmente para as pessoas mais velhas, funcionam como importante elo de apoio e conexão emocional. As redes são constituídas por contactos que permitem trocas de apoio ou ajuda pessoais, mantendo um vínculo de interação social. Segundo os autores, nestes casos as redes sociais de apoio desempenham um papel fundamental na proteção social e no processo de envelhecimento, principalmente para aqueles com idades mais avançadas, pois, para muitas dessas pessoas o envelhecer bem é dependente da proximidade de familiares e amigos de sua confiança (primordiais na percepção do apoio recebido), sendo também, essenciais na redução dos sentimentos negativos.

Paúl (2005) enfatiza que o papel do apoio social na saúde tem a ver com o tipo de interação envolvida, e este envolvimento é de suma importância para o envelhecimento bem sucedido. Considera ainda a autora que o apoio social informal é fundamental para a inserção dos idosos na comunidade, contribuindo positivamente para o sentimento de pertença a um grupo. Para a autora, o apoio informal também integra características singulares, uma vez que, em sua percepção muitos familiares tendem a cuidar dos seus parentes idosos guiadas pelos sentimentos de obrigação (associado ao dever de cuidar) ou motivação intergeracional (relacionada ao compromisso de continuar a fazer e repetir a tradição dos pais); e não pelo sentimento de representatividade de carinho, amor ou amizade. Diferentemente de quando este

apoio ocorre de forma involuntária por amigos e vizinhos, potencializando o sentimento de pertença e acolhimento, sendo positivo para a qualidade de vida e bem-estar destes idosos.

Por fim, Neri e Vieira (2013) afirmam que, à medida que a idade avança ocorre uma diminuição dos laços sociais, o que se reflete diretamente na motivação destes idosos para a participação em eventos socioculturais. Uma vez que, diferentemente dos jovens que procuram afirmação e status sociais, no geral, as pessoas mais velhas buscam sentimentos reconfortantes e acolhedores na expectativa de criar laços de amizades eficazes para trocas futuras de ajuda e, desta forma, vir a usufruir de melhores condições sociais, físicas e psicológicas.

3.5 ISOLAMENTO SOCIAL EM ÉPOCA DE PANDEMIA DO SARS-COV

A pandemia causada pelo vírus SARS-COV 2 surgiu inicialmente na cidade de Wuhan, na China, no final de 2019, mas é atualmente um desafio global de saúde pública e econômica, pois suas características infecciosas espalharam-se de forma progressiva entre as mais variadas faixas etárias. No entanto, sobretudo numa fase inicial até à chegada de vacinas, o vírus teve na população idosa o principal grupo de risco e o maior índice de mortalidade (BOMFIM, 2020).

No atual cenário pandêmico o isolamento social assume um papel primordial na proteção da transmissão da doença, bem como também na função de evitar a sobrecarga de pacientes infetados nos sistemas públicos de saúde. Com efeito, as estatísticas mundiais apontam para o alto índice de contágio e uma sintomatologia variada nos diferentes grupos etários (desde sintomas iguais aos da gripe, até graves problemas e complicações dos sistemas respiratórios e cardiovasculares). Deste modo, cresce a preocupação com os impactos negativos na vida das pessoas mais velhas, principalmente aqueles com idade superior aos 65 anos, onde o risco de mortalidade é maior (ARMITAGE & NELLUMS, 2020).

De acordo com o relatório publicado pela Direção Geral de Saúde (DGS), no dia 29/07/2021, Portugal apresenta 960.437 casos confirmados de Covid-19 (com uma média diária de 3mil novos casos de covid). Neste relatório, as evidências são de que os maiores índices de infeção ocorrem no sexo feminino, porém com mortalidade mais expressiva no sexo masculino, com idade superior aos 60 anos (DGS, 2021).

Para Henriques e Dias (2020), em Portugal, o isolamento social imposto através da quarentena obrigatória, após o estado de emergência no mês de março de 2020, trouxe à população idosa uma maior vulnerabilidade física e emocional e comorbidades, aumentando os riscos de agravamento, não só da saúde física, como também psicológica, pois desde então várias são as queixas e relatos de ansiedade, tristeza, solidão e depressão na população idosa.

Brooke e Jackson (2020) chamam também a atenção para o aumento dos casos de solidão e depressão na população idosa no mundo, uma vez que as restrições sociais do isolamento forçado promovem diminuição das redes sociais, o que contribui para sentimentos negativos de incapacidade e fragilidade, repercutindo-se em insegurança para a socialização e para práticas de atividade física e, desta forma, promovendo ainda mais o sedentarismo e solidão. Assim, a nova realidade do isolamento social forçado tornou-se, para além de proteção de contágio, num preocupante período para a saúde mental e física das pessoas, especialmente das mais velhas. São inúmeros os casos de idosos que vivem sozinhos e que tinham na sua família o suporte emocional, ou em centros de dia o meio para interação social, e que agora vêm as suas rotinas interrompidas: são poucas as visitas familiares e contactos com vizinhos e amigos, apenas o distanciamento social que é obrigatório, o que muitas vezes acaba contribuindo para o sedentarismo, e conseqüentemente, para perdas funcionais oriundas da ausência da atividade física. É neste sentido que devemos intervir como sociedade e ajudar esta população, pois como cidadãos devemos cumprir as diretrizes e promover o distanciamento físico, mas nem por isso devemos excluir a população idosa da participação social.

Portanto, como comunidade, nosso papel é intervir e ajudar para que este período de contenção e afastamento social não prejudique ainda mais a saúde dos idosos, tornando-os em pessoas com mais dependência, prejudicando sua saúde física e mental. Pois, ainda que seja obrigatório e medida profilática, devido às conseqüências funcionais que o vírus promove em nosso organismo, principalmente nas pessoas idosas (população de risco), o isolamento social não só pode favorecer uma maior dependência funcional, como também pode promover sentimentos de abandono, tristeza e solidão pelo afastamento da família e de amigos próximos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Um dos principais desafios da Gerontologia Social está associado à busca por diretrizes de estratégias para melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas. Assim, tendo por base a revisão de literatura atrás apresentada, este estudo, procurou responder à seguinte pergunta de partida: em que medida as limitações físicas próprias do envelhecimento condicionam o nível de isolamento social de pessoas idosas?

Para abordar esta temática, este estudo seguiu uma abordagem exploratória quantitativa através da aplicação de um inquérito por questionário, com o objetivo de medir o nível de dependência funcional de pessoas idosas, através da aplicação de duas escalas: a Escala de Lawton e Brody (na versão apresentada por Sequeira, 2007) para medir a dependência na realização das AVDs; e a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, LSNS-6, para avaliar o risco de isolamento social das pessoas mais velhas.

4.1 ESCALA DE LAWTON E BRODY (NA VERSÃO APRESENTADA POR SEQUEIRA, 2007)

No âmbito da geriatria e gerontologia, o índice de Lawton-Brody é uma das escalas mais utilizadas no mundo para avaliar a autonomia instrumental. Foi originalmente desenvolvida em 1969, por Lawton e Brody. É, ainda nos dias atuais, o melhor meio de avaliação funcional da população idosa. Com esta escala é possível avaliar a autonomia da pessoa idosa a partir do grau de dependência que ela apresenta (DUQUE *et al*, 2015).

Esta escala de avaliação funcional tem por base a realização de atividades instrumentais (AIVD) necessárias para uma vida independente, que são: utilização do telefone, preparação da alimentação, tarefas domésticas (ir ao supermercado, cuidar da casa), lavagem de roupas, gestão de assuntos financeiros, utilização de meios de transportes para locomoção e manejo de medicamentos (ARAÚJO *et al*, 2007). Estas informações são obtidas através de um questionário que pode ser aplicado diretamente à pessoa idosa ou a cuidadores. O grau de dependência é atribuído de acordo com a pontuação, mediante as respostas da capacidade a ser avaliada. A pontuação final (que varia entre 0-8 pontos) resulta na soma das oito tarefas inquiridas e corresponde a cinco graus, que são: dependência total (0-1 ponto), grave (2- 3 pontos), moderada (4-5 pontos), ligeira (6-7 pontos) e independente (8 pontos).

Botelho (1999) considera que, com a escala de Lawton-Brody, é possível caracterizar a funcionalidade das pessoas e evidenciar as suas particularidades, ressaltando as principais

diferenças tanto entre grupos etários, como também entre gêneros. Já Araújo e colegas (2007) afirmam que um dos principais motivos para utilização desta escala tem a ver com a facilidade, baixo custo e rápida aplicabilidade com que ela permite fazer o rastreio de determinadas incapacidades nas pessoas mais velhas.

A nova versão da escala apresentada por Sequeira em 2007 foi adaptada à realidade da população idosa portuguesa, subdividindo as secções conforme o que se considerava ser mais próximo do quotidiano destas pessoas (com pontuações variáveis consoante a complexidade da tarefa, algumas com até 3 alternativas de múltiplas escolhas, outras com até 4 opções (DUQUE *et al*, 2015).

Nesta nova versão, o índice varia entre 8 e 30 pontos, estabelecendo-se três níveis, como mostra o quadro 8:

Quadro 8 – Pontuação segundo o nível de dependência funcional

Independente	Até 8 pontos
Moderadamente dependente, ou a necessitar de pouca ajuda;	De 9 a 20 pontos
Severamente dependente, ou a necessitar de muita ajuda.	Acima de 20 pontos

Fonte: Apóstolo (2012).

4.2 ESCALA BREVE DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN, LSNS-6 (VERSÃO PORTUGUESA)

Tão importante como saber e avaliar o grau de isolamento social das pessoas idosas é conhecer os benefícios que evitar o isolamento traz às pessoas idosas, isto é, saber que é fundamental prevenir para viver bem. Assim, tornou-se fundamental, na área da gerontologia, desenvolver instrumentos confiáveis para medir o isolamento social, pois, as consequências do isolamento social, como por exemplo a solidão, podem predizer a fragilidade da saúde e até a morte precoce (LUBBEN *et al*, 2006).

Nesse contexto, surge no fim da década de 80 a primeira versão da Escala de Rede Social de Lubben (LSNS). Com 10 questões, a escala debruça-se sobre as relações familiares e amizades da rede social da pessoa idosa para uma avaliação do seu nível de isolamento social (RIBEIRO *et al*, 2012). A versão abreviada desta escala surge em 2003 apresentando 6 questões de autopreenchimento. Esta versão foi citada como instrumento apropriado para rastreio do isolamento social, visto possuir boas condições psicométricas e ser de mais simples e rápida aplicação (LUBBEN & GIRONDA, 2003 apud LUBBEN *et al*, 2006).

A escala de LSNS-6 funciona, pois, como um rastreador do isolamento social na população idosa. É formada por um conjunto de 3 perguntas, para cada subclasse família e amigos, avaliando a intimidade destas relações, através de questões como: (1) Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês? (2) De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda? (3) Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais? As mesmas perguntas são repetidas para as relações de amigos (LUBBEN *et al*, 2006; RIBEIRO *et al*, 2012). Os autores Lubben *et al* (2006) consideram que os indivíduos com uma pontuação inferior a 12 (ou seja, pessoas com menos de dois indivíduos para os 6 aspetos avaliados), apresentam um risco de isolamento social.

4.3 PARTICIPANTES

A forma de recrutamento deste estudo deu-se através de contactos pessoais, redes de amigos, e por contactos aleatórios a partir de abordagens a pessoas na rua, junto ao Centro de Saúde de Campo de Ourique/Lapa e próximo da Junta de Freguesia de São Domingos de Benfica. Assim, aceitaram participar deste estudo um total de 56 idosos, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, de ambos os sexos, que demonstraram estar aptos cognitivamente para responder a todas as questões. Os participantes eram residentes na região metropolitana de Lisboa (n=50), e numa instituição localizada em Venda do Pinheiro (n=6). Após serem informados sobre o objetivo e finalidade deste estudo, todos deram verbalmente o consentimento para participar na pesquisa.

Aos inquiridos foi lido e explicado o que cada escala representava, de forma a facilitar a interpretação e trazer as questões para o mais próximo da realidade de cada um. Desta forma, os questionários poderiam ser de autopreenchimento ou preenchidos por um entrevistador, que lia as questões e assinalava numa folha as respostas dadas. No entanto, por medidas de precaução e prevenções pandémica, durante as abordagens na rua, foi adotado a forma de preenchimento exclusivo por parte do entrevistador, evitando o contato, bem como a partilha de objetos, e mantendo o devido distanciamento físico entre o entrevistador e o inquirido. Nos demais casos, a aplicação dos questionários foi adaptada de forma a melhor atender e respeitar as medidas restritivas de contato com a população idosa. Por isso, em algumas situações optou-se por entrevistas telefônicas. A aplicação do questionário decorreu durante um período de 30 dias, compreendido entre os meses de outubro e novembro de 2020.

Para além do conteúdo das duas escalas inseridas neste estudo, também foram incluídas neste inquérito questões para caracterizar sociodemograficamente a população inquirida, incidindo sobre variáveis tais como: sexo; grupo etário; escolaridade; atividade física;

localização geográfica de moradia; apoio financeiro recebido; tipo de rendimento; remuneração mensal; e satisfação com a vida.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados recolhidos foram analisados através do apuramento dos valores da média, variância e desvio padrão de cada variável. Recorrendo à utilização do software SPSS, e para medir a consistência interna das variáveis, foi utilizado o coeficiente de alfa de Cronbach e coeficiente de correlação de Pearson, que também serviu de base para as demais análises estatísticas (gráficos e tabelas dinâmicas produzidas a partir do Excel).

5 RESULTADOS

5.1 ASPECTOS GERAIS

Participaram deste estudo um total de 56 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 65 e 91 e mais anos. Destes, 68% eram do sexo feminino, e o estado civil com maior expressão entre os participantes foi a viuvez (41%). O local de residência compreendeu as seguintes regiões: Lisboa (59%), Amadora (9%), Almada (2%), Oeiras (9%), Sintra (5%), Loures (2%), Cascais (4%), e a instituição localizada em Venda do Pinheiro (11%).

A maior parte dos inquiridos apresentavam menos que 4 anos de escolaridade (43%), e tinham como principal fonte de renda a pensão reforma (91%). A maioria (30% do total de participantes) ganhavam até 750,00 euros por mês. No entanto, quando questionados, em pergunta aberta, sobre as principais alterações que a atual fase de pandemia do Covid-19 trouxe para suas vidas, a grande maioria dos entrevistados (96%) referiu sentir profunda tristeza com a atual fase de confinamento social. Muitas das justificativas para esta questão, foram: ficar muito tempo sem ver os familiares e amigos; alteração na rotina diária (não poder sair de casa para fazer as coisas básicas da vida, ou ir ao médico); sentir mais ansiedade; solidão; ficar mais reservado em casa; e a diminuição do contato com os amigos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

SEXO	N	%	ESTADO CIVIL	N	%
Feminino	38	68%	Casado/a	19	34%
Masculino	18	32%	Viúvo/a	23	41%
			Divorciado/a	12	21%
			Solteiro/a	2	4%
IDADE			EDUCAÇÃO		
65-70	21	38%	Nunca frequentou a escola	3	5%
71-75	9	16%	Até ao 4 ano	24	43%
76-80	5	9%	Até ao 9 ano	15	27%
81-85	12	21%	Até ao 12 ano	3	5%
86-90	3	5%	Licenciatura	9	16%
91+	6	11%	Outros	2	4%

REMUNERAÇÃO MENSAL

Até 400 €	16	29%
Até 750 €	17	30%
Até 1000 €	8	14%
Superior a 1100 €	13	23%
Não sabe	2	4%

RENDIMENTO MENSAL

Pensão reforma	51	91%
Pensão de invalidez	1	2%
Outra pensão social	0	0%
Outros rendimentos	4	7%

SATISFAÇÃO COM A VIDA

Muito satisfeito	7	13%
Satisfeito	32	57%
Pouco satisfeito	12	21%
Nada satisfeito	5	9%

RESIDÊNCIA

Lisboa	33	59%
Almada	1	2%
Oeiras	5	9%
Sintra	3	5%
Loures	1	2%
Cascais	2	4%
Amadora	5	9%
Instituição	6	11%

Fonte: Investigação própria.

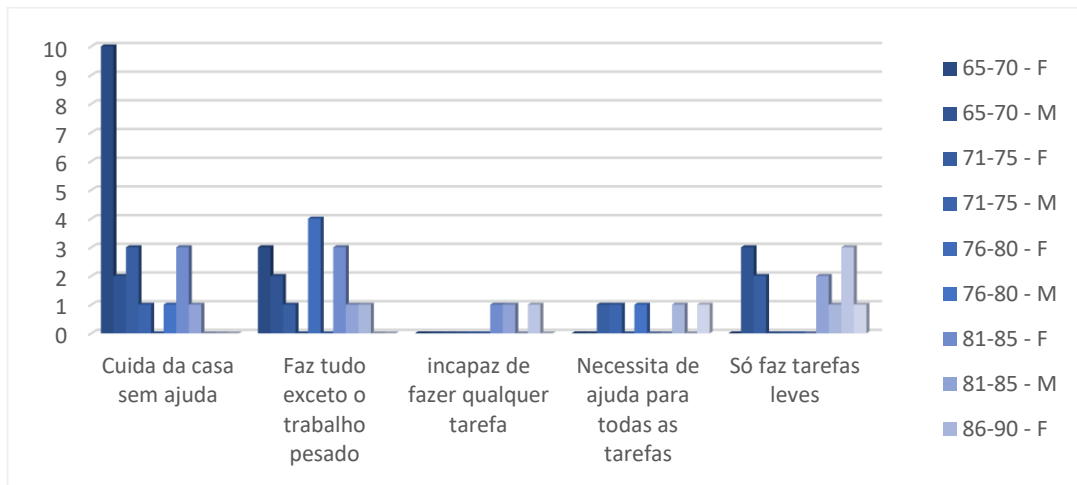
5.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Segue-se uma análise mais detalhada dos resultados, em torno das três categorias funcionais que são o foco deste estudo: Autonomia física, autonomia instrumental (de acordo com o índice de Lawton-Brody), e prática de atividade física dos participantes.

5.2.1 Autonomia física

5.2.1.1 Cuidar da casa

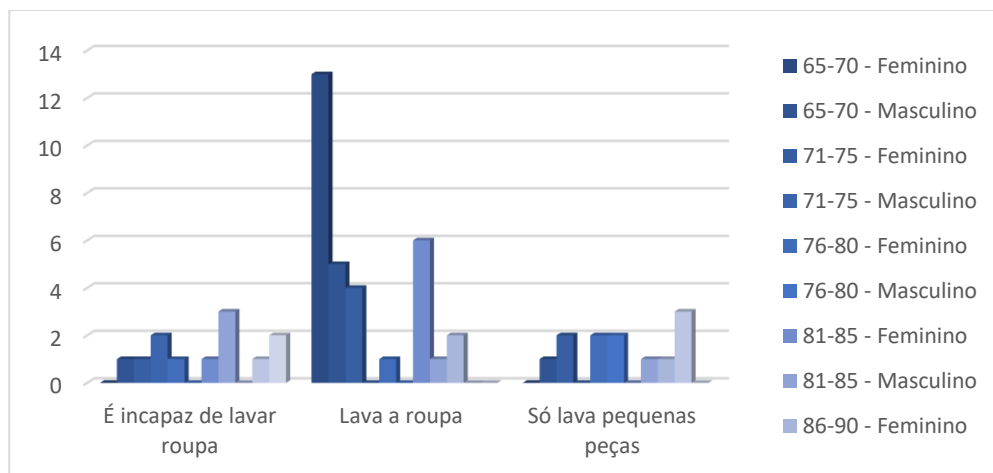
No gráfico 1 é possível verificar as diferentes características funcionais entre os dois sexos e grupos etários. Apenas 21 participantes cuidam da casa sem ajuda. A faixa etária mais jovem (65-70 anos), é também o grupo que possui melhor funcionalidade no que diz respeito às tarefas do dia a dia, apresentando o maior índice de independência funcional para o item cuidar da casa (N=12). Destes, o sexo feminino (n=10) mostrou-se com maior independência do que o masculino (n=2). Tal como já explicado neste estudo por Botelho (1999); Rossi e Sader (2013); Guimarães *et al* (2014), o comprometimento funcional tende a aumentar a medida em que vamos envelhecendo.

Gráfico 1 – Cuidar da Casa

Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

5.2.1.2 Lavar roupa

No que diz respeito ao esforço físico de lavar roupa, a grande maioria de participantes deste estudo (N=32), principalmente aqueles/as com idade entre 65-70 anos (N=13), responderam não ter dificuldade. Dentre esses/as, chama-nos a atenção a independência funcional do grupo etário de 81-85 (N=6), todos do sexo feminino, que demonstra não ter dificuldades funcionais para lavar roupa sozinhos. Ao todo, apenas 12 participantes consideram-se incapazes de lavar roupa sozinhos. Assim como Fachine e Trompieri (2012), afirmam que seja qual for a idade, ser funcional está associado também com os afazeres domésticos do cotidiano, e é um importante indicador de saúde.

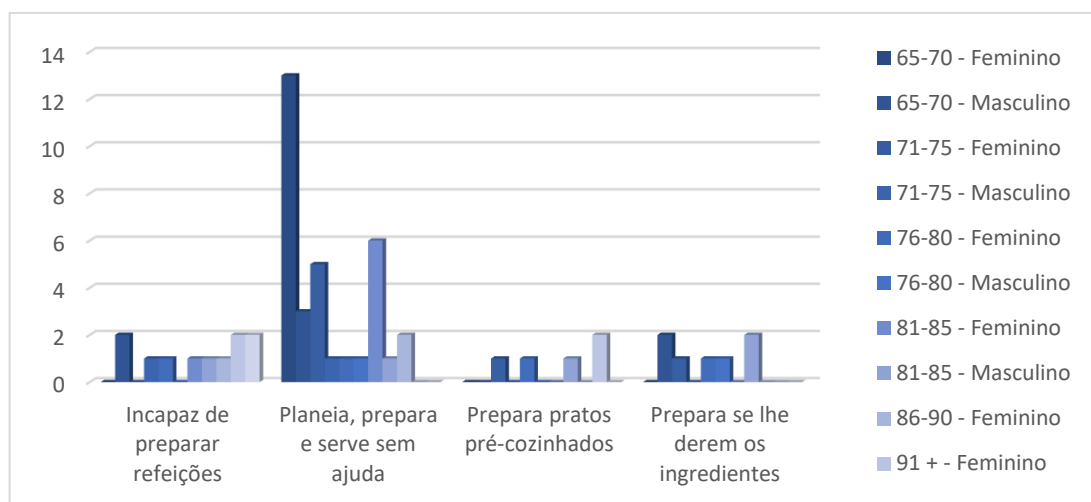
Gráfico 2 – Lavar Roupa

Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

5.2.1.3 Preparar comida

A grande maioria dos participantes (N=33), relataram não ter dificuldades em planejar, preparar e servir refeições. No entanto, no que diz respeito à autonomia e independência funcional desta categoria, podemos observar através do gráfico 3 que alguns/mas participantes são apenas moderadamente dependentes (n=7), ou seja conseguem preparar refeições se tiverem ajuda, e outros/as severamente dependentes (n=11), ou seja, não conseguem preparar refeições sozinhos/as.

Gráfico 3 – Preparar Comida

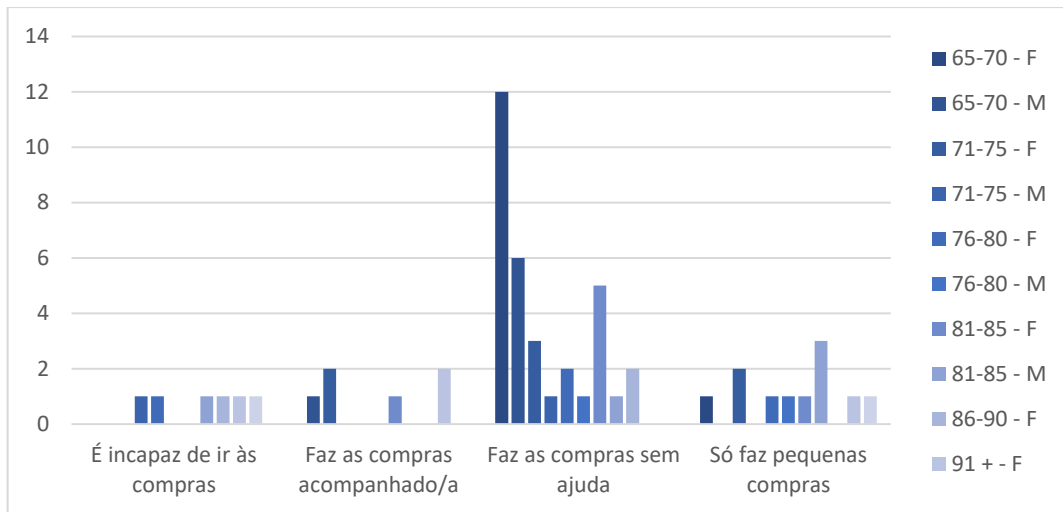


Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

5.2.2 Autonomia instrumental

5.2.2.1 Ir às compras

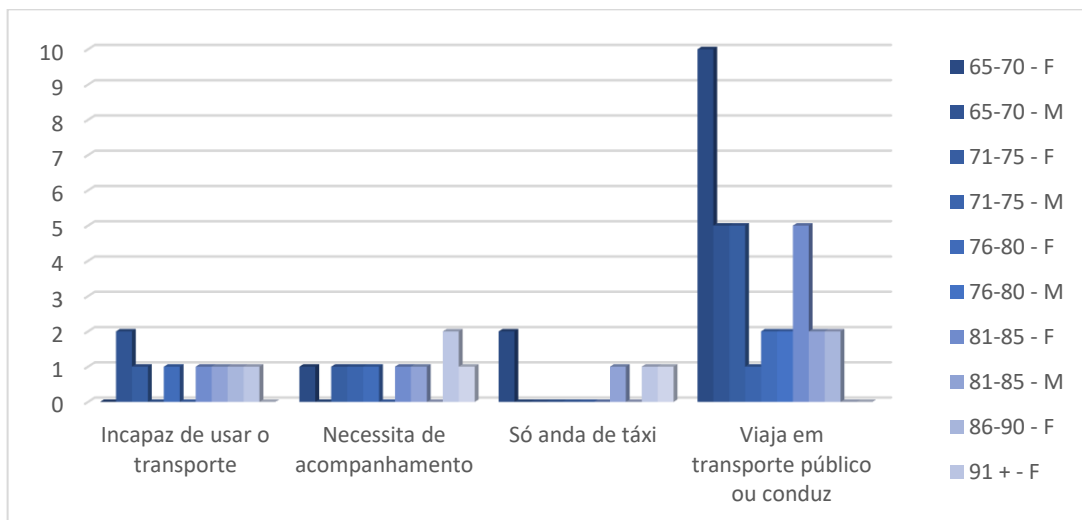
Quando questionados/as sobre a sua capacidade de *ir às compras*, muitos participantes (n=33) demonstraram que para além de não terem dificuldades, também não necessitam de ajuda, o que demonstra elevado grau de independência funcional. Fonseca e colegas (2014) já tinham também concluído que quanto mais ativas são as pessoas idosas, melhor serão seus desempenhos funcionais nas atividades domésticas. Assim, apenas uma pequena parte da amostra demonstrou ser severamente dependente neste indicador (n=6). Os demais, conforme o gráfico 4, estão classificados como moderadamente dependentes, pois de alguma forma necessitam de ajuda para poderem realizar esta tarefa.

Gráfico 4 – Ir às compras

Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

5.2.2.2 Usar transportes

Tal como no item anterior, a grande maioria de participantes neste estudo utiliza transportes públicos ou conduz (N=34). Ainda assim, muitos/as evidenciaram algum tipo de dependência (n=22), indicando fragilidade e déficit de autonomia funcional para a utilização de transportes, conforme o gráfico 5.

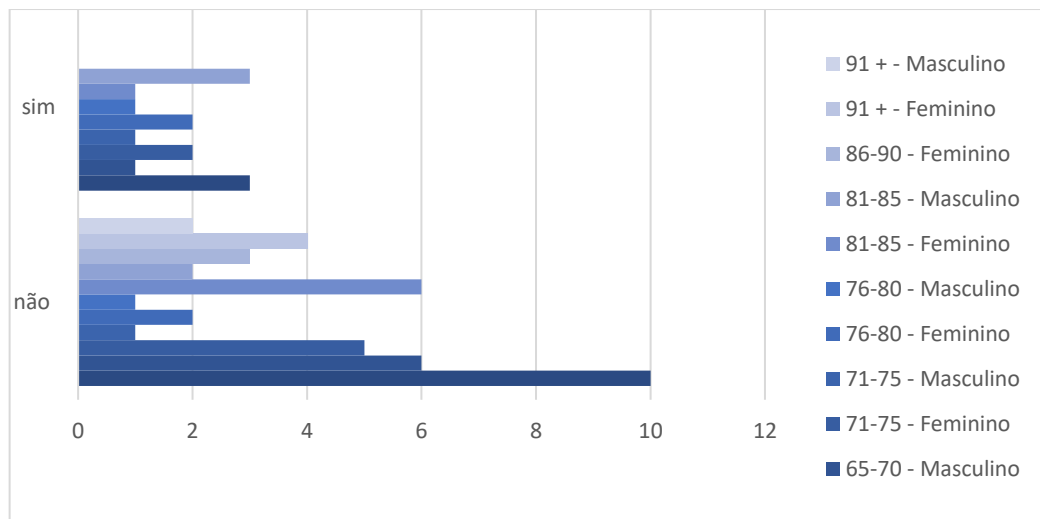
Gráfico 5 – Usar transportes

Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

5.2.3 Atividade física

De acordo com Fechine e Trompieri (2012) e Fonseca e Medeiros (2019), a falta de atividade física contribui para o comprometimento funcional e para o surgimento de diversas patologias e comorbidades físicas. Neste estudo, é muito pequeno o número de participantes que praticam atividade física semanalmente (n=14). No entanto, chama atenção a extensão da faixa etária de quem faz exercícios físicos semanalmente, indo dos 65 até os 85 anos, o que pode ajudar a explicar os resultados anteriormente apresentados, em que a maioria dos participantes que se destacaram funcionalmente tinham idades entre os 65-75 anos.

Gráfico 6 – Atividade Física



Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

5.3 A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Ainda de acordo com as características e classificações obtidas a partir da escala de Lowton-Brody (versão SEQUEIRA, 2007), tendo como critério funcional o nível de dependência física, apenas nove pessoas, ou seja, cerca de 14% da amostra apresentaram um grau de dependência severo (com pontuações acima dos 20). Destes, a maioria eram do sexo feminino (75%), o estado civil mais comum era a viuvez (75%), e cerca de 38% tinham mais de 90 anos.

Mais de metade dos inquiridos (57%) apresentou algum tipo de limitação física com diminuição da autonomia funcional para execução das tarefas domésticas, classificadas como moderadamente dependentes (com pontuação total entre 9 até 20 pontos). O perfil deste segundo grupo é na maioria constituído por participantes do sexo feminino (56%), encontrando-

se casados (44% dos inquiridos), e o grupo etário mais prevalente tem entre 65 e 70 anos (34%).

Já no que se refere ao grupo dos participantes considerados independentes (29%), de acordo com a pontuação do quadro 9, este era composto por 88% de participantes do sexo feminino, que na maioria tinham entre 65 e 85 anos e eram viúvos/as (44%).

Quadro 9 – Classificação do nível de dependência funcional

Severamente dependente - (acima de 20 pontos)	8	14%
Moderadamente dependente – (entre 9 e 20 pontos)	32	57%
Independente – (até 8 pontos)	16	29%
Total:	56	100%

Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

Tabela 2 – Nível de dependência funcional e características sociodemográfica

	SEVERAMENTE	%	MODERADAMENTE	%	INDEPENDENTES	%
SEXO						
Feminino	6	75%	18	56%	14	88%
Masculino	2	25%	14	44%	2	13%
total:	8		32		16	
IDADE						
65-70	0	0%	11	34%	9	56%
71-75	2	25%	6	19%	2	13%
76-80	1	13%	3	9%	1	6%
81-85	1	13%	7	22%	4	25%
86-90	1	13%	2	6%	0	0%
91+	3	38%	3	9%	0	0%
total:	8	100%	32		16	
ESTADO CIVIL						
Casado/a	0	0%	14	44%	5	31%
Viúvo/a	6	75%	10	31%	7	44%
Divorciado/a	2	25%	7	22%	3	19%
Solteiro/a	0	0%	1	3%	1	6%
total:	8		32		16	

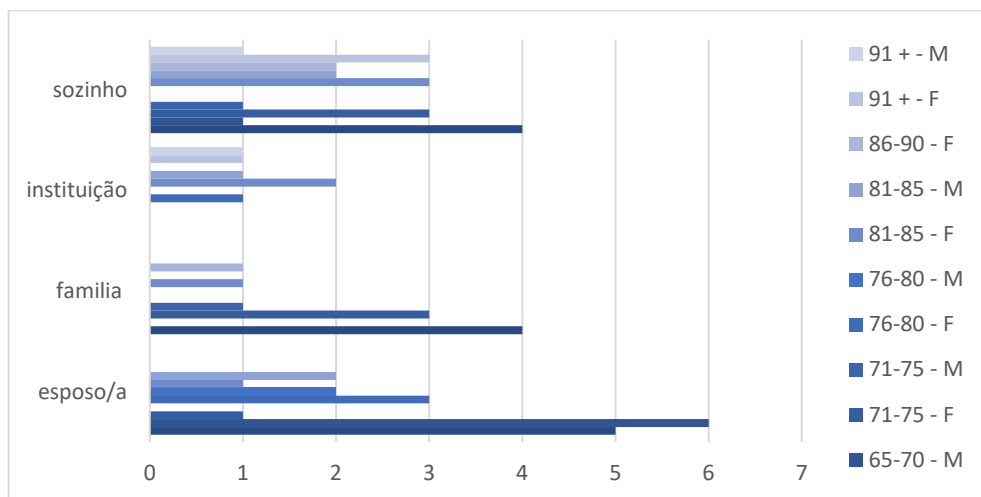
Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

5.3.1 Variáveis relacionadas com o isolamento social

5.3.1.1. Com quem mora

Quando questionados/as sobre com quem moravam, verificou-se que a situação de morar sozinho ou com esposo/a possuem ambos o mesmo peso na amostra (36%), mas distribuem-se de forma diferente entre os sexos. Assim, podemos verificar que há mais pessoas do sexo feminino (n=13) a morar sozinhas, um número plausível considerando ser este também o grupo dominante desta amostra. No entanto, do total de casados (n=20) 50% eram do sexo masculino (n=10), evidenciando equilíbrio entre os sexos, nesta categoria específica (gráf. 7).

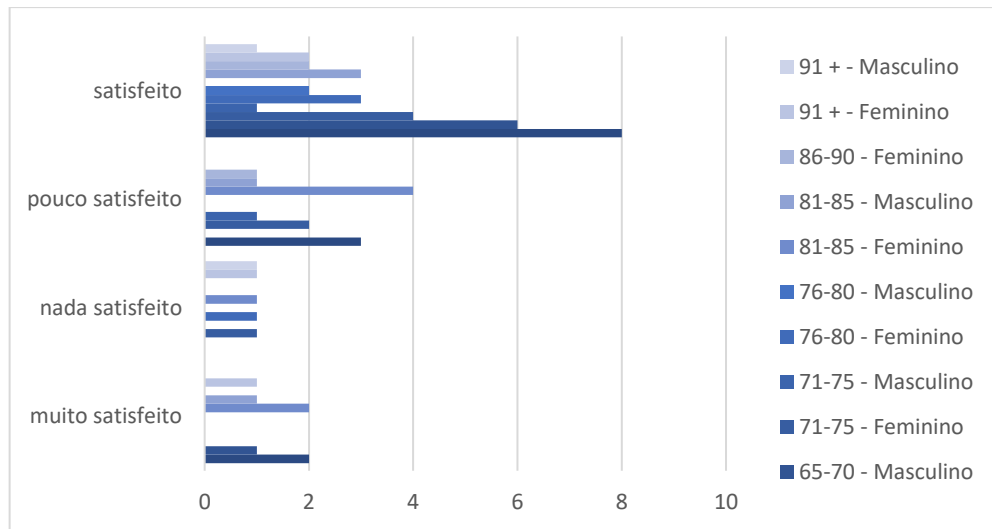
Gráfico 7 – Com quem mora



Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

5.3.1.2 Satisfação com a vida

No que diz respeito à satisfação com a vida, apenas um pequeno número de participantes consideram-se insatisfeitos com a vida (n=5). Na generalidade da amostra, as pessoas consideram-se satisfeitas, principalmente aqueles/as do grupo etário 65-70 anos (gráfico 8). Este dado é possivelmente explicado pelo facto de muitos dos inquiridos/as, apesar de estarem em idade da reforma, manterem-se fisicamente ativos/as, continuando a trabalhar, o que lhes permite manter um círculo maior de amigos e conexões sociais, influenciando positivamente a sua perceção da vida (NERI; VIEIRA, 2013).

Gráfico 8 – Satisfação com a vida

Fonte: Resultados da aplicação do Índice Lawton-Brody. Elaboração própria.

5.4 ISOLAMENTO SOCIAL

No quadro 10, é possível vermos as características relacionadas aos perfis dos inquiridos/as que apresentam risco de isolamento social. Para a definição desta categoria, tal como já definido por Lubben *et al* (2006), também considerámos o número 12 como o ponto de corte para a definição do risco de isolamento social, pois de acordo com os autores, este número evidencia uma rede social considerada mínima, já que representa apenas dois contactos para cada item da escala.

A demonstração e classificação da pontuação dos participantes deste estudo segue no quadro 10, no qual podemos verificar que a grande maioria dos inquiridos apresenta uma ampla rede social, conforme a soma total da pontuação aferida no LSNS-6.

Quadro 10 – Risco de Isolamento Social

Com risco de isolamento	Até 9 pontos	16%
Sem risco de isolamento	Até 47 pontos	84%
Total de participantes:	56	100%

Fonte: Investigação própria. LSNS-6.

Como mencionado no quadro 10, neste estudo apenas 16% dos inquiridos apresentaram riscos de isolamento social, ou seja, indicaram ter em suas relações sociais menos de 12 pessoas próximas. A maioria destes participantes eram do sexo masculino (n=5), e o estado civil, em

sua maioria, era a viuvez (n=5), tendo idade superior aos 81 anos (n=6). Este último dado não surpreende pois no percurso natural do envelhecimento as pessoas vão perdendo seus entes queridos e tendem a assumir posturas mais solitárias, tornando-se involuntariamente isolados socialmente, tal como refletem os estudos publicados por Fernandes (2008), Cabral e colegas (2013) e Paúl (1991). Assim, na tabela 3 identificam-se as principais características dos participantes que apresentaram risco de isolamento social.

Tabela 3 – Características dos participantes que apresentaram risco de isolamento social

CARACTERÍSTICAS: ISOLAMENTO SOCIAL	N	%
Sexo:		
Feminino	4	44%
Masculino	5	56%
Idade:		
91+	3	33%
81-86	3	33%
71-76	2	22%
65-70	1	11%
Estado civil:		
Viúvo/a	5	56%
Divorciado/a	2	22%
Casado/a	2	22%
Total:	9	16%

Fonte: Investigação própria

5.5 ALFA DE CRONBACH

Para as análises estatísticas do Alfa de Cronbach foi utilizado o software SPSS 26. Quatro itens principais foram tidos para medir o nível da confiabilidade e a consistência interna deste estudo, sendo eles: a) o isolamento social; b) o nível de dependência; c) a idade; e, d) a satisfação com a vida.

Para Landis e Koch (1977), a consistência interna para os valores de referência de alfa, seguem os critérios definidos no quadro 11:

Quadro 11 – Referências de Alfa de Cronbach

De 0,81 a 1,0:	Quase perfeita
De 0,61 a 0,80:	Substancial
De 0,41 a 0,60:	Moderada
De 0,21 a 0,40:	Razoável;
De 0 a 0,21:	Fraca

Fonte: Landis e Koch (1977).

De acordo com estes valores, o presente estudo apresenta uma consistência interna substancial com um valor total de Alfa Cronbach de 0,66, como indicado no quadro 12.

Quadro 12 – Estatísticas de confiabilidade

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
0,639	0,664	4

Fonte: Inquéritos próprios e software SPSS 26.

5.6 CORRELAÇÃO DE PEARSON

Para análise de correlação de Pearson também foi utilizado o software SPSS. Como é possível verificar na tabela 4, os valores obtidos indicando fraca correlação foram: de 0,32 para as correlações entre isolamento social e nível de dependência física; para isolamento e idade, o valor foi de 0,2 e por fim, correlacionando o isolamento social com a satisfação com a vida, o valor obtido foi de 0,36. Estas correlações, apesar de estatisticamente significativas, são consideradas fracas (ou inconclusivas), pois somente a relação existente entre dependência funcional versus idade é considerada forte por apresentar um $r = 0.40$.

Tabela 4 – Correlação de Pearson

		ISO	DEP	ID	SAT.
ISOLAMENTO	Correlação de Pearson	1			
	Sig. (2 extremidades)				
	N	56			
DEPENDÊNCIA	Correlação de Pearson	,326*	1		
	Sig. (2 extremidades)	0,014			
	N	56	56		
IDADE	Correlação de Pearson	0,204	,407**	1	
	Sig. (2 extremidades)	0,131	0,002		
	N	56	56	56	
SATISFAÇÃO	Correlação de Pearson	,369**	,402**	,273*	1
	Sig. (2 extremidades)	0,005	0,002	0,042	
	N	56	56	56	56

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Inquéritos próprios e software SPSS 26.

6 DISCUSSÃO

Realizar uma avaliação de qualquer população, para além do uso de instrumentos de pesquisas validados cientificamente, também é necessário garantir a sua aplicabilidade correta. Desta forma, perceber o perfil da amostragem pode refletir diretamente na recolha final dos dados, visto que obter o entendimento do entrevistado torna-se primordial para obtenção das respostas necessárias e confiabilidade da amostra. Assim, de acordo com os instrumentos de avaliação adequado para o objetivo geral deste estudo, procuramos perceber através de conversas (entrevistas informais), qual o nível de isolamento social dos idosos e em que medida esse nível se correlaciona com as condições de autonomia física.

No que se refere ao perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo, a maioria era do sexo feminino (68%) e apresentava níveis de dependência severa e moderada. No entanto, o risco de isolamento social apenas foi mais expressivo para a população masculina (56%). Para Ferreira e colegas (2012), estas diferenças podem ser explicadas pela mortalidade mais precoce do sexo masculino e pela maior prevalência de doenças crônicas entre as mulheres.

Contudo, nossos resultados indicam que o nível de dependência física, apesar de ter fraca correlação com o risco de isolamento social, encontra-se fortemente associado à idade. A maioria dos participantes deste estudo (cerca de 62%) pertence ao grupo etário acima dos 70 anos, onde funcionalmente há maior comprometimento físico, tal como vários estudos já indicaram (BOTELHO, 1999; ROSSI; SADER, 2013; ESQUINAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

A faixa etária dos 65-70 anos é preponderante neste estudo, correspondendo a 38% da amostra total. Tal deve-se em boa parte à forma de recrutamento dos participantes – com efeito, é possível justificar a maior adesão e disponibilidade deste grupo pelo fato de que, nestas idades, haver menos restrições físicas e funcionais, ou seja, muitos apesar de já se encontrarem em idade de reforma, estão ainda a trabalhar e a desempenhar papel funcional em atividades profissionais e familiares. Tanto para Gierveld (1998) como em Wenger *et al* (1996), as características do isolamento da população idosa estão associadas com às mudanças, inerrantes ao envelhecimento humano, que ocorrem nas idades mais avançadas, tal como a idade de reforma e viuvez, principais mudanças nas estruturas familiares que provocam diminuição da rede social.

Durante a correlação encontrada entre isolamento social e autonomia física foi possível identificar características singulares no que diz respeito a composição desta amostragem,

formada por a maioria dos idosos com 80 anos ou mais, sexo masculino e viúvos. Tendo em vista que com a ausência de uma companheira e as limitações naturais da idade, podemos perceber nestes homens idosos viúvos, maiores comprometimentos funcionais para execução das atividades do dia a dia, e também maior risco de isolamento social, caracterizando-os como grupo vulnerável, principalmente no que se refere aos sentimentos de solidão e isolamento social.

Para Fernandes (2008), à medida que as mudanças da estrutura familiar ocorrem, viver só será uma realidade para muitos idosos, principalmente nas idades mais avançadas. Também Cabral *et al.* (2013) afirmam que é com o avançar da idade que os efeitos do envelhecimento poderão ser sentidos e refletidos, sobretudo, para aqueles que perderam seus cônjuges. Sendo a viuvez a principal mudança conjugal e familiar das pessoas idosas, é também responsável por muitas deles entrarem numa trajetória de vivência a sós.

Paúl (1991), afirma que as pessoas viúvas fazem parte do tipo de isolamento involuntário, e por ser involuntário há um penoso período de adaptação a esta nova fase, pois além de haver uma transição do estilo de vida, há também alterações nas atividades domésticas e papéis sociais, como por exemplo, a diminuição da interação social e perdas das redes sociais. Ainda para a autora, esta transição é mais significativa em termos de saúde do idoso, principalmente no que diz respeito aos sentimentos de solidão e depressão. Nestes casos, poderíamos considerar a situação de viuvez como um presságio para a solidão e o isolamento social, devido ao não funcionamento das redes de apoio social, visto que o papel das redes sociais e familiar é fundamental para a transição do idoso ao novo estado, tal como demonstram os resultados deste estudo.

Outro objetivo do presente estudo foi caracterizar a rede social das pessoas idosas inquiridas quanto à constituição e às formas de apoio que essa rede social envolve. Apesar de 36% dos participantes indicar que moram sozinhos, a maior parte da rede social d inquiridos/as pertence ao seu ambiente familiar. Ainda assim, poucos/as são aqueles/as que se sentem à vontade para tratar assuntos mais íntimos, seja com um familiar, seja com um amigo. Por outras palavras, no que diz respeito ao apoio emocional, o maior suporte vem do meio familiar, não obstante, no que diz respeito à intimidade, há uma certa resistência para partilhar assuntos íntimos mesmo com familiares, o que pode ser característico de uma população mais conservadora e tímida quando se trata de pedir ajuda e falar sobre assuntos pessoais.

Esgalhado e colegas (2010) afirmam que o apoio social e a qualidade das redes sociais colaboram positivamente para a saúde, o bem-estar psicológico e a saúde mental das pessoas idosas. As relações sociais contribuem para pessoas mais saudáveis, promovendo melhoria da

qualidade de vida e menos doenças associadas. Em contrapartida, a relação inversa, constitui fator de risco para a saúde física e mental. Embora para muitas pessoas, a principal fonte de contato com uma rede social externa seja o apoio familiar, essas redes tendem a diminuir em idades mais avançadas, pois ocorrem mudanças no estilo de vida (entrada na reforma, perdas de amigos e familiares ou viuvez) e surgem patologias crônicas, diminuindo a qualidade das interações e relações sociais de muitos idosos. Portanto, no presente estudo, em consonância com este pensamento, foi possível também verificar que muitos dos que apresentavam risco de isolamento social, mantinham contacto próximo (intimidade para conversas) apenas com poucos membros do seu agregado familiar.

Outro ponto muito importante do presente estudo foi caracterizar os níveis de dependência funcional da população idosa inquirida. Desta forma, apurou-se que cerca de 16% dos participantes não apresentavam comprometimento funcional para a execução das atividades de vida diárias e instrumentais. Contudo, mais de 80% dos participantes deste estudo apresentavam limitações ou restrições físicas para a execução destas mesmas tarefas. Uma justificativa plausível deste dado deve-se ao fato de que mais de 60% dos participantes tinham idade superior a 70 anos, e apenas 23% afirmaram praticar atividade física ou desporto regularmente.

Para Cachadinha, Pedro e Fialho (2011), muitas das limitações funcionais, e também o comprometimento cognitivo (por exemplo, déficit de mobilidade e desorientação para planeamentos domésticos que exijam operações cognitivas simultâneas tais como uso do dinheiro ao ir para supermercado ou farmácia) são responsáveis, pela diminuição da participação e interação social. O baixo desempenho funcional provocado pelo aumento do esforço físico na realização das tarefas diárias, que tem como uma das consequências a lentidão dos movimentos aumentando o tempo de execução de uma tarefa considerada simples, tende a produzir no idoso, além do cansaço físico, momentos de stress funcional, desencorajando-o da participação em viagens ou eventos familiares e sociais (deslocamentos de média ou longa distância), práticas de atividade física, e também tende a diminuir a frequência e a rede de contactos com vizinhos e familiares.

Também Clares, Freitas e Borges (2014) consideram ser natural que muitos idosos tenham maior déficit funcional e maior comprometimento da autonomia física, pois a baixa proporção da prática de atividade física, além de ser um risco para a saúde, é considerado um importante indicador de sedentarismo, que quando associado às limitações de mobilidade resulta em perda da capacidade funcional, contribuindo para vulnerabilidades e doenças em decorrência de um estilo de vida pouco saudável.

Já para Lubben (2006), mais do que a localização geográfica, as características da população inquirida que podem influenciar os resultados obtidos em termos do risco de isolamento social, são as seguintes: localização geográfica de residência, urbana ou suburbana; nível educacional (baixos níveis de escolaridade podem estar associados a uma menor rede social) ; remuneração mensal (pois quanto mais elevada, maiores e melhores são os acesso à saúde e cultura) e religiosidade (devido à participação social em eventos e grupos religiosos) . Ainda segundo o autor, é importante que durante a análise estatística sejam levadas em consideração as diferenças culturais e sociodemográficas existentes em cada região. Neste estudo, cerca de 59% dos participantes tinham uma renda mensal até 750 euros (valor um pouco acima do salário-mínimo local de 650 euros), e 75% tinham até o 12º ano de escolaridade.

A análise comparativa da nossa pesquisa com outros estudos em idosos portugueses e europeus evidenciou muitas semelhanças nas características da amostra apresentada neste estudo. Desta forma, tal como os estudos realizados por Cabral e colegas (2013), Esgalhado e colegas (2010) e Ribeiro e outros (2012), na nossa pesquisa a maioria dos participantes tinha idade superior a 70 anos (63%), eram viúvos/as (41%), moravam sozinhos/as ou com família (36%), sendo que apenas 11% moravam em instituição; e a maioria era do sexo feminino (68%).

Nossos resultados revelaram que dos 56 participantes, apenas 14% eram severamente dependentes. Existe uma correlação entre a idade e o nível de dependência funcional, tal como já explicado pelo processo de envelhecimento humano: quanto maior a idade, maior o nível de dependência funcional, assim como referido nos estudos publicados por Botelho (1999); Cabral *et al* (2013); Lopes, (2007); Caldas, (2003).

No entanto, no que diz respeito ao risco de isolamento social, nossos resultados demonstram um perfil de amostragem de pessoas com idades mais avançada, a maioria delas composta pelo sexo masculino, e com fortes características de dependência funcional comprometendo a autonomia física e mental.

7 CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível verificar que muitos idosos, surpreendentemente os mais velhos, lidam bem com o processo de envelhecimento adaptando suas rotinas às suas necessidades físicas, até mesmo naqueles que apresentaram limitações funcionais, foi possível identificar autonomia física tanto para as realizações das tarefas, consideradas básicas do dia a dia, como também para aquelas, mas complexas, que necessitam para além da autonomia física a independência funcional para exercer atividades e tarefas domésticas sem auxílio.

- A rede social das pessoas inquiridas é constituída, principalmente por seus familiares, sendo a família, também, a principal forma de apoio emocional. Este apoio está mais associado à frequência de visitas ou contactos diários, do que a profundidade na troca de intimidade, ou seja, a partilha de sentimentos e emoções íntimas, que ainda são bastante limitadas entre familiares;
- Existe uma correlação entre idade avançada e o nível de dependência funcional, afetando e interferindo diretamente no cotidiano das pessoas idosas. Como já mencionado anteriormente em nossos resultados, verificamos que quanto mais velho, maior é chance de dependência funcional e perda de autonomia física;
- Apesar de existir uma fraca correlação, significativa entre a dependência funcional e o risco de isolamento social dos participantes inquiridos, podemos perceber que quanto maior era o risco para o isolamento, maior também era a idade dos participantes.

Deste modo, através deste estudo foi possível compreender que, assim como o envelhecimento é um processo natural, as perdas funcionais constituem um conjunto de consequências motoras que podem gerar vários níveis de dependência física, principalmente para as pessoas de idade mais avançadas (acima dos 80 anos). Para além da fragilidade e vulnerabilidade, natural do avançar da idade, este é também um grupo de risco no que se refere à perda da autonomia física, mental e social, constituindo, ainda, o principal grupo de risco de enfrentar isolamento social.

Serão necessários estudos mais aprofundados a fim de perceber até onde as consequências emocionais de uma pandemia interferiram direta ou parcialmente em nossos resultados, e na vida funcional destes idosos.

7.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Foram muitas a limitação deste estudo. Em época de pandemia, não é suposto obter a boa receptividade e colaboração da população sem dispensar o medo e os receios de contágios do vírus sars-cov.2. Desta forma, a primeira limitação deu-se no âmbito de distribuição dos inqueritos, bem como na logística necessária para realizar as entrevistas sem contacto próximo e partilha de objetos; estar na rua e abordar pessoas também foi muito difícil, visto que o medo de contágio por aproximação foi o principal motivo para o número reduzido de participantes. Assim, aqueles que aceitaram participar podem ter sido os que se sentiam mais aptos e mais funcionais, independentemente da sua idade, o que poderá ter contribuído para o enviesamento dos resultados.

Outra limitação importante foi a diversidade geográfica da amostra, pois os diversos contextos de moradias e acessos diferenciados, quer seja a nível sociocultural, financeiro, como também educacional, podem ter interferido nas respostas obtidas. Pois apesar da maioria dos inqueridos pertencerem ao concelho de Lisboa, houve uma parte significativa que morava em cidades vizinhas, onde o estilo de vida é mais tranquilo, e o acesso aos eventos socioculturais e turísticos que a capital oferece aos seus moradores é também menor.

Por fim, houve também as restrições de convívio social e o isolamento social obrigatório que contribuíram para que muitas das entrevistas fossem realizadas por telefone, o que também pode ter interferido na qualidade dos resultados, uma vez que muitos idosos tinham problemas de audição, o que tornava as conversas mais demoradas e explicativas, muitas vezes necessitando recorrer à ajuda dos familiares para compreensão das perguntas colocadas.

REFERÊNCIAS

- AFFIUNE, A. Envelhecimento cardiovascular. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 557- 565.
- APÓSTOLO, J. L. A. **Instrumentos de Avaliação Geriátrica**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.
- ARAÚJO, F. *et al.* Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *In: LEAL, I. et al. Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA, 2007. p. 217-220.
- ARMITAGE, R.; NELLUMS, L. B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. **The Lancet**, London, 19 Mar. 2020.
- BOECHAT, N. S.; BORN, T. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1820-1835.
- BOMFIM, F. COVID-19, a pandemia que mudou a saúde e a economia. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, MG, v. 10, n. 2, p. 1-2, abr./jun. 2020.
- BOTELHO, M. A. S. **Autonomia Funcional em Idosos**: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano. 1999. Tese (Doutoramento em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1999.
- BOTELHO, M. A. S. Idade Avançada: características biológicas e multimorbilidade. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 23, n. 2, p. 191-195, 2007.
- BROOKE, J.; JACKSON, D. Older people and COVID-19: isolation, risk and ageism. **Journal of Clinical Nursing**, [S. l.], n. 29, p. 2044-2046, July 2020.
- CABRAL, M. V. *et al.* **Processos de envelhecimento em Portugal**: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, jun. 2003.
- CALDAS, C. P. Promoção do autocuidado na Velhice. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1781-1788.
- CACHADINHA, C.; PEDRO, J. B.; FIALHO, J. C. Social participation of community living older persons: importance, determinants and opportunities. *In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON INCLUSIVE DESIGN "THE ROLE OF INCLUSIVE DESIGN IN MAKING SOCIAL INNOVATION HAPPEN*, 6., 2011, London. **Anais [...]**. London: Helen Hamlyn Centre, 2011.
- CLARES, J. W.; FREITAS, M. C.; BORGES, C. L. Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 237-242, jul. 2014.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, maio 2012.

CLARES, J. W.; FREITAS, M. C.; BORGES, C. L. Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 237-242, jul. 2014.

DUQUE, A. S. *et al.* **Avaliação Geriátrica**. Lisboa: Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), 2015.

ESGALHADO, M. G. *et al.* Influence of social support on the psychological well-being and mental health of older adults living in assisted-living residences. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, [S. l.], ano 22, v. 1, n. 1, p. 267-278, July 2010.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S. R.; GUIMARÃES, M. A. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 11-20, abr./jun. 2014.

FECHINE, B. R.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, Campos dos Goytacazes, RJ, v. 1, n. 20, p. 106-132, jan./mar. 2012.

FERNANDES, A. A. **Questões Demográficas**. Demografia e sociologia da população. Lisboa: Edições Colibri, 2008.

FERNANDES, A. A. **Velhice e Sociedade**. Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora, 1997.

FERREIRA, O. G. *et al.* Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Dependência Funcional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 21, n. 3, p. 513-518, set. 2012.

FIGUEIREDO, K. M.; LIMA, K. C.; GUERRA, R. O. Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Santa Catarina, v. 9, n. 4, p. 408-413, nov. 2007.

FONSECA, A.; MEDEIROS, S. Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 3, p. 711-725, 2019.

GIERVELD, J. J. A review of loneliness: concept and definitions determinants and consequences. **Reviews in Clinical Gerontology**, Penarth, v. 8, n. 1, p. 73-80, Feb. 1998.

GIERVELD, J. J.; TILBURG, T. G.; DYKSTRA, P. A. Loneliness and Social Isolation. *In*: PERLMAN, D.; VANGELISTI, A. (ed.). **The Cambridge handbook of personal relationships**. Cambridge: Cambridge University Press, 2016.

GLEICHMANN, M.; MATTSON, M. P. Neuronal Calcium Homeostasis and Dysregulation. **Antioxidants & Redox Signaling**, Indianapolis, v. 14, n. 7, p. 1261-1273, Apr. 2011.

GORZONI, M. L. Envelhecimento Pulmonar. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 889-892.

HENRIQUES, A.; DIAS, I. As duas faces do isolamento dos idosos em tempo de pandemia: quem “achata a curva” da solidão? **Instituto de Sociologia**, Porto, abr. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). **As Pessoas**: 2018. Lisboa: **INE**, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. **Destaque**, Lisboa, p. 1-7, fev. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Estimativas de População Residente em Portugal: 2018. **Destaque**, Lisboa, p. 1-14, jun. 2019.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 159-174, Mar. 1977.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Fragilidade e Envelhecimento. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1802-1819.

LEDUC, M. M. S. Imobilidade e Síndrome da Imobilidade. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1549-1561.

LEMONS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte Social ao Idoso Dependente. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 2001-2010.

LOPES, M. P. Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2007.

LUBBEN, J. *et al.* Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. **The Gerontologist**, Oxford, v. 46, n. 4, p. 503-513, Aug. 2006.

MAIA, C. M. L. *et al.* A funcionalidade como determinante do envelhecimento ativo. **INFAD - Revista de Psicologia**, v. 1, n. 2, p. 229-236, out. 2016.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. **Atención a las personas en situación de dependencia en España**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MONTEIRO, C. *et al.* Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: um estudo com idosos. **RPCD**, Porto, v. 14, n. 1, p. 57-76, 2014.

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 419-432, set. 2013.

NOGUEIRA, J. M. **A dependência**: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009.

PAIXÃO JÚNIOR, C.; HECKMAN, M. F. Distúrbios da Postura, Marcha e Quedas. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1498-1514.

PAÚL, M. C. Envelhecimento activo e redes de suporte social. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto, v. 15, p. 275-287, 2005.

PAÚL, M. C. **Percursos pela velhice**: uma perspectiva psicológica em psicogerontologia. 1991. Tese (Doutoramento em Ciências Biomédicas) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 1991.

PAÚL, M. C. Solidão em pessoas mais velhas. **Revista de Política Social**, Porto, n. 45, p. 33-42, 2012.

PAÚL, M. C.; RIBEIRO, O. Predicting loneliness in old people living in the community. **Reviews in Clinical Gerontology**, Cambridge, v. 19, n. 1, p. 53-60, July 2009.

PEREIRA, R. S. M. Fisiologia do Envelhecimento. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1342-1359.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, dez. 2002.

PINTO, F. N.; OLIVEIRA, D. C. Capacidade funcional e envolvimento social em idosos: há relação?. **RBCEH**, Passo Fundo, RS, v. 12, n. 1, p. 56-68, out. 2015.

QUINTELA, J. M. R. F. **Síndrome da imobilidade no idoso**. 2015. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

REPÚBLICA PORTUGUESA. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento. **Carta Social**: rede de serviços e equipamentos. Relatório 2018. Lisboa: GEP, 2019.

REPÚBLICA PORTUGUESA. Serviço Nacional de Saúde. Diretoria Geral da Saúde. **COVID-19**: relatório de situação. Lisboa: DGS, 29 jul. 2021.

REVISTA DE ESTUDOS DEMOGRÁFICOS. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística (INE), n. 56, 2017.

RIBEIRO, O. *et al.* Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 11, p. 717-734, fev. 2012.

RODRIGUES, A. G.; SILVA, A. A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 159-170, mar. 2013.

ROSSI, E.; SADER, C. S. O envelhecimento do sistema osteoarticular. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 792-796.

RUIVO, S. *et al.* Efeito do envelhecimento cronológico na função pulmonar. Comparação da função respiratória entreadultos e idosos saudáveis. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 629-653, jul./ago. 2009.

SARMENTO, W. E.; SOBREIRA, F. M.; OLIVEIRA, A. M. Avaliação do Equilíbrio e da Mobilidade de Idosos após um Programa de Escola de Posturas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 1, p. 27-32, 2014.

SENGER, J. Doença pulmonar obstrutiva crônica. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 893-909.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa: Lidel Editora, 2010.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007.

VALENTE, M. Sarcopenia. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1442-1458.

VERAS, R. P. *et al.* Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 355-370, set./dez. 2007.

VAGETTI, G. C.; ANDRADE, O. G. Fatores influentes sobre o processo ensino-aprendizagem na Educação Física para Idosos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, PR, v. 28, n. 1, p. 77-86, mar. 2006.

WENGER, G. *et al.* Social isolation and loneliness in old age: review and model. **Ageing & Society**, Cambridge, v. 16, n. 3, p. 333-358, May 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Inquérito

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS - ISCSP

Este inquérito tem por objetivo perceber qual o nível de isolamento social dos idosos e em que medida esse nível se correlaciona com as condições de autonomia física. Portanto, sua colaboração ao preenchê-lo é de extrema importância. Destina-se à realização de uma dissertação de mestrado em Gerontologia Social, que a investigadora está a realizar no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. O questionário leva cerca de 10 minutos a ser preenchido, é anónimo e confidencial. Para cada pergunta basta assinalar o item que melhor corresponde à sua situação.

➤ IDENTIFICAÇÃO

Sexo () Feminino () Masculino **Estado civil:** _____

Grupo etário: () 65 a 70 anos () 71 a 75 anos () 76 a 80 anos () 81 a 85 anos () 86 a 90 anos () 91 + anos

Escolaridade: () Nunca frequentou escola () até o 4º ano () até ao 9º ano () até ao 12º ano

() Licenciatura () outros _____

Pratica atividade física ou desporto? () Não () Sim. Qual? _____

Se respondeu sim, quantas vezes por semana? () 1-2 vezes () 3 ou mais vezes

Com quem mora? () Sozinha/a () Esposo/a () Família () Instituição () Outros _____

Onde vive? _____

Recebe apoio de alguma instituição? () Não () Sim. Qual? _____

Este apoio sofreu alguma alteração com a pandemia? () Não () Sim. Que tipo? _____

Diante do contexto atual, ao nível de vida social e familiar, quais as principais alterações que a pandemia trouxe para si?

Qual o tipo de rendimento mensal que afigere? () pensão de reforma () pensão de invalidez () outra pensão social. Qual? _____ () outros rendimentos. Quais? _____

Qual é a sua remuneração mensal? () até 400€ () até 750€ () até 1000€ () superior a 1100€

De um modo geral, está satisfeito com a sua vida? () muito satisfeito () satisfeito () pouco satisfeito

() nada satisfeito

ANEXO B – Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, LSNS-6 (versão Portuguesa)

Para cada uma das tarefas listadas no quadro abaixo, por favor, indique a que melhor corresponde à sua situação:

FAMÍLIA: <i>Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...</i>	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou mais
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

AMIGOS: <i>Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...</i>	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou mais
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

ANEXO C – Índice de Lawton-Brody (versão SEQUEIRA, 2007)

Para cada uma das tarefas listadas no quadro abaixo, por favor, indique a que melhor corresponde à sua situação:

TAREFAS		
CUIDAR DA CASA	Cuida da casa sem ajuda;	
	Faz tudo exceto o trabalho pesado;	
	Só faz tarefas leves;	
	Necessita de ajuda para todas as tarefas;	
	Incapaz de fazer qualquer tarefa;	
LAVAR ROUPAS	Lava a roupa;	
	Só lava pequenas peças;	
	É incapaz de lavar roupa;	
PREPARAR COMIDA	Planeia, prepara e serve sem ajuda;	
	Prepara se lhe derem os ingredientes;	
	Prepara pratos pré-cozinhados;	
	Incapaz de preparar refeições;	
IR ÀS COMPRAS	Faz as compras sem ajuda;	
	Só faz pequenas compras;	
	Faz as compras acompanhado/a;	
	É incapaz de ir às compras;	
USAR O TELEMÓVEL	Usa-o sem dificuldades;	
	Só liga para lugares e familiares;	
	Necessita de ajuda para usar;	
	Incapaz de usar o telemóvel;	
USAR TRANSPORTES	Viaja em transporte público ou conduz;	
	Só anda de táxi;	
	Necessita de acompanhamento;	
	Incapaz de usar o transporte;	
USO DE DINHEIRO	Paga as contas, vai ao banco, etc...	
	Só em pequenas quantidades de dinheiro;	
	Incapaz de utilizar o dinheiro;	
RESPONSÁVEL POR MEDICAMENTOS	Responsável pela medicação;	
	Necessita que preparem a medicação;	
	Incapaz de responsabilizar-se pela medicação.	