



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECIMENTO E ISOLAMENTO SOCIAL

Um Estudo em Centros de Dia

Inês Dias Franco



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Inês Dias Franco

Envelhecimento e Isolamento Social

Um Estudo em Centros de Dia

Mestrado em
Gerontologia Social

Dissertação efetuada sob a orientação de

Professora Doutora Alice Bastos

Professor Doutor José Miguel Veiga

Março de 2024

RESUMO

Contexto: O envelhecimento é um dos fenómenos relevantes do século XXI, o qual tem sido encarado pela gerontologia nas últimas décadas de modo positivo, concretizado no quadro de referência do envelhecimento ativo, saudável, bem-sucedido. Organizações internacionais defendem o envelhecimento ativo como maximizador de oportunidades de saúde, participação e segurança, bem como aprendizagem ao longo da vida. Com o aumento da esperança média de vida cada vez mais pessoas vivem mais tempo, sendo que pessoas mais velhas apresentam maior risco de isolamento social, à medida que a capacidade funcional na vida diária diminui. Investigação sobre redes sociais e envelhecimento, evidenciam que diferentes fatores afetam de forma desigual o isolamento social em relação à família e aos amigos. A rede social deve ser incorporada de forma robusta na deteção e prevenção do isolamento social. Investigação recente sugere que entre indivíduos com maior risco de isolamento social, ter redes sociais de apoio e gratificantes está associado à preservação da função cognitiva e ao bem-estar. Com o envelhecimento as redes sociais tendem a diminuir, ajustadas em parte pela diminuição do tempo futuro. Os Centros de Dia são uma das respostas sociais à velhice, que apesar de acolherem pessoas com grande vulnerabilidade, não têm sido investigados.

Objetivos: O presente estudo tem como objetivos: (1) descrever as características sociodemográficas dos utilizadores de Centros de Dia; (2) analisar as redes sociais em função das características sociodemográficas dos participantes; (3) examinar o risco de isolamento social associado à idade.

Método: Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, inserido no “Projeto CD.Living” que envolve participantes com 65 ou mais anos, a frequentar Centros de Dia na região Norte de Portugal. Na recolha de dados foi utilizado um protocolo gerontológico multidimensional, o qual inclui um questionário sociodemográfico e a versão portuguesa dos seguintes instrumentos: Índice de Lawton (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), Índice de Barthel (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), Escala de Rede Social de Lubben-6 (Lubben, 1998; Ribeiro *et. al.*, 2012) e Escala de Satisfação com a Vida (Diener *et. al.*, 1985; Neto *et. al.*, 1990).

Resultados: Fazem parte deste estudo 151 participantes com uma média de idades de 81 anos (DP = 7,62; Min = 65; Max = 98), predominantemente mulheres (73,5%), viúvas (52,3%) com escolaridade reduzida (64,0%). Quanto à capacidade funcional na vida diária, 57,6% são severamente dependentes nas AIVD, enquanto 57,0% são independentes nas ABVD. Em relação às redes sociais, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão *família* quanto às variáveis sociodemográficas, designadamente, estado civil, escolaridade e condição económica ($p < 0,05$); na dimensão *amigos* quanto às variáveis pagamento de despesas e rendimento ($p < 0,05$) e quanto às variáveis estado civil, pagamento de despesas e rendimento na escala total das redes sociais ($p < 0,05$). O risco de isolamento social é elevado.

Conclusão: Considerando os valores obtidos nas várias dimensões das redes sociais e atendendo ao risco de isolamento social, recomenda-se prosseguir estudos no domínio, dada a relevância do tema para a Gerontologia Social.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Centros de Dia, Redes Sociais; Isolamento Social; Gerontologia Social

ABSTRACT

Context: Background: Ageing is one of the relevant phenomena of the 21st century, which has been viewed by gerontology in recent decades in a positive light, concretized in the reference framework of successful healthy active ageing. International organizations defend active ageing as maximizing opportunities for health, participation and security, as well as lifelong learning. Research into social networks and ageing shows that different factors affect social isolation from family and friends in different ways. The social network context should be robustly incorporated into the detection and prevention of social isolation. Similarly, recent research suggests that among individuals at higher risk of social isolation, having supportive and rewarding social networks is associated with preservation of cognitive function. With the increase in average life expectancy, more and more people are living longer, and older people are at greater risk of social isolation as their functional capacity in daily life decreases. With ageing, social networks tend to diminish, adjusted in part by the reduction in future time. Day care centers are one of the social responses to old age. Although they welcome people who are highly vulnerable, they have not been widely researched.

Objectives: (1) to describe the sociodemographic characteristics of the participants attending Day Care Centers; (2) to analyze the social networks according to the sociodemographic characteristics of the participants; (3) to examine the risk of social isolation associated with age.

Method: This is a quantitative study, part of the CD.Living project involving participants aged 65 and over attending Day Care Centers in the northern region of Portugal. Data was collected using a sociodemographic questionnaire, the Lawton Index (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), the Barthel Index (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Araújo et. al., 2007), the Lubben-6 Social Network Scale (Lubben, 1998; Ribeiro et. al., 2012) and the Satisfaction with Life Scale (Diener et. al., 1985; Portuguese version Neto et. al., 1990).

Results: This study included 151 participants with an average age of 81 years (SD = 7.62; Min = 65; Max = 98), predominantly women (73.5%), widows (52.3%) with little schooling (64.0%). As for functional capacity in daily life, 57.6% were severely dependent in IADLs, while 57.0% were independent in BADLs. With regard to Social Networks, there were statistically significant differences in the family dimension with regard to the sociodemographic variable's marital status, schooling and payment of expenses ($p < 0.05$); in the friends dimension with regard to the variables expenses and income ($p < 0.05$) and in the total social network scale with regard to the variables marital status, expenses and income ($p < 0.05$). The risk of social isolation is high.

Conclusion: Considering the values obtained in the various dimensions of social networks and the risk of social isolation, further studies in this area are recommended, given the relevance of the subject to Social Gerontology.

Keywords: Aging; Day Centers, Social Networks; Social Isolation; Social Gerontology

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I - REVISÃO DA LITERATURA	7
1. Acerca do Envelhecimento Humano	7
1.1. Conceito, Teorias e Modelos.....	7
1.2. Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-Sucedido	9
2. Redes de Relações Sociais e Envelhecimento: A Relevância dos Centros de Dia	13
2.1. Os Centros de Dia face ao Envelhecimento da População.....	14
2.2. Redes de Relações Sociais e Envelhecimento	15
3. O Isolamento Social em Pessoas mais Velhas	18
II – MÉTODO	23
1. Plano de Investigação e Participantes	24
2. Instrumentos de Recolha de Dados	24
3. Procedimentos de Recolha de Dados	26
4. Estratégias de Análise de Dados	27
III – RESULTADOS	28
1. Caraterização dos Participantes em Centros de Dia.....	29
2. As redes sociais em função das variáveis sociodemográficas	36
3. Risco de Isolamento Social em função da idade	39
IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos participantes.....	29
Tabela 2 -Descrição dos Centros de Dia em função da dimensão e utilizadores	31
Tabela 3 - Atividades Instrumentais da Vida Diária em função da idade	32
Tabela 4 - Pontuação total AIVD em função do nível de dependência.....	33
Tabela 5 - Descrição das ABVD em função do grupo etário	34
Tabela 6 - Pontuação total ABVD em função do nível de dependência	35
Tabela 7 - Redes Sociais-Frequência de contactos.....	36
Tabela 8 - Redes Sociais em função do grupo etário	37
Tabela 9 - Redes Sociais em função do estado civil.....	37
Tabela 10 - Redes Sociais em função da escolaridade	37
Tabela 11 - Redes Sociais em função da capacidade de pagar as despesas	38
Tabela 12 - Redes Sociais em função do rendimento.....	38
Tabela 13 - Percentagem de respostas para a dimensão família segundo grupo etário	39
Tabela 14 - Percentagem de respostas para a dimensão amigos segundo grupo etário.....	39
Tabela 15 - Percentagem de respostas para a escala total segundo grupo etário.....	39
Tabela 16 - Risco de isolamento social associado à idade	40

Lista das Abreviaturas e Siglas

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

DGES – Direção Geral de Saúde

EA – Envelhecimento Ativo

ES – Envelhecimento Saudável

EBS – Envelhecimento Bem-Sucedido

ENEAS – Estratégia Nacional do Envelhecimento Ativo e Saudável

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAES – Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável

INTRODUÇÃO

O Envelhecimento da população é um dos fenômenos mais relevantes do século XXI, sendo que a Organização Mundial de Saúde tem traçado uma série de recomendações para que o envelhecimento ativo e saudável seja tido em consideração à escala global (WHO, 2002, 2015; ILC-Brasil, 2015). O quadro de referência do envelhecimento ativo e saudável levou ao desenvolvimento de políticas públicas servindo de referência em vários países, entre os quais se destaca Portugal (DGS, 2017; PAEAS, 2024).

Estas iniciativas, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015), tornam-se ainda mais relevantes diante da rápida transição demográfica que o mundo enfrenta, impulsionada pelo aumento da longevidade e do *baby boom* pós-segunda Guerra Mundial. O fenômeno do envelhecimento tem vindo a ter uma expressão cada vez maior à escala global, quer nos países ditos tecnologicamente avançados, quer nos países em desenvolvimento, de acordo (WHO, 2015). A redução da mortalidade e o aumento da esperança de vida são apontados como fatores primordiais desta transição demográfica.

Relativamente ao envelhecimento humano, como refere Fernández-Ballesteros (2019), no início do século XX predominavam a teoria da desvinculação sugerindo um processo de afastamento do indivíduo da sociedade (Cumming & Henry, 1961) e a teoria da atividade que defendia a importância da interação social e da atividade na vida humana (Havighurst, 1968). No entanto, com o avanço do conhecimento em Gerontologia, enquanto campo multidisciplinar, de tendência interdisciplinar (Neri, 2008), houve uma mudança significativa na compreensão e estudo do envelhecimento, reconhecendo-se um potencial de crescimento, desenvolvimento e adaptação ao longo da vida adulta e na velhice associado às teorias “life span” (Baltes et al., 2006) e “life course” (Elder et al, 2006). Essa nova perspetiva despertou um interesse crescente em abordar o envelhecimento de maneira positiva, com foco nos aspetos de saúde, bem-estar e qualidade de vida ao longo da vida.

O envelhecimento é influenciado por diversos fatores individuais e sociais, biológicos e culturais (Moreira, 2020). Segundo Cancela (2007) o envelhecimento, pode ser encarado como um processo contínuo, que passa por diferentes fases, desde o crescimento até à senescência. Segundo Rosa (2012, 2020), este processo é moldado por experiências passadas, estilos de vida e outros fatores individuais. O processo de envelhecimento, é multifacetado, descrito de modo muito diverso, com várias idades. Por exemplo, Baltes e Smith (2006) ao proceder a uma revisão da investigação no domínio, observaram que entre a terceira idade e a quarta idade (80+ anos) há efetivamente uma descontinuidade, com diferenças qualitativas significativas, chamando a atenção para a necessidade de abordagens que promovam a qualidade de vida em todas as etapas da vida adulta e velhice, incluindo o envelhecimento ativo e saudável.

Estes acontecimentos desafiam os conceitos tradicionais do envelhecimento, destacando-se o quadro de referência da Organização Mundial de Saúde para o envelhecimento ativo (WHO, 2002) e saudável (WHO, 2015) como uma abordagem dinâmica e proativa para lidar com essas questões, visando promover uma experiência de envelhecimento mais positiva. O conceito de envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), visa maximizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Além de abordar a saúde física, enfatiza a autonomia e a independência como dimensões fundamentais. O grupo de trabalho do ILC-Brasil (2015) destaca a importância da implementação de políticas que abordem quatro pilares do envelhecimento ativo: saúde, participação social, segurança e aprendizagem ao longo da vida. No entanto, é de referir que as disparidades na esperança de vida e nos determinantes sociais exigem uma revisão das políticas associadas ao envelhecimento e uma maior inclusão das pessoas idosas no processo de mudança para garantir programas mais adequados às necessidades das pessoas mais velhas. Além do envelhecimento ativo, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015), mais recentemente, propôs o conceito de envelhecimento saudável, que se concentra no desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional ao longo do tempo, resultante da interação entre as capacidades intrínsecas da pessoa e o seu ambiente (físico, cultural e social).

O conceito de envelhecimento saudável, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015), complementa o envelhecimento ativo, priorizando a saúde física, mental e social para garantir o bem-estar na terceira idade. Isso implica promover a prevenção de doenças crônicas e desenvolver habilidades de adaptação para uma vivência positiva do envelhecimento. A avaliação da saúde e do funcionamento nas idades avançadas baseia-se em três conceitos-chave: capacidade funcional, capacidade intrínseca e ambiente. A capacidade funcional refere-se à competência para realizar atividades significativas, a capacidade intrínseca engloba as competências físicas e mentais desde o nascimento, e os ambientes incluem os elementos externos que moldam o contexto de vida. Assim, o envelhecimento saudável é influenciado por fatores genéticos, ambientais e comportamentais, que determinam as oportunidades e desafios ao longo da vida.

Relativamente às relações e segundo Teixeira e Martin (2016), a análise das redes sociais e dos Centros de Dia revela a importância das interações sociais para o bem-estar das pessoas idosas, evidenciando a necessidade de compreender as dinâmicas específicas desses contextos. Ao explorar o papel das redes sociais em Centros de Dia, é possível desenvolver estratégias eficazes para promover o bem-estar e a inclusão social das pessoas idosas, informando políticas e programas que fortaleçam essas redes. Os centros de dia, surgidos nos anos 60 em Portugal,

evoluíram para responder às necessidades das pessoas idosas, proporcionando uma variedade de serviços básicos, especializados e complementares. Bonfim e Saraiva (1996), consideram que o objetivo é manter as pessoas idosas no meio sociofamiliar, sendo os Centros de Dia promotores do bem-estar, revigorantes das capacidades individuais e que ajuda no combate à solidão, tanto das pessoas idosas como dos seus cuidadores. Reconhecendo o papel fundamental do apoio social no envelhecimento e sua ligação estreita com as relações sociais (Ribeiro et al., 2012; Silva, 2018), é possível desenvolver intervenções eficazes que promovam um envelhecimento ativo e saudável. Nesta perspetiva, identificar as redes sociais de apoio contribui para uma abordagem mais completa e centrada na pessoa, do próprio processo de envelhecimento.

Segundo Silva (2018), as redes sociais das pessoas mais velhas podem ser classificadas em diferentes tipos: função, estrutura, modos de interação e percepção da qualidade das relações. Para explicar a evolução das redes sociais ao longo da vida, destaca-se em particular as contribuições do modelo “convoy” (Kahn & Antonucci, 1980) e da teoria da seletividade socioemocional (Carstensen, 2006) a qual defende que à medida que o tempo futuro reduz, as pessoas valorizam os relacionamentos mais próximos, dando menos importância à quantidade de relações na rede.

O isolamento social diz respeito à redução da quantidade e qualidade dos contactos sociais, resultando em poucos papéis sociais e na ausência de relações mutuamente gratificantes (Bezerra et al, 2021). De acordo com Carstensen (2006), esta situação é frequentemente associada ao envelhecimento, onde a rede social tende a diminuir com a idade, aumentando o risco de isolamento. A autora refere ainda que o isolamento social implica afastamento ou evitamento do convívio social, podendo levar a problemas de saúde, solidão e sofrimento emocional. A Organização Mundial da Saúde reconhece há mais de 25 anos a importância da prevenção do isolamento social para a saúde, equiparando-o ao risco do tabagismo. Lubben et al. (2006) indicam que laços sociais de apoio melhoram a saúde, enquanto o isolamento social está associado a um maior risco de incapacidade e morte precoce. A medição do isolamento social, como a realizada com a Escala de Rede Social de Lubben (LSNS-6), é essencial para avaliar redes sociais e apoio social, e para identificar pessoas em risco de isolamento social, independentemente do contexto cultural ou país europeu (Lubben et al., 2006; Ribeiro et al., 2012). Por sua vez, o estudo de Bezerra et al. (2021) oferece uma análise detalhada do isolamento social entre pessoas idosas, revelando que este é um fenómeno complexo e multifacetado. O isolamento social não pode ser entendido como um conjunto homogéneo de características, mas sim como um fenómeno que varia amplamente entre os indivíduos. É necessário, portanto, desenvolver estratégias específicas e baseadas em evidências para enfrentar este problema societal, com avaliação e monitorização

contínuas da eficácia dessas intervenções para grupos heterogêneos. Para os autores, o conceito de isolamento social é frequentemente relacionado à falta objetiva de interação social e à ausência de relacionamentos sociais significativos. No entanto, este conceito deve ser distinguido da solidão, que é uma experiência altamente subjetiva. Enquanto a solidão não depende necessariamente do número de interações sociais, o isolamento social está diretamente ligado à redução objetiva das redes sociais. Estas distinções são cruciais para a formulação de intervenções eficazes, uma vez que as consequências para a saúde podem variar entre isolamento e solidão. Além disso, a percepção de isolamento social pode estar ligada a barreiras que dificultam ou impedem a relação social, e não apenas à ausência voluntária de contacto social. Este aspeto sublinha a necessidade de abordar o isolamento social não apenas como um problema individual, mas também como um desafio societal, que pode ser influenciado por fatores emocionais, contextuais e históricos de vida. Este conceito também tem sido associado a piores resultados de saúde física e mental, sendo evidente ainda, que a falta de recursos sociais, como amigos, familiares e relações de confiança, pode agravar estas condições, resultando em maior risco de internamento, especialmente entre mulheres idosas.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as redes sociais e o isolamento social de pessoas com 65+ anos que frequentam Centros de Dia. Quanto aos objetivos específicos, estabelece-se: (1) descrever as características dos participantes a frequentar Centros de Dia; (2) analisar as redes sociais em relação às características sociodemográficas; e (3) examinar o risco de isolamento social em função da idade.

Para concretizar estes objetivos, a presente dissertação está organizada da seguinte forma: (1) revisão da literatura, abordando aspetos relacionados com a teoria e investigação no domínio; (2) método, apresentando o plano de investigação, os participantes, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, bem como as estratégias de análise de dados. Segue-se a (3) apresentação dos resultados, com ênfase na caracterização dos participantes, descrição das variáveis em estudo e análise das relações entre redes sociais em função das características sociodemográficas dos participantes, bem como a análise do risco de isolamento social. Por fim, procede-se à discussão dos resultados e conclusão.

I – REVISÃO DA LITERATURA

I - REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento humano nas últimas décadas tem vindo a ser encarado como um processo de transformação ao longo da vida. A Gerontologia tem defendido uma visão positiva acerca do envelhecimento, materializada no envelhecimento ativo, saudável, bem-sucedido. Ao longo dos últimos anos, a investigação sobre redes sociais tem produzido resultados significativos com importantes implicações ao nível das Políticas Públicas e da prática gerontológica. Nesta linha de pensamento apresenta-se em seguida as principais contribuições neste domínio.

1. Acerca do Envelhecimento Humano

No início do século XX, Fernández-Ballesteros (2019) destaca que as teorias mais influentes sobre o envelhecimento eram as teorias da desvinculação (Cumming & Henry, 1961) e a teoria da atividade (Havighurst, 1968). A primeira sugere que o envelhecimento é um processo de separação entre o indivíduo e a sociedade, enquanto a segunda enfatiza a importância da interação social e da atividade na vida do ser humano. Estas teorias foram estabelecidas durante um período em que predominava uma visão negativa do envelhecimento, associado ao declínio físico, cognitivo e social. No entanto, com o surgimento da Gerontologia como campo multidisciplinar, essas teorias foram amplamente discutidas e exploradas, marcando uma mudança significativa na forma como o envelhecimento era entendido e estudado. A nova perspetiva mais positiva do envelhecimento reconhece o potencial de crescimento, desenvolvimento e adaptação ao longo da vida adulta e na velhice. Essa mudança de paradigma levou a um interesse crescente em estudar o envelhecimento de maneira mais positiva, com foco nos aspectos de saúde, bem-estar e qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

1.1. Conceito, Teorias e Modelos

O aumento da longevidade e o envelhecimento demográfico são considerados um dos maiores desafios para a sociedade no século XXI devido às profundas implicações sociais, económicas e de saúde pública. Este fenómeno resulta da combinação de dois fatores principais: o aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de natalidade. Moreira (2020) aborda a questão do envelhecimento, colocando em destaque a intensificação do envelhecimento

demográfico e da longevidade que resultam, essencialmente, do desenvolvimento em áreas como a modernização social, o avanço económico e acesso aos cuidados de saúde, que por sua vez contribuem para melhores condições de vida.

Segundo Cancela (2007), o envelhecimento é um processo em que todas as espécies multicelulares têm um limite de tempo de vida, passando por diferentes estágios que moldam o seu metabolismo ao longo do tempo. Este processo divide-se em três fases principais: (1) o período de crescimento e desenvolvimento dos órgãos, onde as competências funcionais são adquiridas para a reprodução; (2) a fase reprodutiva, que contribui para o desenvolvimento da própria espécie; e (3) a senescência, uma fase em que a capacidade funcional do organismo entra em declínio. Além disso, o autor refere que o processo de envelhecimento não é estático mas contínuo, e que varia entre indivíduos. Ou seja, embora o processo de envelhecimento afete o organismo de forma universal, o ritmo e o impacto desse processo varia de pessoa para pessoa.

Note-se que a Gerontologia Social defende uma abordagem biopsicossocial do envelhecimento, descentrando a análise do fenómeno da questão puramente biológica (Fernández-Ballasteros, 2004). Na perspectiva de Moreira (2020), as pessoas mais velhas surgem como um grupo heterogéneo e diversificado. Esta pluralidade é evidenciada, não só pelo ambiente e contexto em que residem, mas também por características sociais como a escolaridade, os rendimentos e o percurso profissional, que são variáveis explicativas de percursos de vida, estilos de vida e redes sociais distintas. Além disso, a autora afirma que o modo como a pessoa mais velha encara o envelhecimento depende de uma série de fatores, que incluem o local onde a pessoa vive (urbano ou rural), se vive sozinho ou acompanhado, os seus recursos pessoais e socioeconómicos, o nível de dependência/capacidade funcional, assim como o acesso aos serviços de saúde, equipamentos, monitorização e espaços públicos. Estes fatores desempenham um papel significativo na forma como a pessoa vivencia o envelhecimento.

Ainda sobre o processo de envelhecimento, Rosa (2012, 2020) considera que este não é um processo apenas de cariz individual, mas também coletivo. O envelhecimento individual compreende o envelhecimento cronológico (é pautado pelo avançar dos anos e é parte natural do desenvolvimento humano, sendo universal, progressivo e inevitável) e o envelhecimento biopsicossocial (é influenciado pelo envelhecimento cronológico, porém difere entre pessoas devido a fatores como experiências passadas, hábitos, estilos de vida e género). Por sua vez, o envelhecimento coletivo compreende o envelhecimento demográfico (é determinado pela categorização etária, independentemente das características individuais) e pelo envelhecimento societal (depende da capacidade da sociedade em se adaptar às mudanças demográficas).

Assim, é desde já possível afirmar que o processo de envelhecimento é, de vários pontos de vista, complexo. Esta complexidade é ainda mais acrescida ao considerar a distinção apresentada por Baltes e Smith (2006) entre a terceira e a quarta idade. Embora estas duas fases da vida constituam a velhice, são muito distintas entre si e podem ser definidas com base em parâmetros populacionais ou pessoais. Em relação aos parâmetros populacionais, os autores defendem que, embora possa variar ligeiramente entre os países, a transição da terceira para a quarta idade ocorre nos países desenvolvidos por volta dos 80/85 anos. Em relação aos parâmetros individuais, os autores destacam que, enquanto na terceira idade existe potencial para a manutenção de bons níveis de qualidade de vida, atividade e produtividade, na quarta idade verificam-se descontinuidades e diferenças qualitativas significativas, uma vez que há uma maior prevalência de fragilidade, declínio e comorbidades. Assim, considerando as descontinuidades nesta fase da vida, torna-se relevante considerar-se abordagens que promovam a qualidade de vida e o bem-estar em todas as etapas da vida adulta e na velhice, nomeadamente orientadas para o envelhecimento ativo e saudável.

1.2. Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-Sucedido

Face aos desafios decorrentes do envelhecimento demográfico e do aumento da esperança média de vida, o quadro de referência da Organização Mundial de Saúde do envelhecimento ativo (WHO, 2002) e do envelhecimento saudável (WHO, 2015) tem contribuído à escala global para mobilizar a comunidade científica e os decisores políticos para o fenómeno do envelhecimento.

Envelhecimento Ativo

No início do século XXI, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) propôs o conceito de envelhecimento ativo como uma abordagem para lidar com os desafios globais associados ao aumento da expectativa de vida e ao envelhecimento da população, definindo-o como um processo que visa maximizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, objetivando a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Deste modo, os autores afirmam que este conceito vai além da simples manutenção da saúde física ou da permanência no mercado de trabalho e papéis sociais, uma vez que a qualidade de vida (ex.: autonomia, independência) é a dimensão predominante do envelhecimento ativo, sendo que este é muito mais do que apenas as pessoas se manterem fisicamente ativas ou permanecerem no

mercado de trabalho. Além disso, destaca-se a importância dos pilares – saúde, participação social e segurança – para uma experiência positiva de envelhecimento (WHO, 2002).

Note-se que o grupo de trabalho do ILC-Brasil (2015), que foi o responsável pela revisão do documento original da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), evidencia que implementação de políticas eficazes que para além dos três pilares incluem também a aprendizagem ao longo da vida (quarto pilar). Os pilares fundamentais do envelhecimento ativo tem um impacto significativo na capacidade das pessoas para adquirir recursos essenciais para enfrentar novos desafios e manter o bem-estar, destacando a responsabilidade individual na sua aplicação na comunidade. A *saúde* é destacada como o primeiro pilar do envelhecimento ativo, podendo ser percebida através de diagnósticos médicos ou pela própria percepção do indivíduo. A *segurança* aborda questões críticas relacionadas à organização urbana, áreas habitacionais, espaços privados e à segurança nas comunidades. Quanto à *participação social*, destaca-se a sua importância na comunidade em que o indivíduo está inserido, bem como nas relações estabelecidas com instituições, família, amigos e na cidadania. A *aprendizagem ao longo da vida* é vista como a aquisição estruturada de conhecimento com o objetivo de obter certificados ou diplomas (educação). Este quarto pilar contribui para o bem-estar e a empregabilidade, conferindo ao indivíduo maior poder de decisão e envolvimento na sociedade. Importa destacar que o acesso/disponibilidade destes quatro pilares é fortemente influenciado pelo género e pela cultura, dada a singularidade e individualidade do processo de envelhecimento.

No entanto, os autores afirmam que estas diferenças não se limitam apenas a cultura e género, existindo vários determinantes para o envelhecimento ativo, nomeadamente a disparidade na esperança média de vida entre países desenvolvidos e em desenvolvimento assim como entre sexos, o que exige uma revisão da reforma e a reestruturação da prestação de cuidados na velhice. Por fim, os autores afirmam que, para ultrapassar os desafios impostos à concretização do envelhecimento ativo, é fundamental incluir as pessoas mais velhas no desenho e processo de mudanças no sentido de garantir políticas e programas mais inclusivos e adequados às necessidades e realidades da população sénior.

Envelhecimento Saudável

Mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde tem acentuado a questão do envelhecimento saudável, bem-estar das populações e isolamento social (WHO, 2015, 2020, 2021). O envelhecimento saudável, que está intimamente ligado com o envelhecimento ativo, define-se como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional ao longo

do tempo que permite o bem-estar numa idade avançada. Isto significa que promover a saúde física, mental e social é fundamental para possibilitar que as pessoas mais velhas desfrutem de uma boa qualidade de vida à medida que envelhecem.

Desse modo, os autores afirmam que o envelhecimento saudável não se restringe apenas às limitações funcionais e doenças crônicas da pessoa, uma vez que este conceito engloba um processo amplo que procura capacitar as pessoas mais velhas a vivenciar o envelhecimento da melhor forma, desenvolvendo competências que promovam o bem-estar, mesmo perante situações de saúde adversas. A capacidade de adaptação, resiliência e qualidade de vida são também importantes neste âmbito.

No relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015), discute-se como a saúde e o funcionamento são avaliados em idades mais avançadas, destacando três conceitos: a capacidade funcional, a capacidade intrínseca e o ambiente. A capacidade funcional resulta da interação entre a capacidade intrínseca da pessoa, as características ambientais e as interações entre a pessoa e essas características, que podem afetar a sua capacidade de realização nas atividades de vida diária. A capacidade funcional pode ser definida como uma competência da pessoa para realizar atividades consideradas significativas e importantes. Por sua vez, a capacidade intrínseca corresponde às competências físicas e mentais que a pessoa detém desde o seu nascimento e que podem ser utilizadas a qualquer momento, podendo ainda condicionar os atos de uma pessoa. O ambiente, por sua vez, engloba todos os elementos externos que compõem o contexto de vida da pessoa, do nível micro ao nível macro. Fatores como o ambiente físico, relações interpessoais, políticas sociais e de saúde são constituintes do meio ambiente em que vivemos.

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015), o envelhecimento saudável começa a partir do momento em que as pessoas nascem, sendo influenciado não apenas pela herança genética como por exposições ambientais e hábitos. Isto é, quando uma pessoa nasce, passa a ser parte integrante de um ambiente social do qual fazem parte características pessoais como o género e a etnia que permanecem fixas, ao contrário de outras características como a profissão, escolaridade ou rendimentos, que são mutáveis. São todas estas características, fixas ou mutáveis, que ditam em grande parte as oportunidades e desafios que vão surgindo ao longo da vida. Além disso, à medida que as pessoas envelhecem, os seus corpos acumulam gradualmente danos que resultam na diminuição das capacidades fisiológicas, bem como a exposição a uma variedade de influências ambientais positivas ou negativas que podem afetar este processo, como características de saúde (ex.: risco de pressão arterial alta, doenças crônicas, entre outras). No entanto há aspetos psicossociais, tais como bem-estar e redes sociais, que devem ser considerados.

Envelhecimento Bem-Sucedido

As últimas décadas do século XX foram de grande produção teórica, tendo surgido um conjunto de abordagens que marcaram a investigação no século XXI. Dentro das várias abordagens ou modelos é de destacar o modelo biomédico de Rowe e Kahn (1987, 1997), também conhecido por modelo da Fundação McArthur (Rowe & Cosco, 2016). De acordo com este modelo há três aspetos a considerar no envelhecimento bem-sucedido: (1) ausência de doença e incapacidade decorrente da doença; (2) manutenção de elevada capacidade física e mental, a qual, por seu turno, facilita (3) o envolvimento ativo com a vida. Esta combinação dos três componentes – evitar a doença, elevado funcionamento físico e cognitivo, e um envolvimento sustentado com a vida – representa o conceito de envelhecimento bem-sucedido.

Este é o modelo de envelhecimento bem-sucedido que mais tem orientado a investigação nas últimas décadas. No entanto, há outros modelos que também se tem destacado, como é o caso do modelo de otimização seletiva com compensação (modelo SOC) de Baltes e Baltes (1990). De acordo com estes autores, o que explica o envelhecimento bem-sucedido é o uso proficiente dos mecanismos SOC. Como defende Bastos et al (2021, 2023), o SOC é o garante da capacidade adaptativa, uma vez que permite ir fazendo ajustamentos à medida que as perdas se tornam predominantes sobre os ganhos. O modelo SOC pode ser aplicado às estratégias proativas de gestão da vida, como defendem Freund e Baltes (2002).

Outro modelo que se tem destacado na Gerontologia é o modelo da proatividade preventiva e corretiva de Kahana e Kahana (1996). De acordo com os autores, uma visão de envelhecimento bem-sucedido precisa de considerar simultaneamente os resultados e os processos. E daí a importância da proatividade. Ao longo das últimas décadas este modelo tem vindo a ser revisto, em particular com dados recolhido a partir da investigação longitudinal (Kahana et al, 2012, 2014).

Em síntese, relativamente ao envelhecimento humano, observa-se uma evolução de uma perspetiva negativa para uma visão mais positiva com o surgimento da Gerontologia, sendo esta um campo multidisciplinar. Atualmente, o envelhecimento é encarado como um processo dinâmico, com potencial de crescimento e adaptação ao longo da vida, envolvendo diferentes fases influenciadas por fatores ambientais e hábitos. É necessário compreender estas transições, dado que as pessoas mais velhas são heterogéneas, no que diz respeito ao percurso e estilo de vida e aos recursos, moldados pelo ambiente e características individuais. Relativamente ao

envelhecimento ativo, este tem como objetivo maximizar oportunidades de saúde, participação e segurança visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa mais velha. Vai além da saúde física e do trabalho, destacando-se a importância do quarto pilar, aprendizagem ao longo da vida. Isto significa que promover o envelhecimento ativo requer abordagens políticas e práticas que levem em consideração estes quatro pilares fundamentais (saúde, participação social, segurança e aprendizagem ao longo da vida). O envelhecimento saudável define-se como desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que resulta da conexão entre as capacidades intrínsecas da pessoa e os seus ambientes, sendo crucial para a realização das atividades de vida diária. Encontramos relacionado com o envelhecimento ativo sendo influenciado por fatores genéticos, ambientais, sociais e prioriza a adaptação às mudanças biopsicossociais ao longo da vida. O envelhecimento bem-sucedido pode ser visto como mais um contributo dentro desta ideia que é possível envelhecer bem.

2. Redes de Relações Sociais e Envelhecimento: A Relevância dos Centros de Dia

A abordagem deste tópico proporciona uma compreensão mais aprofundada do papel das redes sociais na vida das pessoas mais velhas a frequentar Centros de Dia, bem como dos benefícios que podem advir de uma rede social forte e sustentável. O aumento da esperança de vida, impulsionado pelos avanços na medicina e melhores condições de vida, resulta num maior número de pessoas mais velhas que precisam de apoio adequado, tanto em termos de saúde física quanto de inclusão social. Em paralelo, a redução das taxas de natalidade provoca uma diminuição na proporção de jovens, fazendo com que as sociedades lidem com um crescente número de pessoas idosas. Este fenómeno coloca pressão nos sistemas de saúde, proteção social e famílias. Estruturas sociais como Centros de Dia desempenham um papel fundamental na retaguarda à velhice. Além disso, destaca-se a importância de investigar as dinâmicas específicas das interações sociais dentro destes contextos, incluindo o impacto das atividades recreativas, dos programas de intervenção e da estrutura organizacional dos Centros de Dia na formação e manutenção das redes sociais das pessoas mais velhas. Ao compreender melhor as características das redes sociais em Centros de Dia, torna-se possível desenvolver estratégias mais eficazes não só para promover o bem-estar e a inclusão social das pessoas mais velhas, como também para informar o desenho e implementação de políticas e programas que visem fortalecer essas redes e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida dessa população.

2.1. Os Centros de Dia face ao Envelhecimento da População

Teixeira e Martin (2016) consideram que os Centros de Dia em Portugal têm uma história que remonta aos anos 60, marcada pela crescente preocupação comunitária em proteger os segmentos mais vulneráveis da sociedade, especialmente as pessoas mais velhas. Além disso, este período testemunhou mudanças sociais significativas que resultaram na implementação de novas respostas sociais. A partir de 1974, o Estado começou a adotar medidas para beneficiar a população mais velha (65+ anos). Inicialmente, entre 1976 e 1985, a ênfase estava em manter as pessoas mais velhas em casa para reduzir às despesas públicas, levando à criação de Centros de Dia e Centros de Convívio, em contraste com as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), que não acarretavam despesas diretas para os utilizadores. Numa segunda fase, entre 1985 e 1995, surgiu a necessidade de estabelecer parcerias sociais. A proteção das pessoas mais velhas não se limitava apenas ao auxílio financeiro, mas também visava garantir a sua participação ativa e autónoma na sociedade, adiando o máximo de tempo possível a sua institucionalização.

Segundo Teixeira e Martin (2016), um Centro de Dia corresponde a um conjunto de serviços onde são organizadas atividades agrupadas que permitem às pessoas conservarem-se no seu meio familiar e social. Isto significa que o grande objetivo desta resposta social é servir como o elo de ligação entre as necessidades da pessoa e os recursos disponíveis na comunidade. De acordo com a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, o Centro de Dia é uma resposta social que oferece apoio a pessoas idosas, promovendo o convívio e evitando o isolamento, proporcionando cuidados de higiene, alimentação e atividades ocupacionais. Esta portaria também prevê a possibilidade de o Centro de Dia prestar apoio domiciliário, quando necessário, sem exigir que os serviços sejam exclusivamente oferecidos num espaço físico. Por conseguinte, observa-se que o objetivo do Centro de Dia é a prestação de serviços no âmbito dos cuidados básicos, bem como apoio psicossocial, evitando o isolamento social à medida que a incapacidade funcional se instala.

Segundo os autores os serviços prestados nos Centros de Dia podem ser básicos, especializados ou complementares. Os serviços básicos baseiam-se no transporte do utilizador, na alimentação e nutrição, higiene e conforto e acompanhamento. Os serviços especializados requerem a existência de um programa de intervenção, no qual deve ser feita uma avaliação, programação, monitorização e adequação por parte dos profissionais que devem atender às necessidades específicas de cada utilizador. Os serviços complementares, por sua vez incluem a podologia, cabeleireiro, estética e biblioteca.

Os autores supracitados enunciam também os objetivos dos Centros de Dia tendo em consideração as duas vertentes, a dos utilizadores e dos cuidadores. A nível individual, o objetivo

principal é a prestação de serviços de saúde ou sociais integrando e mantendo o idoso a viver em comunidade. O foco é promover o bem-estar, adaptar e fortalecer as capacidades do idoso a todos os níveis (social, psicológico, emocional e físico), uma vez que este vai permanecer em sua casa num período considerável do seu dia-a-dia, e precisa de se manter a capacidade funcional. Além disso, sendo o isolamento social e a solidão um problema recorrente nesta faixa etária (WHO, 2021), um dos objetivos dos Centros de Dia é combater o isolamento social promovendo a vertente relacional e de convívio entre utilizadores. Também podemos olhar para este serviço como transição para as Estruturas Residências para Idosos (ERPI). Além de apoiar as pessoas mais velhas, os Centros de Dia apoiam as famílias e/ou os cuidadores informais aconselhando-os e aliviando-os na hora de cuidar, salvaguardando as suas atividades diárias ao saber que existe um local específico que oferece todas as condições e cuidados adequados. Tudo isto se pode traduzir num aumento da qualidade de vida e bem-estar para as pessoas mais velhas, uma vez que para além de apoiarem diretamente as pessoas, podem também criar uma retaguarda às famílias.

2.2. Redes de Relações Sociais e Envelhecimento

Assumindo que os seres humanos são por condição animais sociais, as redes de relações sociais desempenham um papel fundamental ao longo da vida, quer na fase inicial da vida (infância e adolescência) quer no final da vida (velhice). No entanto, este é um tema marcado pela falta de consenso entre peritos, o que dificulta uma análise do tema em estudo.

As relações sociais podem ser vistas como um modo de interação estabelecido entre pessoas, segundo as posições que ocupam na organização social. O sentido comum do termo “*redes*”, no dicionário da língua portuguesa contemporânea, da Academia de Ciências de Lisboa (2001) pode ler-se o seguinte: entrelaçamento de fios, de espessura e materiais diversos que formam uma malha com espaçamentos regulares e mais ou menos apertada, consoante a aplicação a que se destina. Na mesma fonte e relativamente ao termo “*social*” pode ler-se o seguinte: que é relativo ao conjunto das pessoas que vivem em comunidade; que é relativo à sociedade. No entanto, em termos científicos estes conceitos têm vindo a ganhar significados distintos.

Em termos científicos, por exemplo, as redes sociais são tratadas na Psicologia do Desenvolvimento Adulto e Envelhecimento num grande tópico designado por “Relações” (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2015). Face à ausência de consenso entre peritos aborda-se em seguida os principais contributos no domínio.

Redes sociais, suporte social e apoio social

Silva (2018) considera que as redes sociais das pessoas mais velhas podem ser classificadas segundo a sua função, estrutura, modos de interação, composição da rede e percepção da qualidade das relações. Dada a pertinência deste assunto, a apresenta-se em seguida a descrição de cada característica: (1) *Função*: refere-se à troca de diferentes tipos de apoio entre os seus membros; (2) *Estrutura*: refere-se à forma como os laços são estabelecidos; (3) *Modos de Interação*: incluem a proximidade geográfica, a proximidade emocional e a frequência de contactos; (4) *Composição da Rede*: a composição de cada rede varia de acordo com o tipo de apoio prestado, no entanto, as redes são geralmente constituídos por familiares e amigos, embora em menor escala, também estejam presentes vizinhos, colegas ou ex-colegas de trabalho e técnicos ou profissionais formais. (5) *Percepção da Qualidade das Relações*: é de carácter subjetivo e está relacionada com o apoio que as pessoas acreditam estar disponível em caso de necessidade. Ao reconhecer a importância do apoio social para um processo de envelhecimento bem-sucedido, Silva (2018) defende que as relações sociais são essenciais para a vida em sociedade e para o bem-estar individual. Desse modo, torna-se fundamental compreender as alterações que ocorrem nas relações sociais ao longo do processo de envelhecimento. Esta compreensão sobre o assunto é importante do ponto de vista prático, pois permite desenhar intervenções mais ajustadas junto de pessoas mais velhas, visando promover um envelhecimento ativo e saudável. Ao compreender melhor as mudanças nas redes de relações sociais na segunda metade da vida, é possível implementar estratégias que fortaleçam os laços sociais e contribuam para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas mais velhas (Pimentel et al., 2019).

Em linha com Lubben et al. (2006), Ribeiro et al. (2012) defende que o apoio social se constitui como um conceito multidimensional que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas tem acesso através das suas redes sociais. Existem várias definições de apoio social, sendo que a maioria se foca na dimensão e na densidade da rede social, bem como na intensidade dos relacionamentos que a compõe. Bowling (1991) descreve o apoio social como um processo interativo no qual uma pessoa pode receber ajuda de cariz emocional, instrumental ou económica através da sua rede social.

Transformação das redes de relações ao longo da vida

A teoria e investigação em torno das redes de relações sociais no processo de envelhecimento tem sido orientada por modelos teóricos diversos, dos quais se destaca o *convoy*

model (Kahn & Antonucci, 1980) e a *teoria a seletividade socioemocional* (Carstensen, 1991). O *Convoy Model* (Kahn & Antonucci, 1980) foi proposto para compreender como as relações sociais mudam com o tempo e como influenciam o bem-estar e o desenvolvimento ao longo da vida. O modelo é chamado de *convoy* porque se assemelha metaforicamente a um comboio em movimento, onde no centro está determinada pessoa, que é cercada por diferentes camadas ou anéis de relações sociais.

Segundo os autores, a ideia fundamental deste modelo é que as redes sociais de uma pessoa são dinâmicas e influenciam seu bem-estar e desenvolvimento ao longo da vida. Por exemplo, à medida que as pessoas envelhecem, o tamanho e a composição do seu *comboio social* podem mudar, refletindo as transições ao longo do ciclo de vida, como a entrada na reforma, mudanças na saúde e perda de entes queridos. Os autores destacam a natureza dinâmica das redes sociais, que continuam a adaptar-se e a evoluir à medida que as circunstâncias individuais mudam. Segundo Antonucci (2010) o “convoy model” pode ser visto como uma metáfora, a qual se mostrado útil para explicar a dinâmica das relações ao longo da vida.

Por seu turno, a *Teoria da Seletividade Socioemocional*, proposta por Carstensen (2006) defende que à medida que as pessoas envelhecem, tendem a direcionar a sua atenção e recursos emocionais para relacionamentos mais próximos, significativos e de maior qualidade. Esta perspectiva sugere que, com o avançar da idade, as pessoas tendem a valorizar mais a qualidade do que a quantidade das suas relações sociais. A autora afirma que este foco seletivo nas relações emocionalmente próximas é motivado pela percepção do tempo futuro limitado face ao que resta para viver.

Segundo a mesma autora, na juventude e na idade adulta, a procura por novas experiências e por um grande círculo social pode ser uma prioridade, mas à medida que as pessoas envelhecem, a ênfase tende a deslocar-se para a manutenção e aprofundamento dos laços sociais mais próximos e gratificantes (Carstensen et al., 1999; Carstensen, 2019). Nesse contexto, a autora destaca a importância do contexto emocional na tomada de decisão, uma vez que com o passar do tempo, as pessoas tornam-se mais seletivas em relação ao seu ambiente social, escolhendo passar o tempo com as pessoas que promovem emoções positivas e evitando interações que possam gerar *stress* ou desconforto (Carstensen, 2021). Desse modo, esta teoria tem importantes implicações não apenas para compreender o envelhecimento humano, mas também para a promoção do bem-estar emocional ao longo da vida. Ao reconhecer a importância da qualidade sobre a quantidade nas relações sociais, as pessoas podem direcionar os seus esforços para cultivar e nutrir os relacionamentos mais significativos, contribuindo para um envelhecimento emocionalmente mais gratificante e mais adaptativo.

Tanto o *Convoy Model* como a Teoria da Seletividade Socioemocional constituem abordagens relevantes para compreender o papel das relações sociais ao longo do ciclo de vida. Enquanto o primeiro descreve as redes sociais como dinâmicas e sujeitas a mudanças, enfatizando a influência das transições de vida na sua composição, a segundo centra-se na alteração de prioridades à medida que os indivíduos envelhecem, destacando a valorização da qualidade em detrimento da quantidade das relações interpessoais.

Ambos os modelos reconhecem a influência das relações sociais no bem-estar e no desenvolvimento ao longo da vida, oferecendo perspectivas complementares para compreender como as interações sociais moldam as experiências individuais e coletivas em diferentes fases do ciclo vital.

3. O Isolamento Social em Pessoas mais Velhas

De que falamos quando falamos em isolamento social? Este assunto, tem sido investigado, assumindo-se que a rede social diminui com a idade e por conseguinte o risco de isolamento social aumenta. O isolamento refere-se algo que se encontra afastado. Mas pode também significar o ato de se isolar ou de se afastar do convívio com os outros, de evitar o contacto social. O isolamento social é comumente definido como uma reduzida quantidade e qualidade de contacto com os outros. Uma situação de isolamento social envolve reduzidos contactos sociais e poucos papéis sociais, bem como a ausência de relações mutuamente gratificantes. O isolamento social pode levar a problemas de saúde, solidão, sofrimento emocional e outros efeitos negativos.

Como vimos anteriormente, teoricamente os ajustamentos na rede social têm motivações muito diversas. Na juventude observa-se uma levada rede sociais que vai diminuindo na segunda metade da vida. No entanto, Carstensen (2006) defende que à medida que o tempo futuro reduz observa-se uma redução na quantidade de pessoas na rede associado a um aumento da qualidade na rede de relações. Este é um assunto que tem interessado os investigadores do envelhecimento, em particular aqueles que se tem ocupado de criar novos instrumentos de medida do risco de isolamento social, como é o caso de Lubben et al. (2006).

Lubben et al (2006) defendem que é necessário desenvolver escalas curtas, válidas e fiáveis para avaliar redes sociais, apoio social e detetar isolamento social em pessoas idosas.

Note-se que a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) reconhece a importância da prevenção do isolamento social para a saúde, equiparando-o ao risco do tabagismo. Estudos indicam que os laços sociais de apoio melhoram a saúde, enquanto o isolamento social está associado a um maior risco de incapacidade e morte precoce. Neste contexto, o desenvolvimento de instrumentos com qualidades psicométricas garantidas em termos de validade e fiabilidade são um avanço para rastrear o isolamento social. Este estudo avalia a eficácia da LSNS-6 em pessoas idosas três cidades europeias - Hamburgo, Solothurn e Londres.

Em termos metodológicos, este estudo investiga como a versão abreviada da Escala de Rede Social de Lubben (LSNS-6) funciona em diferentes países europeus ao avaliar o isolamento social entre pessoas idosas. A investigação inclui uma análise transcultural para entender como os pontos de corte na LSNS-6 podem identificar indivíduos em risco de isolamento social com base na falta de redundância nos laços sociais. Os resultados evidenciaram as características das amostras em três locais diferentes, destacando diferenças significativas entre os grupos, exceto na visão e no suporte emocional. A idade média dos entrevistados foi de cerca de 74 anos, com aproximadamente 40% da amostra com 75 anos ou mais. Em Hamburgo, dois terços eram mulheres, enquanto nas outras duas localidades as mulheres representavam pouco mais da metade da amostra. Os entrevistados de Hamburgo eram menos propensos a viver com um parceiro, e houve diferenças socioeconômicas entre os locais. No que diz respeito à saúde, os entrevistados de Hamburgo relataram pior estado de saúde, maior incidência de problemas de saúde e maior utilização de cuidados de saúde, além de assinalarem mais déficits nas suas redes de apoio social do que os entrevistados nos outros locais. A consistência interna para o LSNS-6 foi alta em todos os locais ($\alpha = 0,83$), com as subescalas também demonstrando elevada consistência. A estrutura fatorial do LSNS-6 foi consistente entre os locais, sem cargas cruzadas discerníveis. As correlações entre os locais indicam invariância fatorial. As análises de correlação item-escala total revelaram homogeneidade dos itens do LSNS-6. A validade discriminante foi confirmada, com valores mais altos associados a viver com um parceiro, participar de atividades em grupo e maior apoio emocional. As correlações com indicadores sociais e de saúde também foram consistentes entre as cidades investigadas, indicando boa validade convergente. Foram sugeridos pontos de corte clínicos para identificar indivíduos em risco de isolamento social, os quais se mostraram consistentemente correlacionados com os indicadores sociais e de saúde. Análises de sensibilidade apontaram para a robustez dos pontos de corte propostos: menos do que 6 para as subescalas “amigos e “família”, e menos do que 12 para o valor global da escala. Como conclusão, os autores consideram que a versão reduzida da Escala de Rede Social de Lubben (LSNS-6) revelou ser uma ferramenta eficaz para avaliar o isolamento social em pessoas idosas,

independentemente do contexto cultural ou país europeu. Os pontos de corte clínicos definidos na LSNS-6 mostraram-se úteis na identificação de indivíduos em risco de isolamento social, com base na falta de diversidade nos laços sociais. Estes resultados sublinham a importância de abordagens transculturais no estudo do isolamento social e oferecem reflexões valiosas para estratégias de intervenção e políticas de saúde pública destinadas a promover o bem-estar social das pessoas idosas.

Em Portugal, Ribeiro et al. (2012) realizaram um estudo de validação da escala breve de Lubben (LSNS-6) para a população portuguesa. As qualidades psicométricas da LSNS-6 mostrou-se uma ferramenta útil na identificação do suporte familiar e de amizade. Ainda assim, os autores enfatizaram a importância de se investigar as propriedades psicométricas em amostras mais amplas e em diferentes contextos, o que permitiria o estabelecimento de um ponto de corte mais específico para a população idosa portuguesa. Segundo a mesma fonte, as redes sociais tendem a ser mais restritas em indivíduos de idades mais avançadas, o que implica a necessidade de análises mais abrangentes em estudos futuros. Além disso, aspetos sociodemográficos, como o género, também merecem investigação adicional, especialmente as diferenças relacionadas ao menor isolamento social entre homens na subescala “Amigos”. Os autores destacam a relevância dos resultados para uma melhor compreensão da dinâmica das redes sociais e do isolamento social entre as pessoas idosas em Portugal.

A nível internacional, Evans et al., (2018) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise para investigar a associação entre isolamento social e função cognitiva na terceira idade, dado que existem algumas evidências que sugerem que o isolamento social pode estar associado a um mau funcionamento cognitivo na terceira idade. No entanto, os resultados são inconsistentes e há uma ampla variação nas medidas utilizadas para avaliar o isolamento social. Em termos metodológicos, realizaram uma pesquisa em estudos longitudinais que avaliam a relação entre diferentes aspetos do isolamento social (incluindo atividade social e redes sociais) e função cognitiva (incluindo medidas globais de cognição, memória e função executiva) em bases como PsycInfo, CINAHL, PubMed e AgeLine. Em sub-análises investigaram a associação entre diferentes aspetos do isolamento social e cada uma das medidas de função cognitiva. Foram identificados 65 artigos pela revisão sistemática e 51 artigos foram incluídos na meta-análise. Baixos níveis de isolamento social caracterizados por alta participação em atividade social e grandes redes sociais foram associados a uma melhor função cognitiva na terceira idade. As subanálises sugeriram que a associação entre isolamento social e medidas de função cognitiva global, memória e função executiva foram semelhantes e não houve diferença de acordo com o sexo ou número de anos de seguimento. Os autores concluíram que há aspetos do isolamento

social associados à função cognitiva na terceira idade, observando-se, no entanto, uma ampla variação nas abordagens para medir atividade social e as redes sociais entre os estudos, o que pode contribuir para inconsistências nos resultados apresentados.

Recentemente, Moormann et al. (2023) realizaram um estudo com o objetivo de analisar o isolamento social em relação à família e aos amigos nas pessoas mais idosas, em função de variáveis sociodemográficas e de saúde. Em termos metodológicos, utilizaram a base de dados de um estudo de coorte prospectivo multicêntrico (AgeCoDe/AgeQualiDe) avaliado na quinta vaga de seguimento (N = 1148; M=86,6; DP=3,0; 67% do sexo feminino). O isolamento social foi avaliado usando a forma reduzida da Escala de Rede Social de Lubben (LSNS-6).

Em termos de resultados, os autores observaram que 34,6% foram considerados socialmente isolados. Em média, o isolamento foi maior na subescala dos amigos (M=6,0; DP=3,8) do que na subescala família (M=8,0; DP=3,5). Análises adicionais evidenciaram que em relação à família, os homens estavam socialmente mais isolados do que as mulheres. Em relação aos amigos, observou-se que quanto mais idade mais isolamento, mas as atividades da vida diária foram associadas a menos isolamento. Independente do contexto social, a gravidade/severidade da depressão estava associada a mais isolamento social, enquanto o desempenho cognitivo estava associado a menos isolamento social. Concluíram os autores que diferentes fatores afetam de forma desigual o isolamento social em relação à família e aos amigos. Por conseguinte, o contexto da rede social deve ser incorporado de forma mais forte na detecção e prevenção do isolamento social para sustentar a saúde física e mental.

Dodds et al., (2024), assumindo que ter redes sociais ricas está associado a uma melhor saúde física e cognitiva; realizaram um estudo com o objetivo de analisar as associações entre redes sociais, função cognitiva e qualidade de vida em pessoas idosas em cuidados de longa duração. Para o efeito planejaram um estudo transversal com 96 participantes de dois prestadores de cuidados para pessoas idosas em Nova Gales do Sul, Austrália. Os residentes foram submetidos a uma bateria de avaliações que mediam a estrutura das redes sociais (Escala de Rede Social de Lubben, LSNS-12), qualidade de vida (EuroQol 5D, Eq. 5D5L) e desempenho cognitivo (Avaliação Cognitiva de Montreal, MoCA). Fatores demográficos e fatores associados ao uso de serviços também foram incluídos a partir dos registos eletrónicos dos prestadores de cuidados para pessoas idosas.

Os resultados evidenciaram que os residentes tinham uma idade média de 82 anos, e 64,6% eram mulheres. A maioria dos residentes apresentava défice cognitivo (70,8%) e redes sociais de tamanho moderado (26,7), avaliado através da Escala de Rede Social de Lubben (LSNS-12). Os residentes que tinham redes sociais maiores, tanto de familiares quanto de amigos,

apresentaram desempenho cognitivo significativamente superior. O tipo de serviço e a frequência de participação não estavam associados à função cognitiva. Concluíram os autores que entre indivíduos com maior risco de isolamento social, ter redes sociais de apoio e gratificantes estava associado à preservação da função cognitiva. Porém, a relação entre a prestação de serviços e interações sociais que oferecem apoio psicossocial dentro de instalações de longa duração e seu impacto ao longo do tempo na função cognitiva requerem uma exploração mais aprofundada.

Em síntese, a teoria e a investigação sugere que, com o envelhecimento, a rede social tende a diminuir, aumentando assim o risco de isolamento social. O isolamento social é caracterizado por um reduzido número de contatos, relações de qualidade reduzida, o que pode levar a situações de solidão e ameaça à saúde física e mental. Alguns estudos demonstram que, apesar da redução na quantidade de relações com a idade, a qualidade das interações pode melhorar. Alguns estudos indicam que baixos níveis de isolamento social estão associados um melhor desempenho cognitivo. Além disso, em contextos de cuidados de longa duração, as redes sociais mais amplas estão associadas a melhor saúde cognitiva. Daí a necessidade de avaliar e monitorizar o isolamento social associado ao envelhecimento da população. Na sequência da revisão da literatura, apresenta-se em seguida o planeamento do estudo empírico.

II – MÉTODO

Nesta secção será descrito o planeamento do estudo, compreendendo as diferentes fases e procedimentos adotados.

1. Plano de Investigação e Participantes

O estudo em questão insere-se no âmbito do projeto CD.Living e é de natureza quantitativa. Segundo Silva e Paiva (2022), esta investigação destaca-se pela apresentação de resultados passíveis de quantificação. Este facto implica o uso de uma amostra alargada, considerada representativa da população ou de um grupo específico, sendo os resultados tidos como um reflexo fiel de toda a população alvo do estudo. Compreende-se que se trata de um estudo descritivo e correlacional, uma vez que o objetivo é determinar a existência de relações entre variáveis e descrevê-las.

Quanto à amostra, a mesma foi ampliada e conta atualmente com 151 participantes com 65+ anos, a frequentar Centros de Dia na região Norte de Portugal.

2. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a realização deste estudo, foi aplicado um questionário sociodemográfico, o *Índice de Lawton* (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), o *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), a *Escala Breve da Rede Social de Lubben* (Lubben-6, 1998; Ribeiro et al., 2012) e a *Escala de Satisfação com a Vida* (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Neto et al., 1990).

Índice de Lawton-Brody (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) - é um instrumento utilizado para avaliar o nível de independência de pessoas idosas na realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). A versão utilizada neste estudo foi validada para a população idosa portuguesa por Sequeira (2007) e consiste em oito tarefas que avaliam a capacidade do indivíduo de cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, fazer compras, utilizar o telefone, utilizar os transportes, gerir o dinheiro e ser responsável pelos medicamentos. Cada item é pontuado numa escala dicotómica, representando três, quatro ou cinco níveis de dependência. Quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência, variando a pontuação total entre 8 e 30 pontos. Os pontos de corte estabelecem que até aos 8 pontos indica independência, de 9 a 20 pontos indica dependência moderada e mais de 20 pontos indica dependência severa. Araújo et al. (2007) constataram um elevado nível de fiabilidade em ambas as versões, medido pelo alpha de Cronbach ($\alpha=0,909$).

Índice de Barthel (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) - é um instrumento utilizado para avaliar o nível de independência do indivíduo na realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambulação, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Na sua versão original, a pontuação total varia de 0 a 100 pontos, sendo que até aos 20 pontos indica total dependência, de 20 a 35 pontos indica dependência severa, de 40 a 55 pontos indica dependência moderada, de 60 a 85 pontos indica dependência ligeira e de 90 a 100 pontos indica independência. Estudos das propriedades psicométricas do instrumento revelam que é efetivamente um instrumento com um elevado nível de fidedignidade (alfa de Cronbach de 0,96).

Escala Breves de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6; Lubben et al., 2006; versão portuguesa por Ribeiro et al., 2012) - é um instrumento concebido para avaliar o risco de isolamento e o nível de integração social nas pessoas idosas que residem na comunidade, conforme descrito por Ribeiro et al. (2012). Originalmente desenvolvida por Lubben, a versão inicial da escala incluía 10 itens destinados a avaliar o suporte percebido e recebido de familiares, amigos e vizinhos. A criação da versão LSNS-6 visava uma aplicação simplificada e rápida do instrumento, dividindo-se em dois grupos principais compostos por três questões cada, avaliando as relações familiares e de vizinhança. A pontuação total da escala varia de 0 a 30 pontos, resultante da soma dos seis itens, os quais variam numa escala de 0 a 5 pontos. No que concerne às propriedades psicométricas desta escala, a consistência interna da versão portuguesa, avaliada pelo alfa de Cronbach ($\alpha=0,798$), demonstrou ser satisfatória, assim como nas subescalas "Família" ($\alpha=0,756$) e "Amigos" ($\alpha=0,732$). A validade da escala foi estabelecida através da correlação entre a LSNS-6 versão portuguesa e a subescala de recursos sociais do Older Americans Resources and Services (OARS), sendo considerada pelos autores um instrumento com considerável validade de construção com base nos resultados obtidos. Em termos de pontos de corte, para a deteção do isolamento social, de acordo com a investigação na população europeia (Lubben et al, 2006), é de menor do que 12 pontos para a escala global, e de menos de 6 pontos para as subescalas

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Diener et al., 1985; versão portuguesa de Neto et al., 1990) - é um instrumento criado para avaliar a satisfação global com a vida de um indivíduo, procura avaliar a satisfação da pessoa com a sua vida como um todo, levando em consideração aspetos pessoais, realizações, relacionamentos e bem-estar emocional. Conforme Diener et al. (1985), permite aos investigadores obter uma medida abrangente e fiável do nível geral de bem-estar subjetivo de uma pessoa. SWLS consiste em cinco itens que medem diferentes aspetos da satisfação com a vida, como a proximidade com a idealização da vida, as condições atuais, a

obtenção das coisas importantes desejadas, o desejo de mudança e o arrependimento em relação ao passado. Os participantes respondem a cada item atribuindo uma pontuação de 1 a 7, onde 1 representa "discordo totalmente" e 7 representa "concordo totalmente". A pontuação total da escala varia de 5 a 35, onde pontuações mais altas indicam um maior nível de satisfação com a vida. A versão portuguesa foi adaptada para o contexto cultural de Portugal e tem sido amplamente utilizada na avaliação da satisfação com a vida. O coeficiente alfa de Cronbach para a Escala de Satisfação com a Vida, na versão portuguesa foi de 0,78. Este valor indica uma boa consistência interna dos itens da escala, o que sugere que os itens estão correlacionados entre si de forma consistente, medindo o mesmo construto subjacente, que é a satisfação com a vida. Um coeficiente alfa de 0,70 ou superior é geralmente considerado aceitável em termos de fiabilidade da escala.

3. Procedimentos de Recolha de Dados

O presente estudo tem como objetivo analisar as Redes Sociais e Capacidade Funcional da população que frequenta Centros de Dia. O projeto recebeu a aprovação da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde. Em seguida, deu-se início ao procedimento de recolha de dados, realizando o levantamento no Centros de Dia selecionados para o efeito. Após a obtenção do parecer positivo dos Diretores Técnicos das Instituições solicitando a participação no estudo, foi feita uma breve apresentação do projeto a cada pessoa idosa, de forma individual. Antes da aplicação do protocolo, procedeu-se à apresentação e ao preenchimento do consentimento informado para garantir a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Após a elaboração do protocolo, foi solicitada a autorização para a recolha de dados presencial nos diferentes Centros de Dia, de acordo com o horário estabelecido. Antes do início da recolha, os colaboradores da investigação foram esclarecidos e o protocolo apresentado. Antes de iniciar o estudo, os objetivos e procedimentos foram explicados aos participantes, assim como as condições para a participação. Foi assegurado que qualquer informação obtida seria tratada de forma confidencial e anónima, destinando-se exclusivamente à pesquisa científica. Além disso, enfatizou-se que a participação no estudo era voluntária e poderia ser interrompida a qualquer momento, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por fim, após a apresentação ou leitura pelos participantes, deu-se início à aplicação do protocolo.

4. Estratégias de Análise de Dados

Os procedimentos estatísticos relatados a seguir foram realizados com suporte do software Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS), versão 27.0. Foi utilizada a estatística descritiva (média, desvio-padrão, entre outros) para descrever os participantes e as variáveis em estudo. Para examinar a relação entre as redes sociais e algumas variáveis sociodemográficas, tais como a idade, rendimentos, atividades da vida diária e estado civil, recorreu-se ao teste paramétrico *t-Student* para amostras independentes. Adicionalmente, utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para analisar a relação entre as redes sociais e a escolaridade. Por fim, para analisar o risco de isolamento social associado à idade aplicou-se um teste de qui-quadrado para a independência.

III – RESULTADOS

Nesta secção apresentam-se os resultados obtidos, iniciando-se com a caracterização dos participantes em Centros de Dia, seguido da análise das redes sociais em função das características sociodemográficas e, finaliza com o isolamento social.

1. Caraterização dos Participantes em Centros de Dia

Apresenta-se os resultados referentes à caraterização sociodemográfica dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos participantes

	65-79 anos n =58		80+ anos n =93		Total n =151	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	41	70,6	70	75,0	111	73,5
Masculino	17	29,4	23	25,0	40	26,5
Idade M (DP)	74,50 (4,46)		86,00 (4,77)		80,99 (7,62)	
Min-Máx	65-79		80-98		65-98	
Estado Civil						
Solteiro (a)	14	24,1	17	18,3	31	20,5
Casado(a)/União de Facto	12	20,7	17	18,3	29	19,2
Separado(a)/Divorciado(a)	11	19,0	1	1,1	12	7,9
Viúvo(a)	21	36,2	58	62,4	79	52,3
Escolaridade*						
Sem escolaridade	8	13,8	27	29,3	35	23,3
1º-4º anos	38	65,5	58	63,0	96	64,0
5º-6º anos	7	12,1	4	4,3	11	7,3
7º-9º anos	0	0,0	1	1,1	1	0,7
10º-12º anos	4	6,9	1	1,1	5	3,3
Ensino Superior	1	1,7	1	1,1	2	1,3
Agregado Familiar*						
Vive sozinho	19	32,8	23	25,0	42	28,0
Vive com 1 pessoa	18	31,0	33	35,9	51	34,0
Vive com 2 ou mais pessoas	21	36,1	36	39,2	57	38,1
Pagamento de despesas**						
Com grande dificuldade	24	41,4	30	34,5	54	37,2
Com alguma dificuldade	15	25,9	30	34,5	45	31,0
Com alguma facilidade	15	25,9	19	21,8	34	23,4
Com muita facilidade	4	6,9	8	9,2	12	8,3
Rendimento mensal***						
≤400€	26	52,0	26	38,2	52	44,1
>400€	22	48,0	42	61,8	66	55,9
Possibilidade Ajuda AVD						
Sim	49	84,5	79	85,0	128	84,8
Satisfação com a vida						
Elevada	26	44,8	55	50,5	81	53,6
Reduzida	32	55,2	38	49,5	70	46,4

*1 caso omissos; **6 casos omissos; ***33 casos omissos.

Observando a Tabela 1, verifica-se que foram entrevistados 151 participantes, cujas idades variam entre os 65 e os 98 anos ($M = 80,99$; $DP = 7,62$), sendo a maioria predominantemente mulheres (73,50%), com idades acima dos 80 anos (46,4%). Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes eram viúvos (52,3%). Acerca da escolaridade, há mais participantes com baixa escolaridade (1º - 4º anos, 64,0%), existindo ainda um número considerável de pessoas analfabetas (23,3%). Além disso, cerca de 38,1% dos participantes vivem com duas ou mais pessoas e sozinhos, 28,0%. No que diz respeito à profissão antes da entrada na reforma, grande parte dos participantes trabalhou na agricultura (28,5%). Em termos económicos, os participantes do estudo apresentaram um baixo rendimento, com 44,1% a relatar um rendimento até aos 400 euros mensais. De referir ainda que a maioria dos envolvidos (37,2%) vivia com grande dificuldade e outros (31,0%) com alguma dificuldade. Verifica-se a existência de seis casos omissos, uma vez que em algumas situações as pessoas afirmaram não ter conhecimento do rendimento mensal do agregado familiar, visto que era da responsabilidade dos familiares.

Em relação à disponibilidade de ajuda por parte de outros em caso de necessidade, os participantes com idades entre os 65 e os 79 anos (84,5%) indicaram que podiam contar com assistência, sendo que 85,0% dos mais velhos contavam também com ajuda. Analisando a questão, verificou-se que quem oferecia essa ajuda eram vizinhos, familiares, amigos ou respostas sociais.

Relativamente à satisfação com a vida foram criadas duas variáveis com base nos valores médios: (1) satisfação com a vida elevada ≥ 20 pontos; (2) satisfação reduzida inferior a 20 pontos. Como se pode observar na tabela 1, observa-se uma percentagem superior de satisfação com a vida nos mais velhos (53,6%).

A capacidade funcional na vida diária em contexto específico

Neste ponto será feita a caracterização dos Centros de Dia selecionados para a realização do presente estudo, bem como a apresentação da distribuição dos utilizadores nos diferentes contextos, com as suas dimensões correspondentes.

De acordo com o que nos é apresentado na tabela 2, observamos que os contextos onde foram recolhidos os dados são na maioria de média e grande dimensão. No que diz respeito ao número de utilizadores, o contexto J apresenta um menor número de utilizadores (26,7%, $n=4$)

tendo em conta a sua dimensão (n=15) ao contrário dos contextos A e B com disponibilidade para 50 utilizadores, porém respetivamente com 31 utilizadores (62,0%) e 28 utilizadores (56,6%).

Tabela 2 -Descrição dos Centros de Dia em função da dimensão e utilizadores

Contextos	Dimensão	Utilizadores
Contexto A	50	31 (62,0%)
Contexto B	50	28 (56,0%)
Contexto C	40	33 (82,5%)
Contexto D	40	25 (62,5%)
Contexto E	33	17 (51,2%)
Contexto F	30	27 (90,0%)
Contexto G	30	26 (86,7%)
Contexto H	30	25 (83,3%)
Contexto I	25	25 (100%)
Contexto J	15	4 (26,7%)
Contexto K	30	30 (100%)
Contexto L	25	17 (68,0%)
Contexto M	40	28 (70,0%)

Considerando a inclusão de novos contextos neste estudo, situados no distrito de Viana do Castelo, é evidente que ambos os contextos demonstram uma ocupação acima da média em relação à sua capacidade. O contexto K demonstra uma capacidade para 30 utilizadores, estando completamente ocupado. Da mesma forma, o contexto L, com capacidade para 25 utilizadores, conta com 17 participantes (68,0%). Enquanto isso, o contexto M, que tem capacidade para 40 utilizadores, conta com 28 lugares ocupados (70,0%). Esses dados indicam uma alta procura e utilização dos serviços oferecidos pelos centros de dia neste distrito, com uma ocupação significativa em relação à sua capacidade prevista.

Atividades Instrumentais da Vida Diária

A presente tabela expõe os resultados relativos ao perfil dos Participantes no que concerne às suas competências nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Essas atividades englobam responsabilidades como tarefas domésticas, gestão de vestuário, culinária, compras, comunicação, deslocamento, gestão financeira e administração de medicamentos (Tabela 3). Importa salientar que as pontuações mais elevadas indicam um maior nível de dependência por parte do participante.

São apresentadas em primeiro lugar as atividades exteriores, e de seguida as atividades realizadas dentro de casa. Com base na avaliação dos componentes do Índice de Lawton, é evidente que os participantes alcançaram pontuações acima da média, sendo apresentados os

valores de cada item. No item “Ir às compras” apresentaram uma média de 3,1 (dp=1,2), no item “Uso de Telefone” apresentaram uma média de 2,3 (dp=1,2), no item “Uso do Transporte” apresentaram uma média de 2,5 (dp=0,8), no item “Uso do Dinheiro” apresentaram uma média de 2,1 (dp=0,8). No item “Cuidar da Casa” apresentaram uma média de 3,5 (dp=1,4), no Lavar a Roupa apresentaram uma média de 2,5 (dp=0,8), no Preparar a Comida apresentaram uma média de 3,1 (dp=1,2). No que diz respeito ao item “Responsabilidade pelos Medicamentos” é visível uma certa dependência por parte dos participantes, uma vez que alguns relataram precisar da ajuda de terceiros para a preparação da medicação, nomeadamente por parte dos familiares ou da instituição.

Tabela 3 - Atividades Instrumentais da Vida Diária em função da idade

	65-79 anos n=58	80+ anos n=93	Total n=151
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
<i>Cuidar da Casa</i>	3,2 (1,5)	3,8 (1,4)	3,5 (1,4)
Min-Máx	1-5	1-5	1-5
<i>Lavar a Roupa</i>	2,3 (0,8)	2,5 (0,8)	2,5 (0,8)
Min-Máx	1-3	1-3	1-3
<i>Preparar a Comida</i>	3,0 (1,2)	3,1 (1,2)	3,1 (1,2)
Min-Máx	1-4	1-4	1-4
<i>Ir às Compras</i>	3,0 (1,2)	3,2 (1,2)	3,1 (1,2)
Min-Máx	1-4	1-4	1-4
<i>Uso do Telefone</i>	2,1 (1,2)	2,4 (1,3)	2,3 (1,2)
Min-Máx	1-4	1-4	1-4
<i>Uso de Transporte</i>	2,5 (0,8)	2,6 (0,8)	2,5 (0,8)
Min-Máx	1-3	1-4	1-4
<i>Uso do Dinheiro</i>	2,0 (0,8)	2,1 (0,8)	2,1 (0,8)
Min-Máx	1-3	1-3	1-3
<i>Responsável pelos Medicamentos</i>	1,9 (0,8)	1,8 (0,7)	1,8 (0,7)
Min-Máx	1-3	1-3	1-3
Atividades Instrumentais da Vida Diária	19,9 (6,0)	21,5 (6,1)	20,9 (6,1)
Min-Máx	8-29	8-29	8-29

Concluimos então que os participantes são predominantemente severamente dependentes (57,6%), sendo que a sua pontuação média nas Atividades Instrumentais da Vida Diária é de 20,9 (dp=6,1).

A análise dos dados da tabela 4, revelou padrões significativos na distribuição da dependência funcional entre dois grupos etários distintos (65-79 anos e 80+ anos). Ao examinar

a tabela, torna-se evidente que a dependência funcional aumenta com a idade. No grupo de 65 aos 79 anos, a maioria dos indivíduos (51,8%) é classificada como severamente dependente, seguida pelo grupo dos moderadamente dependentes (44,8%), enquanto apenas uma pequena proporção é classificada como independente (3,4%). Essa tendência é ainda mais acentuada no grupo de 80+ anos, onde 61,3% dos indivíduos são classificados como severamente dependentes, seguidos por 34,4% dos participantes moderadamente dependentes e 4,3% na categoria dos independentes.

Tabela 4 - Pontuação total AIVD em função do nível de dependência

	65-79 anos	80+ anos	Total
	n= 58	n= 93	n=151
	n (%)	n (%)	n (%)
Independente (≤ 8)	2 (3,4)	4 (4,3)	6 (4,0)
Moderadamente Dependente (9-20)	26 (44,8)	32 (34,4)	58 (38,4)
Severamente Dependente (>20)	30 (51,8)	57 (61,3)	87 (57,6)

Globalmente, considerando ambos os grupos etários, a maioria dos indivíduos (57,6%) é classificada como severamente dependente, precisando de ajuda para praticamente todas as tarefas devido às limitações. Existem ainda 58 participantes que apresentam uma dependência moderada (38,4%), e apenas um grupo muito pequeno (4,0%) se mostra independente, e capazes de gerir a sua vida e realizar as tarefas.

Atividades Básicas da Vida Diária

A tabela a seguir apresenta os resultados que descrevem os participantes em relação às suas capacidades nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), conforme medido pelo Índice de Barthel. Estas atividades abrangem uma série de tarefas essenciais, tais como comer, vestir-se, tomar banho, cuidados pessoais, usar o banheiro, controle de intestino, controle da bexiga, subir escadas, transferência da cadeira para a cama e caminhar (Tabela 5). Importante destacar que uma pontuação mais alta indica um maior grau de independência por parte do participante nessas atividades.

A análise detalhada dos componentes do Índice de Barthel revela que os participantes conseguiram pontuar acima da média. Os resultados indicam que, em média, os participantes apresentam um bom nível de independência em várias áreas das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Em particular, destacam-se pontuações elevadas nas tarefas como Alimentação

(M=9,5; dp=1,9), Vestir (M= 8,4; dp=3,0), a Higiene Corporal (M=4,2; dp=1,9), o Uso do WC (M=8,6; dp=2,6), o Controlo Intestinal (M=8,6; dp=2,5), o Controlo Vesical (M=8,5; dp=2,6), o Subir Escadas (M=7,7; dp=3,2), a Transferência da Cadeira para a Cama (M=13,0; dp=3,7) e a Deambulação (M=13; dp=3,4).

Tabela 5 - Descrição das ABVD em função do grupo etário

	65-79 anos	80+ anos	Total
	n=58	n=93	n=151
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
<i>Alimentação</i>	9,7 (1,3)	9,4 (2,2)	9,5 (1,9)
Min-Máx	5-10	0-10	0-10
<i>Vestir</i>	8,9 (2,5)	8,1 (3,3)	8,4 (3,0)
Min-Máx	0-10	0-10	0-10
<i>Banho</i>	2,8 (2,5)	2,4 (2,5)	2,5 (2,5)
Min-Máx	0-5	0-5	0-5
<i>Higiene Corpo</i>	4,4 (1,6)	4,0 (2,0)	4,2 (1,9)
Min-Máx	0-5	0-5	0-5
<i>Uso WC</i>	8,9 (2,1)	8,5 (2,8)	8,6 (2,6)
Min-Máx	5-10	0-10	0-10
<i>Controlo Intestinal*</i>	8,9 (2,1)	8,5 (2,7)	8,6 (2,5)
Min-Máx	5-10	0-10	0-10
<i>Controlo Vesical</i>	8,7 (2,2)	8,3 (2,9)	8,5 (2,6)
Min-Máx	5-10	0-10	0-10
<i>Subir Escadas</i>	7,7 (3,0)	7,7 (3,3)	7,7 (3,2)
Min-Máx	0-10	0-10	0-10
<i>Transferência Cadeira-Cama</i>	13,0 (3,5)	13,0 (3,9)	13,0 (3,7)
Min-Máx	0-15	0-15	0-15
<i>Deambulação</i>	13,0 (3,9)	13,4 (3,1)	13,3 (3,4)
Min-Máx	0-15	0-15	0-15
Atividades Básicas da Vida Diária	82,6 (22,7)	83,2 (21,6)	83,0 (22,0)
Min-Máx	10-100	0-100	0-100

*1 caso omissso

No entanto, observou-se uma dependência moderada em relação ao Banho (M=2,5; dp=2,5), com a maioria dos participantes a precisar de ajuda da instituição nesta atividade. Estes resultados sugerem que os participantes geralmente mantêm um grau de independência ligeiramente comprometido nas ABVD, com uma pontuação média de 83,0 (dp=22,0).

Tabela 6 - Pontuação total ABVD em função do nível de dependência

	65-79 anos	80+ anos	Total
	n=58	n=93	n=151
	n (%)	n (%)	n (%)
Totalmente Dependente (<20)	2 (3,5)	2 (2,2)	4 (2,6)
Severamente Dependente (20-35)	1 (1,7)	2 (2,2)	3 (2,0)
Moderadamente Dependente (40-55)	5 (8,6)	8 (8,6)	13 (8,6)
Ligeiramente Dependente (60-85)	19 (32,8)	26 (28,0)	45 (29,8)
Independente (90-100)	31 (53,4)	55 (59,0)	86 (57,0)

A análise dos resultados da tabela 6 revela padrões importantes sobre o nível de dependência entre grupos etários (65-79 anos e 80+ anos). De acordo com os dados da tabela, é evidente que no grupo de 65 aos 79 anos, a maioria dos participantes (53,4%) é considerada independente, havendo uma proporção significativa de participantes (32,8%) categorizados como ligeiramente dependentes, seguidos por 8,6% classificados como moderadamente dependentes. Além disso, um grupo reduzido é caracterizado como totalmente dependentes (3,5%) e severamente dependentes (1,7%).

No grupo de 80+ anos, a tendência é semelhante, com a maioria dos participantes (59,0%) classificados como Independentes. Em seguida, 28,0% dos indivíduos são classificados como Ligeiramente Dependentes e 8,6% como Moderadamente Dependentes. As proporções de participantes classificados como Totalmente Dependentes (2,2%) e Severamente Dependentes (2,2%) são menores em comparação com os grupos etários mais jovens.

Globalmente, considerando ambos os grupos etários, a maioria dos indivíduos (57,0%) é classificada como independente, refletindo uma capacidade de autonomia nas atividades diárias. De seguida, encontramos uma dimensão significativa de participantes classificados como ligeiramente dependentes (29,8%), seguidos por moderadamente dependentes (8,6%). O pequeno grupo de participantes classificados como totalmente dependentes (2,6%) e Severamente Dependentes (2,0%), em comparação com os anteriores, sugerem uma relativa autonomia entre os participantes do estudo.

2. As redes sociais em função das variáveis sociodemográficas

Neste ponto são analisadas as redes sociais em função de diversas variáveis sociodemográficas, as quais estão retratadas nas tabelas abaixo. Nesta tabela seguinte são apresentados os resultados relativos à frequência de contactos dos participantes divididos em dois grupos, a família e os amigos, tomando em consideração os itens da versão reduzida da escala de Lubben.

Tabela 7 - Redes Sociais-Frequência de contactos

	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 ou 4 n (%)	5 a 8 n (%)	9 e mais n (%)
FAMÍLIA						
Item 1	5 (3,3)	19 (12,6)	48 (31,8)	40 (26,5)	28 (18,5)	11 (7,3)
Item 2	12 (7,9)	32 (21,2)	55 (36,4)	30 (19,9)	19 (12,6)	3 (2,0)
Item 3	22 (14,6)	39 (25,8)	54 (35,8)	20 (13,2)	13 (8,6)	3 (2,0)
AMIGOS						
Item 1	24 (15,9)	37 (24,5)	31 (20,0)	25 (16,6)	15 (9,9)	19 (12,6)
Item 2	48 (31,8)	44 (29,1)	31 (20,5)	15 (9,9)	8 (5,3)	5 (3,3)
Item 3	65 (43,0)	39 (25,8)	27 (17,9)	9 (6,0)	8 (5,3)	3 (2,0)

De acordo com o item 1, um grupo considerável de participantes (31,8%) indicou ter uma rede social considerável, enquanto 12,6% relataram uma rede média e apenas 3,3% referiram ter uma rede social pequena. Quando questionados sobre a disposição de pedir ajuda caso precisem, observamos que a maioria dos participantes (36,4%) manifestou uma disposição moderada para pedir ajuda à família quando necessário, seguida por 21,2% que indicaram uma disposição baixa. No que diz respeito à discussão de assuntos pessoais, percebe-se que a maioria dos participantes (35,8%) relatou compartilhar questões pessoais com 2 a 3 membros da família, enquanto 14,6% relataram uma abertura mais limitada.

No que diz respeito às amizades, de acordo com o "Item 1", observamos a maioria dos participantes (43,0%) referiu ter uma rede social considerável, enquanto 24,5% indicaram uma rede de tamanho média e apenas 15,9% mencionaram uma rede social pequena. No que diz respeito ao item 2, um grupo considerável de participantes (31,8%) revela uma disposição moderada para pedir ajuda aos amigos quando necessário, seguida por 29,1% que indicaram uma disposição baixa. Relativamente ao item 3, discussão de assuntos pessoais, 43,0% dos participantes mostram disposição para a discutir assuntos pessoais com 3 a 4 amigos, enquanto 25,8% relataram uma abertura mais limitada.

Tabela 8 - Redes Sociais em função do grupo etário

	65-79 anos <i>n</i> = 58	80+ anos <i>n</i> = 93		
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>t</i> ₍₁₄₉₎	<i>p</i>
Família	6,0 (3,6)	6,9 (2,8)	-1,741	0,085
Amigos	4,5 (4,1)	4,8 (3,2)	-0,558	0,578
Global	10,4 (6,7)	11,7 (5,0)	-1,282	0,203

Os resultados da Tabela 8, indicam que tendencialmente o grupo dos 80+ anos apresenta valores médios mais elevados na família relativamente aos mais novos (65-79 anos). Sugerindo que existem diferenças marginalmente significativas ($p < 0,1$) em função da idade ao nível da família ($t_{(149)} = -1,741$; $p = 0,085$). Ao nível dos amigos e total não existem diferenças estatisticamente significativas. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas redes sociais entre homens e mulheres.

Tabela 9 - Redes Sociais em função do estado civil

	Não Casados <i>n</i> = 122	Casados <i>n</i> = 29		
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>t</i> ₍₁₄₉₎	<i>p</i>
Família	6,1 (2,9)	8,4 (3,5)	-3,337	0,002*
Amigos	4,4 (3,4)	5,9 (3,9)	-1,915	0,063
Global	10,5 (5,3)	14,3 (6,7)	-2,890	0,006*

* $p < 0,05$

Ao analisar os dados da Tabela 9, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas relacionadas com o estado civil, tanto no âmbito familiar ($t_{(149)} = -3,337$; $p = 0,002$) como no total da escala ($t_{(149)} = -2,890$; $p = 0,006$). O grupo de participantes casados demonstrou valores mais altos em comparação com os não casados. Em relação aos amigos existem diferenças marginalmente significativas ($t_{(149)} = -1,915$; $p = 0,063$), pontuando mais alto os casados.

Tabela 10 - Redes Sociais em função da escolaridade

	Sem Escolaridade <i>n</i> = 35	1º-4º anos <i>n</i> = 96	>5º ano <i>n</i> = 19		
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	$\chi^2_{(2)}$	<i>p</i>
Família ^a	7,1 (3,1)	6,0 (3,0)	8,1 (3,4)	7,036	0,030*
Amigos ^a	4,1 (3,3)	4,7 (3,7)	5,5 (3,1)	2,455	0,293
Global ^a	11,1 (5,3)	10,7 (5,8)	13,6 (5,6)	3,959	0,138

* $p < 0,05$; ^a1 caso omissa

Relativamente aos dados da Tabela 10, onde se aplicou um teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas relacionadas com o nível de escolaridade no âmbito familiar ($\chi^2_{(2)} = 7,036$; $p = 0,030$). De seguida testaram-se as comparações múltiplas, tendo-se observado diferenças estatisticamente significativas ($p=0,007$) entre o grupo de participantes com cinco ou mais anos e o grupo dos participantes com escolaridade básica (1-4 anos), pontuando mais alto os que têm cinco ou mais anos de escolaridades.

Tabela 11 - Redes Sociais em função da capacidade de pagar as despesas

	Com Dificuldade <i>n</i> = 99	Com Facilidade <i>n</i> = 46		
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>t</i> ₍₁₄₃₎	<i>p</i>
Família ^a	6,2 (3,2)	7,4 (3,0)	-2,118	0,036*
Amigos ^a	4,1 (3,4)	6,0 (3,6)	-3,109	0,002**
Global ^a	10,3 (5,5)	13,4 (6,0)	-3,085	0,002**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ^a6 casos omissos

Partindo da Tabela 11, observamos que existem diferenças estatisticamente significativas em função das despesas do agregado familiar ao nível da família ($t_{(143)} = -2,118$; $p = 0,036$), ao nível dos amigos ($t_{(143)} = -3,109$; $p = 0,002$) e na escala total ($t_{(143)} = -3,085$; $p = 0,002$), pontuando mais alto os participantes com facilidade nas despesas, ou seja, com maiores rendimentos.

Tabela 12 - Redes Sociais em função do rendimento

	≤ 400 <i>n</i> = 52	> 400 <i>n</i> = 66		
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>t</i> ₍₁₁₆₎	<i>p</i>
Família ^a	5,6 (3,1)	6,7 (3,1)	-1,896	0,061
Amigos ^a	3,0 (2,5)	5,4 (3,8)	-4,025	0,000*
Global ^a	8,7 (4,7)	12,1 (6,1)	-3,455	0,001*

* $p \leq 0,001$; ^a33 casos omissos

Com base na tabela 12, observamos que existem diferenças marginalmente significativas em função do rendimento do agregado familiar ao nível da família ($t_{(116)} = -1,896$; $p = 0,061$). Além disso, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível dos amigos ($t_{(116)} = -4,025$; $p = 0,000$) e na escala total ($t_{(116)} = -3,455$; $p = 0,001$), pontuando mais alto os que têm maior rendimento.

3. Risco de Isolamento Social em função da idade

Nesta secção vai ser analisado o risco de isolamento social tomando em consideração as várias dimensões das redes (família, amigos e total). Aplicou-se um teste χ^2 para a independência relativamente a cada uma das dimensões (família, amigos e escala global) em função do grupo etário.

Tabela 13 - Percentagem de respostas para a dimensão família segundo grupo etário

	65-79	80+	Total
Isolamento	<i>n=58</i>	<i>n=93</i>	<i>n=151</i>
Sim	48.3	26.9	35.1
Não	51.7	73.1	64.9

Em relação à tabela 13 aplicou-se um teste qui-quadrado para a independência, verificando-se que existem diferenças estatisticamente significativas em função do grupo etário para a dimensão família ($\chi^2= 7,18$; $p= 0,0074$), onde se verifica que o risco de isolamento é superior nos mais novos.

Tabela 14 - Percentagem de respostas para a dimensão amigos segundo grupo etário

	65-79	80+	Total
Isolamento	<i>n=58</i>	<i>n=93</i>	<i>n=151</i>
Sim	70.7	54.8	60.9
Não	29.3	45.2	39.1

Em relação à tabela 14 aplicou-se um teste qui-quadrado para a independência, verificando-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em função do grupo etário para a dimensão amigos ($\chi^2= 3,77$; $p= 0,0522$).

Tabela 15 - Percentagem de respostas para a escala total segundo grupo etário

	65-79	80+	Total
Isolamento	<i>n=58</i>	<i>n=93</i>	<i>n=151</i>
Sim	67.2	48.4	55.6
Não	32.8	51.6	44.4

Em relação à tabela 15 aplicou-se um teste qui-quadrado para a independência, verificando-se que existem diferenças estatisticamente significativas em função do grupo etário para a escala total ($\chi^2 = 5,14$; $p = 0,0234$), onde se verifica que o risco de isolamento é superior nos mais novos.

Tabela 16 - Risco de isolamento social associado à idade

	65-79	80+	Total		
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Família	28 (48,3)	25 (26,9)	53 (35,1)	7,18	0,0074**
Amigos	41 (70,7)	51 (54,8)	92 (60,9)	3,77	0,0522
Global	39 (67,2)	45 (48,4)	84 (55,6)	5,14	0,0234*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Como se observa na tabela 16, verifica-se que existe uma associação significativa nas redes sociais ao nível da família e a nível do valor global entre os dois grupos etários, sendo que o risco de isolamento social é superior nos mais novos.

Na sequência da apresentação dos resultados, discute-se na secção seguinte os resultados obtidos face aos objetivos estabelecidos.

IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Após a apresentação dos resultados, segue-se a discussão tendo em consideração os objetivos do presente estudo: (1) descrever as características sociodemográficas dos participantes a frequentar Centros de Dia; (2) analisar as redes sociais em função das características sociodemográficas dos participantes; (3) examinar o risco de isolamento social associado à idade.

O presente estudo descreve as características sociodemográficas e funcionais das pessoas mais velhas a frequentar Centros de Dia. A amostra é constituída por 151 participantes, predominantemente mulheres (73,5%), com idades compreendidas entre 65 e 98 anos ($M=80,99$; $DP=4,77$). Em termos do estado civil, a maioria dos participantes é viúva (52,3%). Relativamente à escolaridade, predomina a escolaridade reduzida entre o 1º e o 4º ano (64,0%) e com 23,3% de analfabetos. Quanto à composição do agregado familiar, mais de 50% vive sozinho (28%) ou com outra pessoa (34%). Relativamente à condição socioeconómica, considerando quer a capacidade para pagar as despesas, quer o rendimento do agregado familiar, observa-se que grande parte dos participantes vive com grande dificuldade (37,2%) ou alguma dificuldade (31,0%). Apenas 44% dos agregados vive com menos de 400€. Mas no caso de necessitar de ajuda para apoio às atividades de vida diária, a maioria (84,8%) afirma que tem possibilidades de ajuda. No que diz respeito às características sociodemográficas, os resultados do presente estudo são relevantes, no sentido em que Orellana et al. (2020) observa que aqueles que beneficiam mais dos serviços oferecidos pelos Centros de Dia são predominantemente mulheres, pessoas que vivem sozinhas, com dificuldades funcionais ou mobilidade reduzida, baixos rendimentos e até mesmo mais jovens (com idade até 70 anos), o que vai de encontro ao nosso estudo.

Um dos aspetos importantes do envelhecimento é a capacidade para realizar de modo independente as atividades da vida diária. Segundo Barbosa et al. (2021), e tendo em conta os participantes deste estudo, as condições sociodemográficas podem influenciar a capacidade funcional das pessoas, visto que os mais jovens tendem a ter uma melhor capacidade funcional. Neste caso, e de acordo com os resultados das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) observa-se que um elevado número de participantes é severamente dependente (57,6%). Além disso, é de referir que 38,4% dos participantes apresenta uma dependência moderada, enquanto apenas um pequeno grupo (4,0%) evidenciou independência nas atividades independentes da vida diária. Tendencialmente, como seria de esperar, os participantes com 80+ anos apresentam valores mais elevados de dependência severa (61,3%). Considerando os resultados obtidos, fica claro o valor de uma rede de apoio social nos cuidados às pessoas idosas dependentes. Conforme Matos et al. (2018), isso implica uma melhor qualidade de vida, bem-estar, funcionalidade e menor índice de mortalidade. No entanto, se consideramos os valores obtidos na escala de

satisfação com a vida, isto é, bem-estar subjetivo, os valores obtidos no grupo dos mais velhos, é ligeiramente superior ao dos mais novos.

No que diz respeito às atividades básicas da vida diária (ABVD), observa-se que a maioria dos participantes é independente (57,0%). É de referir ainda que 29,8% apresenta algum grau de dependência leve, enquanto uma pequena percentagem é moderadamente dependente (8,6%), severamente dependente (2,0%) e totalmente dependente (2,6%). Além disso, Lopes et al. (2021) considera que a funcionalidade de cada pessoa se relaciona com o contexto e as características sociodemográficas, o que justifica esta dependência dos participantes, uma vez que o mesmo evidência que as mulheres, os não escolarizados e os não casados apresentam piores resultados. De referir ainda que uma das causas para esta dependência pode advir da falta de estimulação cognitiva, sendo que de acordo com Doods et al. (2024), a participação nas atividades comunitárias pode contribuir para melhorar o bem-estar físico e cognitivo das pessoas idosas, sugerindo que a interação social e o envolvimento em atividades no exterior são importantes para a saúde geral das pessoas idosas.

Sluzki (1996), discute diversos aspetos relacionados com o casamento, enquanto aborda temas como a formação e consolidação das redes do casal e a influência externa ou interna nas redes. No presente estudo e no que se refere às redes sociais em função das características sociodemográficas, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas no estado civil, ao nível da dimensão *família* e valor global das *redes sociais*, pontuando mais alto os casados. Os casados tendem a desfrutar de uma rede social mais ampla, sobretudo no âmbito familiar, conforme revelado pelos resultados. De acordo com o autor o casamento promove a união das redes sociais individuais dos membros do casal, ocorrendo esta transição durante o namoro. O autor destaca a durabilidade das relações familiares devido à história partilhada, à integração contínua e ao papel significativo da família no contexto matrimonial, incluindo a integração de novos membros e a participação em eventos familiares. Por outro lado, os elementos do casal mantêm contato com relacionamentos anteriores, o que pode influenciar o relacionamento atual e levar a uma separação, afetando as redes sociais, tanto de amigos como de familiares. A separação acarreta sentimentos de perda e luto, não apenas pelo fim do relacionamento, mas também pela perda de papéis e funções desempenhadas até então. Os solteiros, por sua vez podem enfrentar desafios que comprometem a longevidade das relações, como a ausência de laços familiares próximos, perda de amigos, falta de apoio e restrições de mobilidade.

Além disso, no que se refere à escolaridade, existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com cinco ou mais anos e os que têm entre um e quatro anos,

ao nível das redes sociais na subescala - *família*, pontuando mais altos os mais escolarizados. Estes resultados podem ser explicados à luz da investigação conduzida por Ribeiro et al. (2012), que sublinha a influência das características sociodemográficas na quantidade e qualidade do apoio social recebido pelas pessoas idosas. Constatou-se que as pessoas idosas com um nível de escolaridade mais elevado tendem a beneficiar de uma rede de apoio mais alargada e diversificada no seio familiar. Este fenómeno pode ser atribuído à capacidade dos mais instruídos em estabelecer relações interpessoais mais sólidas, facilitadas pela sua educação formal e pela participação em atividades educativas ou de lazer par além das que são realizadas em centro de dia. Em termos do nível socioeconómico, nomeadamente no que diz respeito à capacidade para pagar as despesas, existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala de rede social de Lubben, pontuando mais alto os que têm mais facilidades de pagamento das despesas. Em relação aos rendimentos do agregado familiar existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão *amigos* e valor global das *redes sociais*, pontuando mais alto os que têm mais rendimentos. Estes resultados podem ser explicados pela disponibilidade de recursos financeiros que influenciam a capacidade de participar nas atividades de lazer. Queiroz et al. (1983) destacam a importância de atividades de lazer para as pessoas idosas, pois no seu estudo afirmam que estas são uma forma de evitar que se sintam sozinhas, possibilitando interações com pessoas da mesma idade e promovendo maior interesse e desempenho nas atividades a que se propõem realizar.

Examinado o risco de isolamento social, em função do grupo etário observa-se que há uma associação significativa entre o risco de isolamento social e a idade, na dimensão *família* e no valor global das *redes sociais*, sendo que os mais novos (65-79 anos) apresentam maior risco de isolamento quando comparado com os mais velhos (80+ anos). Estes resultados contradizem a suposição comum de que o risco de isolamento social aumenta com a idade. Estes resultados contradizem o estudo de Moormaann et al. (2023), o qual evidencia um maior risco de isolamento social nos participantes mais velhos devido a fatores como a perda de cônjuges, amigos, familiares ou até a diminuição da mobilidade e participação nas atividades sociais.

Outra das explicações pode ser dada por Cabral et al. (2013), onde o mesmo defende que o desemprego impõe obstáculos significativos, levando os jovens a migrarem para áreas urbanas em busca de novas oportunidades de trabalho. Esta transição acaba por fragmentar as redes sociais existentes, aumentando assim o risco de isolamento entre os mais jovens. Além disso, os mesmos autores destacam que as mudanças nos padrões familiares, tais como o tamanho das famílias e a propagação geográfica, também contribuem para a fragilização das redes de apoio social. Outra das razões é a falta de envolvimento nas redes sociais, que pode afetar negativamente o

desempenho funcional da pessoa mais velha, assim como a maneira como define qualidade de vida. Por outro lado, Brito et al. (2018) destacam uma longevidade nas pessoas mais velhas que participem em atividades sociais e mantenham relacionamentos ativos. Segundo Ribeiro (2022) uma das causas do isolamento social na população idosa portuguesa, especialmente entre aqueles com 75 anos ou mais, deve-se a situações de vulnerabilidade. Com a pandemia, muitas pessoas idosas viram as suas interações sociais reduzidas drasticamente ou até mesmo desaparecerem por completo. Além disso, as medidas impostas resultaram numa diminuição das atividades diárias ao ar livre e num estilo de vida mais sedentário, o que teve um impacto negativo na saúde física e no bem-estar emocional. Ao longo da vida, a construção da rede social está sujeita a vários fatores. Com o decorrer dos anos, essa rede tende a sofrer alterações em resposta às mudanças nas relações interpessoais e às necessidades individuais. Conforme observado por Maia et al. (2016), isso implica numa redução no número de pessoas integradas na rede devido à perda de familiares e amigos.-

Considerando os resultados obtidos, é claro que o apoio de uma rede social ativa pode ser fundamental para diminuir o risco de isolamento social. Assim, embora o estudo tenha suas limitações, esta descoberta ressalta a importância de compreender a dinâmica do isolamento social nas diferentes faixas etárias. Deste modo, devemos considerar estratégias específicas para apoiar a terceira idade, nomeadamente a inclusão de programas de apoio social adaptados às necessidades e desafios, promoção de oportunidades de participação social e comunitária desde uma idade mais jovem. É importante destacar a necessidade de pesquisas adicionais para explorar a fundo as razões para este padrão inesperado e desenvolver intervenções eficazes que abordem necessidades específicas nos diferentes estágios de vida.

O presente estudo apresenta algumas limitações que importa referir. Trata-se de uma amostra com características muito particulares: predominantemente mulheres, viúvas, com 80+ anos, com nível socioeconómico reduzido, uma parte a viver sozinha ou com outra pessoa. Em termos de instrumentos de recolha de dados, o facto de se recorrer a instrumentos de papel e lápis pode ser uma mais-valia pois permitem a comparabilidade. Todavia, observando-se havendo um elevado número de pessoas analfabetas, os resultados aqui apresentados podem estar subestimados. Recomenda-se em próximos estudos recolher informação sobre as circunstâncias a frequentar Centros de Dia, de modo a melhor compreender a condição de vida das pessoas mais velhas. Recomenda-se igualmente, aprofundar as circunstâncias que levaram estas pessoas a frequentar Centros de Dia e não outra resposta sociais mais adequada às severas limitações que apresentam em termos da sua capacidade funcional.

Em termos de implicações, os resultados do presente estudo permitem apontar algumas orientações para a prática gerontológica, sendo de destacar o papel crucial das redes de relações sociais na promoção de um envelhecimento ativo, saudável, bem-sucedido. No presente estudo foi observado um padrão de isolamento social entre pessoas idosas na faixa etária dos 65 aos 79 anos, particularmente nas redes de amigos. Isso indica a necessidade urgente de intervenções específicas direcionadas a fortalecer essas redes sociais e mitigar os efeitos prejudiciais do isolamento. Os Centros de Dia surgem como locais estratégicos para promover interações sociais significativas e oferecer atividades enriquecedoras. Esses espaços desempenham um papel crucial na prevenção do isolamento social, um desafio cada vez mais presente na vida das pessoas idosas.

Na prática gerontológica, é fundamental que os profissionais estejam atentos aos sinais de isolamento social entre pessoas idosas e ajam precocemente para oferecer o suporte necessário. Isso inclui a identificação precoce das pessoas idosas em situação de isolamento, a avaliação regular da qualidade de suas redes sociais e o desenvolvimento de planos de intervenção adaptados às suas necessidades individuais. Além disso, é importante reconhecer os desafios enfrentados na prática gerontológica, como a falta de recursos, o acesso limitado aos serviços e o estigma associado ao envelhecimento. Superar essas barreiras é fundamental para garantir o bem-estar e a inclusão social das pessoas idosas. Nesse contexto, a família e os amigos desempenham um papel fundamental no apoio às pessoas idosas, tanto no cuidado direto quanto na identificação de suas necessidades. A colaboração entre profissionais e familiares é essencial para criar um ambiente de apoio abrangente e personalizado, promovendo assim o bem-estar e a qualidade de vida dos mais velhos. Para combater o isolamento social entre as pessoas idosas, é fundamental que o gerontólogo desenvolva e implemente estratégias preventivas orientadas para o bem-estar da população. Estas estratégias incluem a promoção de atividades sociais nos Centros de Dia, incentivando a interação entre as pessoas idosas. No entanto, após o regresso a casa, é igualmente importante continuar a apoiá-los. Isso pode ser feito através da promoção da participação em grupos de interesses locais, que proporcionam interação com outros membros da comunidade. Além disso, é crucial oferecer serviços de transporte para facilitar a participação em atividades externas, como visitas a amigos, passeios ou eventos comunitários. A organização de visitas regulares de voluntários ou profissionais de saúde também é essencial para fornecer apoio emocional e assistência prática. Promover a aprendizagem das novas tecnologias e organizar eventos comunitários locais são outras formas de incentivar as pessoas idosas a sair de casa e fortalecer os laços sociais com a comunidade. Ao implementar estas estratégias, podemos ajudar as pessoas idosas a manterem-se socialmente ativos e integrados na comunidade, promovendo assim um envelhecimento saudável e enriquecedor.

CONCLUSÃO

Este estudo exploratório investigou o impacto do isolamento social, das redes sociais e do envelhecimento em pessoas com 65 anos ou mais que frequentam Centros de Dia. Ao analisar detalhadamente as características sociodemográficas e funcionais dos participantes, pudemos discernir padrões significativos que destacam a importância das redes sociais na promoção de um envelhecimento saudável e ativo. Os resultados revelaram uma amostra predominantemente composta por mulheres viúvas, com níveis educacionais e socioeconômicos mais baixos. Além disso, constatamos que uma parcela considerável vive sozinha ou com outra pessoa, enfrentando desafios funcionais nas atividades diárias. A análise apontou para a relevância do suporte social na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas idosas. A presença de uma rede social ativa mostrou-se associada a uma melhor funcionalidade física e cognitiva, além de uma maior longevidade. No entanto, observou-se um risco significativo de isolamento social, especialmente entre os participantes mais jovens.

Surpreendentemente, encontramos uma associação inversa entre idade e risco de isolamento social, contradizendo expectativas comuns. Essa descoberta sugere a necessidade de abordagens diferenciadas para diferentes faixas etárias. Além disso, os resultados destacaram a influência de fatores como estado civil, escolaridade e condição socioeconômica na configuração das redes sociais das pessoas idosas. Os casados e os mais instruídos apresentaram melhores redes de apoio, ressaltando a importância de considerar disparidades sociais na formulação de estratégias de intervenção. Diante das conclusões obtidas, torna-se evidente a necessidade premente de adotar uma abordagem abrangente e multifacetada para lidar com o desafio do isolamento social entre as pessoas idosas. Isso implica não apenas em fortalecer as redes sociais das pessoas idosas, mas também em implementar estratégias concretas para promover sua participação em atividades sociais e comunitárias significativas. Além disso, é fundamental garantir o acesso a apoio emocional e prático, fornecendo recursos e serviços que atendam às necessidades específicas das pessoas idosas.

Um aspecto crucial desse esforço é o incentivo ao uso e domínio das tecnologias digitais, que podem servir como ferramentas poderosas para facilitar a conexão social, especialmente em contextos onde a interação presencial pode ser limitada. Isso envolve não apenas fornecer acesso a dispositivos e recursos tecnológicos, mas também oferecer treino e suporte adequados para garantir que as pessoas idosas possam beneficiar plenamente das oportunidades que a tecnologia oferece para falarem com outras pessoas e se envolverem em comunidades virtuais. Em última

análise, esta pesquisa contribui de forma significativa para o avanço do conhecimento sobre o tema, fornecendo *insights* valiosos que podem informar o desenvolvimento de políticas e práticas gerontológicas mais eficazes. Ao reconhecer e abordar as complexidades do isolamento social na população idosa, podemos trabalhar para criar comunidades mais inclusivas e solidárias, onde as pessoas idosas possam não apenas sobreviver, mas realmente prosperar e desfrutar de uma qualidade de vida melhorada e mais gratificante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, T., A., & Gutierrez, B., A., O., (2019). Qualidade em Centro-dia para idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 611-622. ISSNprint 15162567. ISSNNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS /NEPE/PEPGG/PUC-SP
- Antonucci, T. et al (2010). Convoys of social relations: Integrating life-span and life-course perspectives. In M. Lamb & A. Freund (Eds.). *The handbook of life-span development* (pp. 434-473). Wiley.
- Araújo, C., (2023). *Dilemas da 4ª Idade: Estudo sobre Qualidade de Vida em Centros de Dia*. [Tese de Mestrado em Gerontologia Social, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Repositório Científico IPVC].
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007) Validation of the Barthel index in a sample of non-institutionalized elderly. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59–66.
- Araújo, L. & Melo, S. (2018). Relacione-se com os outros. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coords), *Manual do envelhecimento ativo* (pp. 157-188). LIDEL.
- Baltes, P. & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do Envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta Idade. *A terceira idade*, 17, 7-31.
- Baltes, P.B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, PB, Lindenberger, U., & Staudinger, UM (2006). Teoria do ciclo de vida em psicologia do desenvolvimento. Em RM Lerner & W. Damon (Eds.), *Manual de psicologia infantil: Modelos teóricos do desenvolvimento humano* (6ª ed., pp. 569–664). John Wiley & Sons, Inc..
- Barbosa, F. D. S., de Melo, C. L., & dos Santos Silva, R. J. (2021). Fatores associados à funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária em idosos brasileiros [Factors associated with instrumental activities of daily living functional capacity in Brazilian older adults]. *Research, Society and Development*, 10(4). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14144>
- Bastos, A., Monteiro, J., & Faria, C. (2021). *Superación en positivo y aprendizaje: La respuesta al COVID-19. Otimização seletiva com compensação e intervenção gerontológica "Life-Span"*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicología, 1(1), 389-400.
- Bastos, A., Monteiro, J., Barbosa, R., Pimentel, H., Silva, S., & Faria, C. (2023). Engagement with life and psychological wellbeing in late adulthood: Findings from community-based programs in Portugal. *PLoS ONE*, 18(5), Article e0286115. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286115>
- Bastos, M. A., Faria, C., Pimentel, M.H., Silva, S. (Coord.) (2022). *Capacitar para a 4ª idade. Manual de práticas de base comunitária*. IPVC.
- Bastos, M., Monteiro, J., Faria, C., Pimentel, M., Silva, S., Afonso, C. (2020). Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo

- multicêntrico em Portugal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(6), 1-13.
<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190017>
- Bezerra, P. A., Nunes, J. W., & Moura, L. B. (2021). *Envelhecimento e isolamento social: Uma revisão integrativa*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02661.
<https://doi.org/10.37689/actaape/2021AR02661>
- Bonfim, C., & Saraiva, S. (1996). *Centros de Dia*. Lisboa: Direção Geral da Ação Social.
- Matos, F. S., Jesus, C. S. D., Carneiro, J. A. O., Coqueiro, R. D. S., Fernandes, M. H., & Brito, T. A. (2018). *Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3393-3401.
- Bowling A. (1991). Social support and social networks: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8(1), 68-83.
<https://doi.org/10.1093/fampra/8.1.68>
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Cancela, D., M., (2007). O processo de envelhecimento. *O Portal dos Psicólogos*, 1-15.
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carstensen, L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312 (5782), 1913-1915.
- Carstensen, L. (2019). Integrating cognitive and emotion paradigms to adress the paradox of aging. *Cognition and Emotion*, 33 (1), 119-125.
- Carstensen, L. (2021). Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. *The Gerontologist*, XX, 1-9.
- Carstensen, L., Isaacowitz, D. & Charles, S. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-188.
- Cavanaugh, J. & Blanchard-Fields, F. (2015). *Adult development and aging*. Cengage Learning.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing Old, the Process of Disengagement*. Nova Iorque, NY: Basic Books.
- Dardengo, C. F. R., & Mafra, S. C. T. (2019). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, 18(2). Recuperado de <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>
- Debreczeni, F. & Bailey, P. (2021). A systematic review and meta-analysis of subjective age and the association with cognition, subjective well-being, and depression. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 76(3), 471-482.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa069>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

- Dodds, L., Brayne, C., & Siette, J. (2024). Associations between social networks, cognitive function, and quality of life among older adults in long-term care. *BMC Geriatrics*, 24(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04794-9>
- Elder, G. H., Jr., & Shanahan, M. J. (2006). The life course and human development. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 665–715). John Wiley & Sons, Inc.
- English, T. & Carstensen, L. (2014). Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *Int J Behav Dev.*38(2): 195–202. doi:10.1177/0165025413515404.
- Evans, I. E. M., Martyr, A., Collins, R., Brayne, C., & Clare, L. (2018). Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ageing Research Reviews*, 52, 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.10.004>
- Fernández-Ballasteros, R. (2019). The Concept Of Sucessful Aging and Related Terms. In Fernández-Ballasteros, R., Benetos, A. & Robine, J., *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (pp. 6-21). Cambridge: University Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). **Gerontología social**. Pirámide.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642-662. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.642>
- Gonçalves, M., C., (2023). *Os Centros de Dia, Pandemia Covid-19 e Qualidade de Vida: A Perspectiva dos Utilizadores*. [Tese de Mestrado em Gerontologia Social, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Repositório Científico IPVC].
- Gouveia, O., Matos, A., Schouten, M. (2016). Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1030-1040. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160017>
- Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial* (Despacho n. ° 12427/2016). Direção-Geral da Saúde. PAES (2024). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Havighurst, R. J. (1968). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(2), 8–13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- ILC-Brasil (2015). *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*. Centro Internacional de Longevidade Brasil.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Avanços conceituais e empíricos na compreensão do envelhecimento bem por meio da adaptação proativa. Em VL Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18–40). Springer Publishing Company.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-40). Springer.

- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. E. (2014). Proactive approaches to successful aging: One clear path through the forest. *Gerontology*, 60(5), 466-474. <https://doi.org/10.1159/000360222>
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. E. (2014). Proactive approaches to successful aging: One clear path through the forest. *Gerontology*, 60(5), 466-474. <https://doi.org/10.1159/000360222>
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*,
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.644519>
- Kahn, R., L., & Antonucci, T., C., (1980). Convoys over the life course: Attachment roles and social support. In P B Baltes, PB & O G Grim (Eds.), *Life Span Development and Behavior* (253-286), Vol. 3, Academic Press.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lopes, M. L. D. D. S., & Lima, K. C. D. (2021). A pandemia COVID-19 e os erros na condução da sua abordagem em termos populacionais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24(3), e210163.
- Lubben, J. E. (1988). Assessing Social Networks among Elderly Populations. *Family & Community Health*, 11, 42-52. <https://doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008>
- Lubben, J., Blozik, E., Gilmann, G., Iliffe, S., Kruse, W., V., Beck, J., C., & Stuck, A., E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4): 503-13. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Maia, C., Castro, F. V., Fonseca, A. M. G. da, & Fernández, M. I. R. (2016). *Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias]. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.11/5920>
- Moormann, K. I., Pabst, A., Bleck, F., Löbner, M., Kaduszkiewicz, H., van der Leeden, C., Hajek, A., Brettschneider, C., Heser, K., Kleinedam, L., Werle, J., Fuchs, A., Weeg, D., Bickel, H., Pentzek, M., Weyerer, S., Wiese, B., Wagner, M., Maier, W., Scherer, M., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2023). Social isolation in the oldest-old: determinants and the differential role of family and friends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02524-x>
- Moreira, M. J. G. (Ed) (2020). *Como envelhecem os Portugueses: Envelhecimento, Saúde, Idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Neri, A. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Brasil: Átomo Alínea.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In S., Almeida, R., Santiago, P., Silva, L., Oliveira, O., Caetano & J., Marques (Eds). *A acção educativa — análise psico-social* (pp. 91 – 100). ESEL/APPORT.

- Orellana, K., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2020). Day centres for older people: A systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing and Society*, 40(1), 73–104. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000843>
- Pimentel, M.H., Fernandes, H., Anfonso, C. & Bastos, A. (2019). Importância da rede social para o envelhecimento bem sucedido e a saúde do idoso. *Journal of Aging and Innovation*, 8 (1): 68 – 84.
- Portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). Diário da República: I Série, nº 58/2012. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/67-2012-553657>.
- Queiroz, J. B., & Colaboradora. (1983). Influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 36, 95-106.
- Ribeiro, A. (2022). Isolamento social e solidão dos idosos em tempo de COVID-19. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38, 539-44. DOI: 10.32385/rpmgf.v38i5.13347
- Ribeiro, O. & Paúl, C., (Coord.), (2018). *Manual do envelhecimento ativo* (2ª edição). LIDEL.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 217-234. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial11p217-234>
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. V. (2020). *A era sem idade: Um ensaio sobre o envelhecimento da população*. Tinta da China.
- Rowe, J. & Cosco, T. (2016). Successful aging. In V. Bengtson & R. Settersten (Ed.), *Handbook of Theories of Aging* (pp.539-550). SPRINGER
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Santos, F. (2017). *Funcionalidade e sintomatologia depressiva em pessoas com 65+ anos a residir na comunidade*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1910/1/Filipa_Santos.pdf
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade

de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. <http://hdl.handle.net/10316/21539>

Silva, P. (2018). *Velhas redes sociais, novos meios de comunicação: A importância das redes sociais e da utilização da internet para a qualidade de vida de indivíduos de 50+ anos* [Tese de Doutoramento em Sociologia, Instituto de Ciências Sociais]. Repositório da Universidade do Minho.

Sluzki. (1996). *La Red Social: Frontera de la Practica Sistemica*. Barcelona: Gedisa.

Teater, B. & Chonody, J. (2020). How do older adults define successful aging? A scoping review. *The International Journal of Aging and Human Development*, 91(4), 599-625. <https://doi.org/10.1177/0091415019871207>

Teixeira, M., & Martín, J. I. G. (2016). *Centros de dia*. Byblos Native. <http://hdl.handle.net/10773/24788>

WHO (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1080/tam.5.1.1.37>

WHO (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. World Health Organization.

WHO (2021). Social isolation and loneliness among older people. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>.