



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Teresa Margarida Leitão Barbosa

Envelhecimento e Fragilidade:

Um estudo em Centro de Dia

Curso de Mestrado

Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de

Doutora Carla Faria

RESUMO

Contexto e objetivos do estudo. O envelhecimento da população é uma realidade incontornável na sociedade ocidental do séc. XXI, representando uma das mudanças mais significativas na história recente da humanidade (Dias & Rodrigues, 2012). De acordo com Bastos, Faria e Lamela (2012), o problema atual é perceber que semelhanças e diferenças existem entre os idosos (variabilidade intra e interpessoal) e como contribuir para o bem-estar desses adultos mais velhos. Neste sentido, para Paúl (2005) é importante não só estudar o indivíduo, mas também as políticas sociais e o planeamento dos serviços para idosos. Com as políticas sociais surgem várias respostas sociais de retaguarda/proteção das pessoas mais velhas que visam a integração das pessoas idosa na comunidade e a prevenção da fragilidade. De acordo com a Carta Social (2016), existem sete tipologias de respostas sociais de apoio à pessoa idosa, incluído a resposta social de centro de dia. Dada a sua longa existência, a resposta social de centro de dia tem vindo a evoluir, adaptando-se às realidades, particularmente no que se refere à sua conceção e aos serviços prestados, constituindo assim, em muitos casos um polo dinamizador e ponto de partida para a prestação e desenvolvimento de atividades na comunidade. Considerando a complexidade que caracteriza o processo de envelhecimento, e sabendo que, com o passar do tempo vão-se observando maiores diferenças individuais nas pessoas idosas (Bergman, *et al.*, 2007, como citado em Duarte, 2015), a fragilidade integra um dos focos de atenção premente por parte dos investigadores no domínio da Gerontologia. O conceito de fragilidade assume uma importância crescente face ao envelhecimento populacional e à preocupação em prevenir, retardar ou reverter situações que resultem em incapacidade e perda de autonomia das pessoas mais velhas. Neste sentido torna-se pertinente perceber linhas e programas de intervenção implementados junto das pessoas idosas frágeis no sentido de adiar/evitar a fragilidade. Face ao exposto, estabelece-se como objetivos do presente estudo: (1) caracterizar em termos multidimensionais os clientes de um centro de dia; (2) explorar as potencialidades no centro de dia no âmbito da intervenção na fragilidade.

Método. Para concretizar os objetivos propostos foi selecionado um centro de dia, no qual se procedeu à avaliação gerontológica multidimensional dos seus clientes. A avaliação dos participantes foi realizada no centro de dia com recurso a um protocolo de avaliação multidimensional que integrou uma ficha sociodemográfica, Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa Sequeira, 2007); (2) Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965, Wade & Colin, 1988; adaptado por Sequeira, 2007); (3) Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009); (4) Escala de Rede Social de Lubben-6 (Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012); (5) Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003); (6) Escala de Satisfação com a vida (Diener, 1985, Neto, Barros & Barros, 1990); (7) Inventário Geriátrico de Ansiedade (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2007; Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011) e (8) Indicador de Fragilidade de Groningen (IFG) (Schuurmans et al., 2004; versão portuguesa de Duarte & Paúl, 2013).

Resultados. Fazem parte deste estudo 19 idosos, maioritariamente do sexo feminino (68.4%), com idade superior a 80 anos (52.6%). Os participantes são maioritariamente viúvos (68.4%), integrando agregados familiares constituídos pela família nuclear (42.1%, n = 8) ou alargada (42.1%, n = 8), apenas 15.8% (n = 3) reside sozinho/a. Todos os participantes estão reformados, na vida ativa desempenharam profissões maioritariamente enquadradas no sector primário (57.9%, n = 11). Em relação à capacidade funcional, verifica-se que a maior parte é independente nas atividades básicas da vida diária (63.2%) e severamente dependente nas atividades instrumentais da vida diária (52.6%). Relativamente ao funcionamento cognitivo, observa-se que a maioria dos participantes (73,4%) não apresenta défice cognitivo. No que diz respeito aos aspetos socio emocionais, a maioria (68.4%), não apresenta risco de isolamento social, nem sintomatologia ansiosa (52.6%). No entanto, a maioria apresenta sintomatologia depressiva e é frágil (63.2% respetivamente.). Relativamente às relações entre variáveis destacam-se que a maior fragilidade está associada a uma maior dependência nas atividades básicas ($r = -.61$, $p < .01$) e instrumentais ($r = .63$, $p < .01$) da vida diária, a um pior funcionamento cognitivo global ($r = -.80$, $p < .01$).

Implicações do estudo. A evidência reunida poderá ser tomada como ponto de partida para o desenho de intervenções que permitam otimizar as potencialidades no centro de dia no âmbito da intervenção na fragilidade.

Palavras-chave: Gerontologia Social; Avaliação gerontológica multidimensional; Fragilidade; Centro de Dia; Prática Gerontológica

fevereiro, 2017

ABSTRACT

Context and aims of the study. The population aging is an unavoidable reality in the 21st century western society, representing one of the most significant changes in the recent history of humanity (Dias & Rodrigues, 2012). According to Bastos, Faria and Lamela (2012), the current problem is to understand similarities and differences among elderly people (intra and interpersonal variability) and how to contribute to the well-being of these older adults. In this sense, Paúl (2005) argues that it is important to study not only the individual, but also the social policies and service planning for old people. Along with social policies, there emerge several social responses for old people, aimed at integrating the into the community and preventing fragility. According to the “Carta Social” (2016), there are seven typologies of social responses for elderly people, including the day care center. Given its long existence, the day care center social response has been evolving, adapting to the realities, particularly with regard to its conception and the services provided, thus constituting, in many cases, a invigorating center and starting point for the provision and development of activities in the community. Considering the complexity of the aging process, and knowing that, over time, greater individual differences are observed in older people (Bergman, et al., 2007, cit. in Duarte, 2015) the fragility integrates one of the most relevant attention focus of Gerontology researchers. The concept of fragility has a growing importance in face of population aging and the concern to prevent, delay or reverse situations that result in incapacity and loss of autonomy in older people. In this sense, it is pertinent to understand intervention lines and programs implemented with frail elderly people in order to delay / avoid fragility. In view of the above, the objectives of this study are: (1) to characterize, in multidimensional terms, the clients of the day care center; (2) to explore the potential of the day care center in the context of fragility intervention.

Method. In order to achieve the aimed goals, a day care center was selected, in which a multidimensional gerontological evaluation of customers was carried out. The evaluation of the participants was fulfilled in the day care center using a multidimensional gerontological evaluation protocol that included a sociodemographic assessment, as well as (1) Lawton Index (Lawton & Brody, 1969; Portuguese version Sequeira, 2007); (2) Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965, Wade & Colin, 1988; adapted by Sequeira, 2007); (3) Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein, Folstein & McHugh, 1975); (4) Social Network Scale of Lubben-6 (Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012); (5) Geriatric Depression Scale (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Avey&Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003); (6) Life Satisfaction Scale (Diener, 1985, Neto, Barros & Barros, 1990); (7) Geriatric Anxiety Inventory (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2007; Ribeiro, Paúl, Simões & Fimino, 2011) and (8) Groningen Fragility Indicator (IFG) (Schuurmans et al., 2004; adapted by Duarte & Paúl, 2013).

Results. This study includes 19 elderly people, mostly female (68.4%), aged 80 years old or more (52.6%). Participants are mostly widowers (68.4%), integrating households made up of the nuclear (42.1%, n = 8) or extended family (42.1%, n = 8), and only 15.8% (n = 3) reside alone. All participants are retired; in their active life, they had mostly primary sector occupations (57.9%, n = 11). In relation to functional capacity, most participants are independent on the basic activities of daily living (63.2%), and severely dependent on the instrumental activities of daily life (52.6%). Regarding cognitive functioning, the majority of the participants (73.4%) do not present cognitive deficits. With regard to the social-emotional aspects, the majority (68.4%) do not present risk of social isolation nor anxious symptomatology (52.6%). However, the majority of them have depressive symptoms and are fragile (63.2% respectively). Regarding the relationships among variables, it is worth noting that the greater fragility is associated with a greater dependence on the basic ($r = -.61$, $p < .01$) and instrumental ($r = .63$, $p < .01$) activities of daily living, to a worse overall cognitive functioning ($r = -.80$, $p < .01$).

Implications of the study. The evidence gathered can be taken as a starting point for the design of interventions that allow to optimize the potential of the day care center within the context of fragility intervention.

Keywords: Social Gerontology; Multidimensional gerontological evaluation; Fragility; day care center, Gerontological Practice.

february, 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA.....	7
1. Gerontologia, Gerontologia Social e Geriatria	9
2. Envelhecimento Populacional e Individual	13
3. Envelhecimento ativo, bem-sucedido e ótimo	20
4. Prática Gerontológica.....	23
5. Prática Gerontológica em contexto específico de centro de dia	30
6. Fragilidade: propostas conceituais e evidências científicas.....	36
6.1. Conceito e modelos de fragilidade.....	36
6.2 Resultados da investigação sobre intervenção direcionada para a fragilidade em pessoas idosas:.....	49
CAPÍTULO II – MÉTODO	55
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....	65
1. Descrição dos participantes e ambiente próximo.....	67
2. Funcionalidade nas atividades da vida diária.....	72
3. Funcionamento cognitivo.....	73
4. Funcionamento interpessoal: rede social	73
5. Sintomatologia ansiosa	74
6. Sintomatologia depressiva	75
7. Satisfação com a vida	75
8. Fragilidade	76
9. Análise da relação entre variáveis da avaliação individual	76
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS & IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO EM CENTRO DE DIA.....	81
CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	99

INDICE DE TABELA

Tabela 1. Descrição sociodemográfica dos participantes	68
Tabela 2. Passatempos.....	69
Tabela 3. Condições da habitação. Ambiente físico/acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato.....	70
Tabela 4. Centro de dia	71
Tabela 5. Funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.....	72
Tabela 6. Funcionamento cognitivo (MMSE)	73
Tabela 7. Funcionamento interpessoal – rede social.....	74
Tabela 8. Sintomatologia ansiosa	74
Tabela 9. Sintomatologia depressiva	75
Tabela 10. Satisfação com a vida	75
Tabela 11. Fragilidade	76
Tabela 12. Indicadores da fragilidade	76
Tabela 13. Relação entre a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, o funcionamento cognitivo, o isolamento social, a sintomatologia ansiosa e depressiva bem como a satisfação com a vida.....	77
Tabela 14. Relação entre a fragilidade e a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, o funcionamento cognitivo, o isolamento social, a sintomatologia ansiosa e depressiva bem como a satisfação com a vida.....	78

INDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1. Diferenças entre fenótipo de fragilidade e o índice de fragilidade	41
Esquema 2. Ciclo de fragilidade -Fenótipo de fragilidade.....	42
Esquema 3. Modelo integral de fragilidade.....	44

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Uma teoria integrada da Gerontologia Social	12
---	----

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade incontornável na sociedade ocidental do séc. XX, representando uma das mudanças mais significativas na história recente da humanidade (Dias & Rodrigues, 2012). Tal facto lança novos desafios aos indivíduos e à própria sociedade. Nos últimos censos realizados em Portugal (2011) mostraram a tendência crescente para o aumento da população com 65 e mais anos. Nunca existiram tantas pessoas com 65 e mais anos, ou com 80 e mais anos, e tão poucos nascimentos e jovens como agora (Rosa, 2012). Para Balard, Blain e Robine (2012), mais importante do que o aumento da população idosa e que o aumento da esperança média de vida é envelhecer de modo bem-sucedido, abordando assim uma visão positiva do processo de envelhecimento.

Bárrios e Fernandes (2014) afirmam que o envelhecimento demográfico tem gerado grandes desafios sociais com inúmeras implicações ao nível das políticas públicas. A dupla dimensão do envelhecimento, a nível individual e a nível populacional, requer a adoção de uma perspetiva multidisciplinar de integração de conhecimentos, que é essencial para uma correta e eficiente avaliação das medidas de política a desenhar.

O crescente tempo vivido na última fase do ciclo de vida tem feito emergir dificuldades prementes que tendem a impor-se nos debates públicos, reforçando a urgência de repensar as soluções políticas até aqui adotadas à luz dos novos desafios. Segundo Bárrios e Fernandes (2014), o envelhecimento ativo enquanto paradigma para as políticas públicas, preconiza medidas que incentivem uma vida integrada na sociedade, isto é, com participação na vida social, em segurança e com saúde.

Dada a longevidade da população e sendo a população idosa heterogénea, torna-se premente repensar as políticas sociais com vista à proteção das pessoas mais velhas. Com as políticas sociais surgem várias respostas sociais de retaguarda/proteção das pessoas mais velhas que visam a integração das pessoas idosas na comunidade e a prevenção da fragilidade. De acordo com a Carta Social (2016), existem sete tipologias de respostas sociais de apoio à pessoa idosa, incluído a resposta social de centro de dia. Dada a sua longa existência, a resposta social de centro de dia tem vindo a evoluir, adaptando-se às realidades, particularmente no que se refere à sua conceção e aos serviços prestados, constituindo, assim, em muitos casos um polo dinamizador e ponto de partida para a

prestação e desenvolvimento de atividades na comunidade. O centro de dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar (Bonfim & Saraiva, 1996) e que tem como objetivos de intervenção: (a) prestar serviços que satisfaçam necessidades básicas; (b) prestar apoio psicossocial; (c) fomentar as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

Considerando a complexidade que caracteriza o processo de envelhecimento, e sabendo que, com o passar do tempo vão-se observando maiores diferenças individuais nas pessoas idosas (Bergman *et al.*, 2007) a fragilidade integra um dos focos de atenção premente, por parte dos investigadores no domínio da Gerontologia. O conceito de fragilidade assume uma importância crescente face ao envelhecimento populacional e à preocupação em prevenir, retardar ou reverter situações que resultem em incapacidade e perda de autonomia das pessoas mais velhas. Neste sentido torna-se pertinente perceber que linhas e programas de intervenção são implementados junto das pessoas idosas no sentido de evitar/adiar a fragilidade.

Nesta linha de ideias tendo em atenção a complexidade biopsicossocial da velhice, as pessoas idosas devem ser avaliadas numa perspetiva global e multidisciplinar, que permita a elaboração de um plano de intervenção que corresponda às suas capacidades e necessidades (Rodrigues, 2007). A avaliação multidimensional diz respeito a um processo que compreende a avaliação de problemas de saúde, funcionais e psicossociais. Posto isto surge a necessidade de formar quadros técnicos capazes de planear, implementar e avaliar programas e atividades destinados às faixas etárias mais envelhecidas da população. O Gerontólogo Social deve possuir conhecimentos biopsicossociais sobre a velhice e o envelhecimento, de forma a compreender o fenómeno do envelhecimento e da velhice, segundo uma perspetiva social, aplicando os conhecimentos em prol do maior bem-estar dos idosos.

Por conseguinte, procura-se analisar os aspetos mais relevantes da Prática Profissional em Gerontologia Social, ligados a programas de avaliação e intervenção associados ao envelhecimento humano mais especificamente à fragilidade.

Face ao exposto, tendo em consideração que se trata de um estudo exploratório estabelece-se o seguinte objetivo: explorar as potencialidades no centro de dia no âmbito da intervenção na fragilidade;

Em termos de estrutura, o presente estudo está organizado em quatro capítulos. No capítulo I, apresenta-se o enquadramento teórico e empírico que abordará as seguintes temáticas: (1) envelhecimento no âmbito da Gerontologia e Gerontologia Social, (2) envelhecimento populacional e individual; (3) envelhecimento ativo, bem-sucedido e envelhecimento saudável; (4) prática gerontológica; (5) prática gerontológica em contexto de centro de dia; (6) do ponto de vista da investigação sobre fragilidade em pessoas idosas. Posteriormente, no Capítulo II descreve-se o modo como o estudo foi conduzido. Já no Capítulo III descrevem-se os resultados do estudo e no Capítulo IV são apresentadas as implicações destes para a intervenção em centro de dia.

CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA

Neste primeiro capítulo é apresentada, de modo geral, uma análise sistemática do envelhecimento, dos principais aspetos da Prática Profissional em Gerontologia Social e das dimensões conceptuais e empíricas da fragilidade.

1. Gerontologia, Gerontologia Social e Geriatria

Na linha de pensamento de Fonseca (2006), a importância dos idosos como um grupo específico, dotado de uma cada vez maior relevância estatística e social, acerca do qual era absolutamente necessário saber mais, originou o aparecimento de uma disciplina nova, a Gerontologia.

Segundo Paúl (2012), a Gerontologia é uma área científica relativamente recente que incide sobre o estudo do processo de envelhecimento humano e dos idosos. Corresponde a uma visão integrada do envelhecimento que agrega os contributos de várias áreas científicas, como a biologia, a psicologia e a sociologia. Constitui-se num novo campo do saber, ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida. A autora refere que as teorias na área da Gerontologia têm como função explicar e sintetizar os fenómenos que observamos, bem como levantar hipóteses ou fundamentar intervenções, razão pela qual o seu carácter é essencial para o desenvolvimento científico.

A Gerontologia começou a ganhar estatuto particularmente a partir da década de 80, quando surgiram os primeiros manuais que englobavam a sistematização dos conhecimentos multidisciplinares sobre o idoso e o envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2004). Para Fernández-Ballesteros (2004), a compreensão do envelhecimento como uma visão pluridisciplinar era essencial, já que o processo de envelhecimento é objeto de estudo de ciências como a Bioquímica, a Economia, o Direito, a Medicina, a Psicologia, a Sociologia e a Política, sendo esta característica de multidisciplinariedade que caracteriza a Gerontologia. Segundo Schaie e Willis (2003), a Gerontologia estuda os fenómenos associados ao processo de envelhecimento desde o nascimento até à velhice, bem como o estudo dos idosos como população específica. A Gerontologia é, assim, um campo de estudos inter ou multidisciplinares que investiga os fenómenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados com o envelhecimento

humano. Segundo Fernández-Ballesteros (2000), esta dedica-se ao estudo multidisciplinar do envelhecimento, da velhice e das pessoas mais velhas. Na perspetiva de Neri (2008), a Gerontologia refere-se a um campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mutações ligadas ao processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Fernández-Ballesteros (2002) refere que o envelhecimento, a velhice e o idoso, constituem-se objetos de estudo da Gerontologia que podem ser abordados desde uma perspetiva de investigação básica e aplicada.

Segundo Jamieson (2002), a Gerontologia é um campo de estudo multidisciplinar do envelhecimento. Constrói-se com base nas Ciências Físicas e nas Ciências Sociais, mas também inclui as Artes e as Humanidades. Enquanto as Ciências Físicas, com uma longa tradição, estão focalizadas nos aspetos biológicos do envelhecimento, as Ciências Sociais centram-se nos aspetos psicológicos e sociais deste processo.

A Gerontologia tem diferentes objetos de estudo, nomeadamente, estuda o velho, a velhice e o envelhecimento, tendo claramente uma base interventiva e multidisciplinar, procurando melhorar as condições de vida das pessoas idosas em contextos públicos e privados. Neri (2008) refere-se à Gerontologia como um campo de estudos multidisciplinar, recebendo contribuições metodológicas e conceituais da biologia, psicologia, ciências sociais e de outras disciplinas como filosofia, biodemografia, enfermagem, entre outras, dispondo de teorias gerais e específicas, tendo como meta melhorar a qualidade de vida dos idosos e o envelhecimento ativo e bem-sucedido. Investiga as experiências de velhice e o processo de envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspetos do envelhecimento normal e patológico, bem como o potencial de desenvolvimento humano associado ao ciclo de vida e ao processo de envelhecimento.

A Gerontologia assenta numa abordagem teórica a nível biológico, psicológico e social, o que faz com que esta ciência desenvolva conhecimentos básicos a todos estes níveis e se demarque como multidisciplinar. Esta ciência é claramente interventiva, tentando melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas, onde a intervenção pode ocorrer num contexto público ou privado, individual ou em grupo. Seguindo a mesma ordem de ideias, Fernández-Ballesteros (2004) destaca a multidisciplinaridade da Gerontologia, uma vez que a especificidade das tarefas com que o gerontólogo se

depara expressa uma componente interativa impondo, desta forma, a necessidade de uma abordagem interprofissional.

Os estudos científicos neste âmbito procuram revelar as diferenças sociais, culturais, económicas e ambientais no envelhecimento.

Com o desenvolvimento da Gerontologia surgiram ramos de estudo, como é o caso da Gerontologia Social que partilha os mesmos objetos de estudo com a Gerontologia, mas tem um foco de estudo distinto. Segundo Paúl (2005), o termo Gerontologia Social foi usado pela primeira vez, em 1964, por Clark Tibbits para descrever a área da Gerontologia que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento.

A Gerontologia Social desenvolveu-se em meados do século XX como campo de estudo do envelhecimento em contexto social, é encarada como um ramo ou especialidade da Gerontologia (Fernández-Ballesteros, 2004), que procura estudar as condições políticas, jurídicas, económicas, educativas, ambientais e sociais que permitem melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos.

Assim, a Gerontologia Social é a especialidade da Gerontologia que se preocupa essencialmente com a realidade sociocultural e ambiental inerente ao envelhecimento, bem como as causas sociais para que se determinem ações de intervenção/prevenção como respostas a situações adversas (Fernández-Ballesteros, 2004).

Para Fernández-Ballesteros (2009), a Gerontologia Social distingue-se da Gerontologia ao desenvolver e tratar mais pormenorizadamente a sua base social. Seguindo a mesma linha de ideias, o Gerontólogo Social deve possuir conhecimento biopsicossociais da velhice e do envelhecimento, de forma a compreender o fenómeno do envelhecimento e da velhice, segundo uma perspetiva social, aplicando os conhecimentos em prol do maior bem-estar dos idosos.

Bass (2009) apresenta uma perspetiva integradora da Gerontologia Social que se baseia em elementos que emergiram ao longo dos anos. Ao invés de se basear numa simples filosofia, a proposta de Bass combina os componentes, fornecendo coerência para a compreensão do indivíduo em processo de envelhecimento na sociedade contemporânea. Esta leitura integradora combina uma macroperspetiva que avalia os

contextos social, económico, ambiental, cultural e político que influenciam o comportamento humano e a saúde com a microperspetiva a nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões. Segundo Bass (2009), a teoria integrada da Gerontologia Social não é estática, movimenta-se e altera-se com o passar do tempo. Para melhor compreendermos esta teoria, apresenta-se a Figura 1 que é analisada seguidamente.

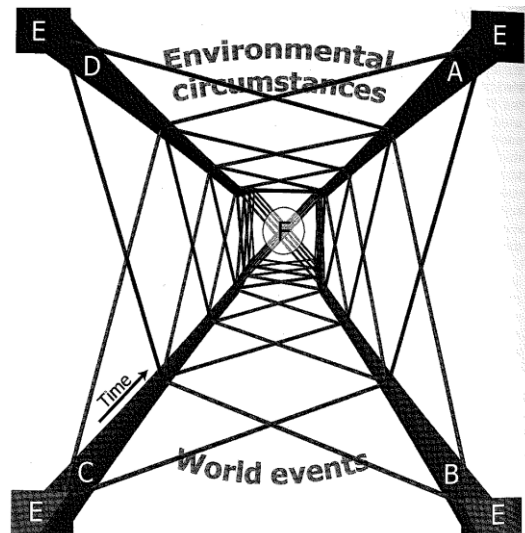


Figura 1 : Uma teoria integrada da Gerontologia Social (Bass, 2009)

Não sendo estática, esta teoria integradora reconhece as mudanças nas circunstâncias dependendo de acontecimentos mundiais abrangentes.

Para se avançar no conhecimento, Bass (2009) defende ser necessário dispor de instrumentos conceituais e metodológicos que facilitem uma aproximação entre investigadores. Afirma ainda que pretende agregar uma grande multiplicidade de perspetivas, podendo o investigador/avaliador/interventor focalizar-se num dos aspetos – o indivíduo, a estrutura social, as circunstâncias económicas, as políticas governamentais ou o ambiente.

Para melhor se compreender esta teoria, Bass (2009) faz a seguinte descrição: (1) o item F representa o indivíduo e as suas condições genéticas, fisiológicas e psicológicas ao longo da sua coorte de nascimento, suspensas entre os componentes estruturais interativos. A infraestrutura que rodeia o indivíduo reflete as perspetivas desenhadas pelas diferentes disciplinas das Ciências Sociais, que possuem um efeito

cumulativo sobre o envelhecimento individual e são elementares para integrar uma visão compreensiva da Gerontologia Social. Com o passar do tempo, o indivíduo vai-se movimentando ao longo da estrutura, acumulando vantagens e desvantagens durante o curso de vida. O (2) item A representa a família, a cultura, a religião, e as tradições e expectativas culturais do indivíduo. A cultura não é um elemento estático, evoluindo ao longo do tempo, e dentro de diferentes subpopulações, expectativas e normas existentes. As normas e mensagens culturais podem existir num contexto societal alargado ou dentro de uma etnia, religião, localização geográfica ou comunidades específicas. O (3) item B representa as circunstâncias micro e macroeconómicas nas quais os indivíduos se encontram. O (4) item C representa o papel do Governo e dos sistemas de suporte públicos ou privados. Isto inclui políticas públicas, serviços de Saúde, programas governamentais, e sistemas de suporte social. O (5) item D representa os constructos sociais alargados que rodeiam o indivíduo como o estatuto, o poder, e a estratificação social. Os indivíduos podem descender de diferentes ambientes sociais com variados graus de influência e prestígio. Por último, (6) o item E constitui o contexto histórico residual no qual todos os elementos estão ancorados. Cada um dos itens de A a D emerge de um passado prévio ao nascimento do indivíduo, tendo influência sobre os elementos estruturais principais e, como resultado, apresenta consequências para o indivíduo.

Em suma, dada a multidisciplinaridade da Gerontologia e a interdisciplinaridade da Gerontologia Social, de forma a avançar-se no conhecimento e na investigação, o modelo teórico de Bass (2009) apresenta-se como um modelo válido para a compreensão do envelhecimento, uma vez que não é estático, evoluindo tal como as circunstâncias se alteram e, assim, reflete o meio e o indivíduo em mudança.

2. Envelhecimento Populacional e Individual

Na segunda metade do século XX, as sociedades europeias começaram a confrontar-se com o dito “duplo envelhecimento”, ou seja, na base e no topo da pirâmide etária. Posteriormente, o envelhecimento demográfico depressa veio a adquirir uma dimensão mundial, com densidades diferentes consoante as regiões e os

países. No grupo dos mais envelhecidos estão as regiões mais desenvolvidas, nomeadamente as da Europa, Portugal incluído. Segundo dados estatísticos, a idade média da população no mundo e na Europa aumentou em meados do século XX, sendo que em Portugal essa evolução foi ainda mais forte comparativamente à Europa, passando a idade média da população de 26 anos em 1950, para 41 anos em 2010, estimando-se que a idade média da população chegue aos 50 anos em 2050 (INE, 2012). A distância que separa a população portuguesa de hoje é muito grande comparativamente a cinco décadas atrás, uma vez que estas alterações profundas do perfil etário da população portuguesa deram-se fundamentalmente nas décadas mais recentes (INE, 2012).

O envelhecimento demográfico resulta da passagem de um modelo demográfico em que a natalidade e a mortalidade atingiam valores muito elevados para o modelo atual em que a natalidade e mortalidade atingem valores mais baixos, o que, em consequência, leva a um estreitamento da base e a um alargamento do topo da pirâmide etária. Desta forma, o declínio da taxa de mortalidade, de natalidade e o aumento da esperança média de vida têm, em conjunto, aumentado acentuadamente as tendências do envelhecimento (INE, 2012).

Comparando dados estatísticos relativos a Portugal de décadas atrás com a atualidade, verifica-se que o número de jovens diminuiu progressivamente, sendo que em 1960 a população jovem representava 29 % da população e atualmente representa 15%. Por outro lado, na atualidade o grupo dos 65 e mais anos contém mais pessoas do que o grupo dos jovens, situação que aconteceu pela primeira vez na história de Portugal, no ano de 2000. Ao mesmo tempo, verifica-se que a parcela dos idosos mais velhos, a chamada “quarta idade”, tem vindo a reforçar o seu peso estatístico com o evoluir do tempo, sendo que o seu número em Portugal quase quadruplicou entre 1971 e a atualidade.

O envelhecimento demográfico também não deixou ileso o grupo da idade ativa que concentra a maioria da população, representando atualmente 66% da população residente em Portugal. Em primeiro lugar porque este grupo está a envelhecer, queremos com isto dizer que o grupo dos mais jovens está a perder importância dentro desta faixa etária. Houve um declínio com o avançar dos anos no que concerne à faixa etária dos 15-24 anos, sendo que no início da década de 1960, os mais jovens

em idade ativa representavam 26% da população ativa e atualmente representa 16%. Em segundo lugar, porque se alterou profundamente a relação estatística existente entre o grupo de idade ativa e os grupos de idade jovem e idosa. A este respeito Rosa (2012) defende que, para compreender o envelhecimento populacional, é importante ter em consideração que existem idades a partir das quais os indivíduos são classificados em categorias etárias fixas, sendo que estas são, frequentemente, mencionadas como três grupos etários: idade jovem, ativa e idosa. Assim, na perspetiva da autora é mediante estas categorias que se desenvolve o conceito de envelhecimento populacional, “que se define como uma evolução da composição etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos (envelhecimento no “topo” da pirâmide etária = 65+ anos) ou à diminuição da importância estatística dos jovens (envelhecimento na “base” da pirâmide etária = 0-14 anos) “(Rosa, 2012, p. 23).

Pensar-se que Portugal vai deixar de envelhecer no futuro é um engano, a população portuguesa deverá continuar a envelhecer e poderá continuar a fazê-lo de modo particularmente intenso, mesmo que os níveis de fecundidade aumentem ligeiramente e que os saldos migratórios continuem positivos no futuro. Em 2060 a população portuguesa poderá continuar próxima dos dez milhões de pessoas, mas será mais bem envelhecida do que hoje (Rosa, 2012)

A ciência demográfica tem identificado bem as causas do envelhecimento populacional, nomeadamente: a redução da mortalidade e a redução da fecundidade. No que concerne à mortalidade sabe-se que, em média, se vive bem mais tempo do que no passado. As mulheres têm uma esperança média de vida superior à dos homens. A esperança média de vida aos 65 anos é atualmente de quase 17 anos para os homens e de 20 para as mulheres (INE, 2012). O que está em causa com o aumento da esperança média de vida não é o alargamento da longevidade humana. Em Portugal o caso de maior longevidade é o de Maria de Jesus que faleceu em 2009 com 116 anos. Em vez de um aumento de longevidade humana, o que se passa é que são cada vez mais as pessoas que conseguem atingir as idades avançadas. Este adiamento da morte é resultado de significativos progressos médicos, científicos e sociais ocorridos. Outro fator do envelhecimento demográfico foi a redução dos níveis de fecundidade, de que resultou a diminuição do número de nascimentos. Para que a renovação das gerações

esteja assegurada é necessário que cada mulher deixe uma filha (futura mãe), a probabilidade de nascer indivíduos do sexo masculino é superior à probabilidade de nascer indivíduos do sexo feminino. O número de filhos por mulher sofreu uma progressiva diminuição de 1960 até à atualidade, a idade média das mulheres aquando o nascimento do primeiro filho aumentou mais de cinco anos nas últimas duas décadas e meia em Portugal, situando-se próxima dos 29 anos. Tudo aconteceu devido a vários fatores, nomeadamente, às transformações da sociedade portuguesa, com a maior instrução da população, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a terciarização da economia. O número de nascimentos na década de 1960 aproximava-se dos 200 mil por ano, na atualidade anda próximo dos 100 mil por ano. A taxa de fecundidade apresentou uma diminuição de 1,45 crianças por mulher em 2001 para 1,35 crianças por mulher em 2011, ou seja, verifica-se uma diminuição dos nascimentos. Em simultâneo, verifica-se um decréscimo das taxas de fecundidade nos grupos etários abaixo dos 30 anos, contrariamente a um aumento nos grupos etários mais elevados. Estas alterações do comportamento face à fecundidade refletem-se no aumento da idade média da mulher, quer ao nascimento do primeiro filho, quer ao nascimento de um filho. Entre 2001 e 2011, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho passou de 26,8 para 29,2 anos, e a idade média da mulher ao nascimento de um filho subiu de 28,8 para 30,9 anos de idade. No mesmo sentido, e quando se analisa a taxa de natalidade entre o mesmo período, verifica-se uma descida da taxa de natalidade de 10,9 para 9,2 nascimentos por mil habitantes, o valor mais reduzido de todo o período. Esta diminuição dos níveis de fecundidade deve-se sobretudo à progressiva emancipação da mulher, que se verifica no aumento da sua participação no mercado de trabalho e no prolongamento dos percursos académicos até idades mais tardias. Além disso, nos dias de hoje as mulheres têm a sua própria determinação na decisão acerca da fecundidade, particularmente através da generalização dos métodos contraceptivos, do planeamento familiar e na inclusão no sistema público de saúde (Rosa, 2012). Podemos concluir que a população portuguesa é, agora, muito mais envelhecida do que em 2001, e continuará a envelhecer, pelo menos a médio prazo. O fenómeno do envelhecimento humano e populacional está na base da criação de uma nova área de estudos multidisciplinar, a Gerontologia.

Segundo Rossell (2004), como consequência do envelhecimento da população: (1) aumentam os gastos com a saúde, pois com o avançar da idade aumentam as incapacidades e os estados dependentes e, conseqüentemente aumenta a necessidade de recursos; (2) o mercado de trabalho é afetado, porque aumentam os níveis de escolaridade e formação e os jovens começam a trabalhar cada vez mais tarde, sendo assim os grandes atores do trabalho são as pessoas mais velhas que, por outro lado, se ficarem sem emprego, podem vivenciar uma situação de pobreza e exclusão social; (3) é afetada a relação pensionista/contribuinte; (4) é posta em causa a viabilidade do sistema de Segurança Social, tendo em consideração que existem cada vez menos trabalhadores ativos e mais reformados, afetando a repartição de recursos; (5) aumenta o emprego informal e a economia invisível; e, por fim, (6) é modificada a estimativa da velhice e a estrutura familiar.

São muitos os receios do envelhecimento, nomeadamente: (1) a população estagnar e não haver renovação de gerações; (2) a produtividade diminuir e (3) ser colocada em risco a sustentabilidade financeira da Segurança Social (Rosa, 2012).

Além da análise demográfica, o envelhecimento coletivo pode também ser analisado em termos de envelhecimento societal (Rosa, 2012). De acordo com Rosa (2012), o envelhecimento da sociedade pode não ser resultado do envelhecimento demográfico, pois a sociedade pode saber reagir à alteração dos fatos, encontrando soluções. No entender da autora, estes receios face ao envelhecimento da população não têm fundamento científico, pois atualmente a destreza física não tem tanto valor como o conhecimento, que é o que realmente interessa. A idade não tem de representar um prejuízo para uma pessoa ou para uma sociedade. Uma sociedade está envelhecida quando não encontra soluções e não reage à evolução etária dos indivíduos, ou seja, o envelhecimento societal é a estagnação de pensamentos e de pressupostos organizativos de uma sociedade. Sendo o envelhecimento uma tendência demográfica e, uma vez que as formas de viver a longevidade são diversas, é necessária a criação de políticas e outras iniciativas diferenciadas, atentas e adequadas às necessidades e capacidades das pessoas idosas. E daí a relevância de se fazer também uma análise do envelhecimento a nível individual. Segundo Rosa (2012), o envelhecimento individual engloba o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico.

O envelhecimento cronológico refere-se à idade, sendo este um processo universal, progressivo e inevitável. Olhando para a idade, nós começamos a envelhecer desde que somos concebidos, é um processo de desenvolvimento progressivo.

Relativamente ao envelhecimento biopsicológico, é menos linear e não fixo em termos de idade comparativamente ao envelhecimento cronológico. Este tipo de envelhecimento depende da pessoa, género, condicionantes genéticas e da própria sociedade em que se vive.

O envelhecimento individual está muito ligado à “velhice”, sendo que a velhice é valorizada de forma diferente consoante as pessoas e as sociedades (Rosa, 2012).

Não há um significado único associado à velhice. Houve alturas em que era valorizada, no entanto, em tempos mais remotos a velhice era vista como um fardo. Atualmente permanecem as duas perspetivas em relação à velhice. A visão negativa é associada à morte, a velhice é vista como a última fase da vida humana, que acarreta sinais de deterioração física e isolamento social. A visão positiva traduz-se no privilégio de chegar a idades mais avançadas, pode ser também nesta altura que se realizam sonhos e projetos que noutras fases da vida não foram possíveis realizar. A acumulação da experiência ajuda também a fortalecer a valorização da velhice.

Segundo Schroots e Birren (1980), o envelhecimento tem três componentes: a) o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência, b) o envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário, e c) o envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

De acordo com Sowers e Rowe (2007), o envelhecimento é um processo progressivo de mudança a nível biológico, psicológico e ao nível social dos indivíduos. No entanto, como referem os autores, em termos mundiais a população não está a envelhecer de modo uniforme. Segundo a mesma fonte, estimativas da ONU para 2050 apontam que 21% da população terá 60 e mais anos. Ou seja, dentro de poucas décadas, 1 em cada 5 pessoas terá 60 ou mais anos.

Relativamente à variabilidade no desenvolvimento humano, Rowe e Kahn (1998) propõem três trajetórias do envelhecimento humano: normal, patológica e

bem-sucedida. De acordo com Fernandez-Ballesteros (2009), por envelhecimento normal entende-se aquele que se desenvolve sem patologias, por envelhecimento patológico entende-se aquele que está associado a várias patologias, frequentemente crónicas. A definição de envelhecimento bem-sucedido dá prioridade ao baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas às doenças, funcionamento mental e físico excelentes e envolvimento ativo com a vida. Segundo Whitbourne e Whitbourn (2011, como citado em Teixeira, 2008), o envelhecimento bem-sucedido refere-se também ao processo de envelhecimento onde o indivíduo se envolve em estratégias preventivas e compensatórias que permitem combater as alterações negativas que podem ocorrer no envelhecimento normal ou patológico. Desta forma, podemos constatar que no processo de envelhecimento existe uma variedade e heterogeneidade derivada das condições históricas, socioeconómicas, culturais e pessoais, isto é, existem diferentes formas de envelhecer (variabilidade interindividual), tais como o envelhecimento normal, patológico ou ótimo.

Na linha de pensamento de Baltes (1997) e Fernandez Ballesteros (2004), o envelhecimento individual pode ser entendido como a combinação entre padrões de crescimento, estabilidade e/ou declínio. Neste sentido, o processo de envelhecimento individual apresenta diversas características: (1) a idade não é o único fator determinante dos processos de desenvolvimento, estabilidade e declínio, esta interliga-se com aspetos psicológicos e sociais; (2) ao longo da vida existem padrões diferenciados de crescimento, estabilidade e declínio no conjunto de condições biomédicas, psicológicas e comportamentais e sociais; (3) não existe um isomorfismo entre os processos biológicos, psicológicos e sociais; (4) os padrões de mudança revelam alta variabilidade, que aumenta com a idade, ou existem diferenças individuais substanciais nas formas de envelhecimento (isto é, existem pessoas que experimentam um relativo desenvolvimento, uma breve estabilidade e um acentuado declínio, enquanto outras experimentam precisamente o contrário); por fim, (5) a sociedade pode orientar, promover e influenciar o processo de envelhecimento e as várias formas de se envelhecer. Daí a relevância de se proceder à avaliação gerontológica multidimensional.

3. Envelhecimento ativo, bem-sucedido e ótimo

O envelhecimento da população representa uma das mudanças mais significativas na história recente da humanidade (Dias & Rodrigues, 2012), neste sentido torna-se importante compreender os fatores implícitos ao processo de envelhecimento. O conceito de envelhecimento bem-sucedido (*successful aging*) vai para além da longevidade e alguns investigadores reconhecem a importância de distinguir envelhecimento patológico, envelhecimento normal e envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Inelmen, Sergi, Enzi, Toffanello & Coin, 2007). Nesta perspectiva o envelhecimento normal é caracterizado por ausência de patologia física e mental séria. O envelhecimento patológico define-se pela presença de patologia grave. E, por fim o envelhecimento bem-sucedido (EBS) ocorre sobre condições favoráveis e propícias ao desenvolvimento psicológico, como já tivemos oportunidade de referir previamente.

Relativamente ao envelhecimento bem-sucedido, e para uma visão positiva do envelhecimento individual, no campo das Ciências do Comportamento, P. Baltes e M. Baltes (1990) apresentam um modelo de seleção, otimização e compensação (SOC). Este modelo procura explicar as adaptações que o indivíduo produz ao longo da sua vida em resposta às mudanças e alterações inerentes ao processo de envelhecimento. Os autores propuseram um conjunto de princípios para envelhecer bem, sendo de salientar que: (1) há diferenças substanciais entre o envelhecimento normal, patológico ou ótimo; (2) há muita heterogeneidade (variabilidade) no processo de envelhecimento; (3) há muita reserva latente; (4) há perda na capacidade de reserva na fase final do ciclo de vida; (5) as pragmáticas baseadas no envelhecimento e na tecnologia podem retardar o declínio ligado à idade nas mecânicas cognitivas; (6) com a idade, o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez mais reduzido; e (7) o *self* mantém-se resiliente na velhice. Tendo em consideração as sete proposições acima enunciadas, Baltes e Baltes (1990) enunciam um conjunto de estratégias para envelhecer bem, especificamente: (1) para reduzir a probabilidade de envelhecimento patológico é necessário adotar um estilo de vida saudável; (2) dada a existência de variabilidade intra e interpessoal, os autores recomendam evitar soluções simplistas e encorajar a flexibilidade individual e coletiva; (3) reforçar a capacidade de reserva; (4)

os velhos-muito-velhos necessitam de dispositivos ou suportes compensatórios; e (5) as alterações nos ganhos/perdas e a continuada resiliência do *self* conduzem à necessidade de se facilitar o ajustamento à realidade “objetiva”, sem perda do sentido de si mesmo. Assim, torna-se fundamental apoiar os indivíduos a adquirir estratégias que sejam eficazes e facilitar a mudança.

Foi na década de 80, que Baltes começou a desenhar o modelo de otimização seletiva com compensação, que descreve o processo geral de adaptação, em que os indivíduos se envolvem ao longo da vida. Assim, tendo em consideração o equilíbrio entre ganhos e perdas no envelhecimento, Baltes (1997) estabelece uma metateoria de otimização seletiva com compensação como chave para o envelhecimento bem-sucedido. Assim, o modelo de otimização seletiva com compensação (SOC) descreve o processo geral de adaptação, em que os indivíduos se envolvem ao longo da vida, particularmente importante na velhice, devido às perdas biopsicossociais. O modelo SOC refere a possibilidade de existirem trajetórias individuais não normativas preconizadoras de um envelhecimento bem-sucedido. A ideia crucial é que qualquer processo de desenvolvimento envolve uma combinação de estratégias de seleção, otimização e compensação (Baltes, 1997). Resumidamente, a seleção é como uma determinada orientação para o desenvolvimento, à luz da qual se definem objetivos e resultados desejáveis para esse mesmo desenvolvimento, o que pode suceder por duas vias – seleção escolhida ou seleção baseada nas perdas. A otimização é vista como um mecanismo que envolve a aquisição, a manutenção e o aperfeiçoamento de meios e de recursos úteis para se alcançarem determinados objetivos desenvolvimentais desejáveis e prevenir a ocorrência de objetivos indesejáveis. Por fim, a compensação é entendida como a produção de respostas funcionais face à ocorrência de perdas capazes de comprometer a obtenção de objetivos desejáveis.

Outra fonte de referência para o envelhecimento bem-sucedido é a abordagem proposta por Rowe e Kahn (1998). Os autores sugerem que a ausência de doença ou incapacidade facilita a manutenção do funcionamento físico e mental e conseqüentemente, a manutenção destes dois tipos de funcionamento permite (mas não garante) um envolvimento ativo com a vida. Deste modo, a combinação dos três componentes representa o conceito mais completo de envelhecimento bem-sucedido. Este envolvimento pode assumir variadas formas, no entanto, o envelhecimento bem-

sucedido preocupa-se essencialmente com duas: as relações que o indivíduo estabelece com os outros e os comportamentos produtivos. Note-se que este modelo foi alvo de crítica por autores como Kahana e colaboradores (2005, 2012) pelo facto de considerar que o envelhecimento bem-sucedido assenta na ausência de doença. À medida que se avança na idade, a probabilidade de aparecimento de doenças crónicas aumenta. No entanto, para o modelo da proatividade preventiva e corretiva de Kahana e colaboradores (2005, 2012) esta situação não é obstáculo ao envelhecer bem. De acordo com Kahana e Kahana (1996), o envelhecimento é um processo de adaptação em que atuam mecanismos preventivos e corretivos que podem ser facilitados por recursos internos e externos, económicos, sociais, etc. Esta proposta teórica é de facto compatível com os três mecanismos (seleção, otimização e compensação) propostos por Baltes e Baltes (1990), que são estratégias proactivas que atuam ao longo do ciclo de vida com objetivo de alcançar o nível ótimo de funcionamento, ou seja, um envelhecimento bem-sucedido.

O modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e Kahana (1996), está assim em conformidade com a definição processual de Fernández-Ballesteros (2009), que refere poder considerar-se o envelhecimento bem-sucedido como o produto do processo de adaptação que ocorre ao longo da vida e através do qual se atinge um ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional, motivacional e social. A promoção do envelhecimento bem-sucedido implica, por um lado, a otimização das condições por meio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e socio-ambientais, e por outro lado a prevenção das doenças e da incapacidade, assim como a maximização do bem-estar e da qualidade de vida na velhice. Deste modo, envelhecer bem está intimamente ligado com os comportamentos que se tem.

Na linha de pensamento de Fernandes Ballasteros (2009), o envelhecimento ativo pode ser considerado como um produto do processo de adaptação que ocorre ao longo da vida através do qual atingem um ótimo funcionamento físico (incluindo a saúde), cognitivo, emocional e social. A promoção do envelhecimento ativo implica, portanto, a otimização deste funcionamento por meio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e sócio ambientais. É também de salientar que a promoção de envelhecimento ativo supõe a prevenção de doenças a incapacidade e a maximização do bem-estar e da qualidade de vida na velhice. Posto isto, no que respeita à

experiência positiva de envelhecer bem, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O termo “envelhecimento ativo” adotado pela OMS no final dos anos 90, procura transmitir uma mensagem mais abrangente e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005). Este modelo propõe-nos um planeamento que envolve todo o ciclo de vida relativamente ao envelhecimento ativo. Neste sentido, os indivíduos envelhecem de formas distintas, o que nos leva a crer que existe variabilidade intraindividual, o que faz com que as pessoas que não alcançam níveis de desenvolvimento pessoal e capacidade funcional com a idade ficam incapacitadas em muitos aspetos da vida. No entanto, aquelas pessoas que alcançam um nível elevado de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, normalmente mantêm um nível elevado de funcionamento, independência e bem-estar.

A investigação sobre envelhecimento bem-sucedido permite-nos, atualmente, compreender melhor os caminhos para alcançar um envelhecimento bem-sucedido e garantir que os profissionais no domínio desenhem e implementem intervenções baseadas na evidência para promover o envelhecimento bem-sucedido (Fernández-Ballesteros, 2009).

4. Prática Gerontológica

A Gerontologia Social é uma ciência que utiliza vários métodos para investigar, avaliar e intervir junto de populações específicas (Bastos; Faria; Amorim & Carvalho, 2013).

Na investigação parte-se dos conhecimentos existentes numa determinada área do saber para definir hipóteses ou questões de investigação e estabelecer um plano, que orienta a recolha, o tratamento e a análise dos dados. Mas a intervenção, particularmente em áreas emergentes, como é o caso da gerontologia social, levanta

muitas questões e coloca grandes desafios. De acordo com Richardson e Barusch (2006), a avaliação e a intervenção são duas das fases da Prática Gerontológica.

Tendo em conta os objetivos do presente estudo, importa situar a prática profissional do âmbito do envelhecimento. Considerando que a Gerontologia, como refere Paúl (2012), é uma nova área científica dedicada ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas, e assumindo que a Gerontologia Social foi o termo usado por Clark Tibbits em 1954 para descrever a área da Gerontologia que se ocupa das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo, como refere Neri (2008), na linha de Fernandez-Ballesteros (2004), importa neste momento situar o campo de ação dos novos profissionais no âmbito da gerontologia.

Relativamente a este assunto Naleppa e Reid (2003, p. 20), a propósito do “continuum of care”, apresentam as várias opções de serviços “to assist a person with social, financial, medical, and personal care services”, que pela relevância da informação aqui se transcreve no original: “senior centers”, “telephone reassurance”, “non medical homecare”, “nutritional services”, “personal care”, “skilled home healthcare”, “hospice”, “respite and adult daycare”, “housing and senior living arrangements”, “hospitals”, “nursing homes”. No “continuum of care” estão serviços muito diversos que são prestados por profissionais das áreas do Social e da Saúde.

No que à prática gerontológica diz respeito, Naleppa e Reid (2003) referem que vários são os profissionais que prestam serviços neste âmbito, designadamente: “social worker”, “nurse”, “case manager”, “discharge planner”, “therapist”, “home health careworker”, “physical therapist”, “occupational therapist”. De todas as profissões listadas, há uma que tem vindo a ser associada à prática gerontológica o “case manager”/“gestor de caso”.

McInnis-Dittrich (2002), a propósito de uma abordagem biopsicossocial da avaliação e intervenção com pessoas mais velhas, apresenta os “settings for Gerontological Social Work” (p. 10). Se tomarmos em consideração os profissionais que atualmente prestam serviços aos mais velhos, claramente estamos no campo da Saúde e do Social. No entanto, esta é apenas uma parte da história, na medida em que face aos custos dos serviços, não é viável um sistema de serviços profissionalizados sem sistemas informais de suporte/“informal support systems”, o que segundo

Naleppa e Reid (2003), inclui aspetos tais como: “families and caregiving, caregiving and institutionalization, friends, neighbors, community groups”. Perante esta situação, estamos claramente nas duas linhas de exercício da Gerontologia como referem Sowers e Rowe (2007): (1) cuidados de base comunitária (“community based care”) e (2) suporte filial (“filial support”).

No que diz respeito à prática profissional em Gerontologia Social, Richardson e Barusch (2006), no seu livro *Gerontological Practice*, apresentam várias fases da prática gerontológica integrada: (1) fase da escuta; (2) fase da avaliação; e (3) fase da intervenção.

Segundo os autores a fase da escuta é um aspeto importante da prática gerontológica integrada na medida em que as pessoas idosas precisam de falar acerca dos seus problemas e os profissionais da gerontologia precisam de criar confiança na relação com as pessoas mais velhas mediante a comunicação verbal e não-verbal adequada. Para tal, os autores recomendam que estes profissionais partilhem as suas histórias e experiências com as pessoas mais velhas. A distância, a objetividade e neutralidade são muitas vezes desnecessárias e anti terapêuticas na Prática Gerontológica. Ao estabelecerem confiança com as pessoas mais velhas, estes profissionais podem conseguir que as mesmas verbalizem os seus sentimentos mais facilmente. Nesta fase, os Gerontólogos Sociais também podem ajudar os mais velhos a encontrar significado ou sentido para as suas vidas, o que na opinião dos autores, se revela importante na vida adulta. Na linha de pensamento de Richardson e Barusch (2006), as pessoas mais velhas que encontram sentido para as suas vidas, lidam melhor com o envelhecimento. Quando perdem alguém que é próximo, conseguem encontrar mais facilmente força para superar a perda através do significado que dão às suas vidas. Os Gerontólogos Sociais devem facilitar o desenvolvimento de significado, integridade e sabedoria, incentivando os idosos a reverem os seus sentimentos, pensamentos e a compartilharem as suas experiências através de palavras. Estes profissionais também devem ajudar as pessoas mais velhas a identificarem os fatores que causam stress nas suas vidas. A este respeito é de salientar que alguns modelos de envelhecimento bem-sucedido, como é o caso de Eve Kahana e colaboradores (2005, 2012), acentuam a importância do stress no envelhecimento colocando em destaque a adaptação proactiva. Relativamente a este último aspeto, os autores atribuem o termo

life stressors aos fatores que se encontram relacionados com as transições de vida difíceis, aos acontecimentos de vida traumáticos, ambientes sociais e físicos dolorosos e processos interpessoais disfuncionais. Para compreenderem quais os fatores que causam stress, os Gerontólogos Sociais devem realizar uma avaliação do contexto social e a análise de interações com os membros da família, amigos, grupos e instituições. Richardson e Barusch (2006) enunciam algumas técnicas específicas para encorajar as pessoas mais velhas a partilharem e a refletirem sobre os seus sentimentos. Em primeiro lugar, durante a fase de avaliação, os Gerontólogos Sociais devem demonstrar que escutam a pessoa idosa. Existem várias formas de o demonstrar, nomeadamente, através da postura corporal, expressões faciais, tom de voz, gesticulação da cabeça e contacto visual. Estes comportamentos ajudam a estabelecer confiança com as pessoas idosas porque transmitem envolvimento, preocupação e compaixão. Além de expressar comportamentos não-verbais adequados, os profissionais da Gerontologia Social devem estabelecer empatia com o idoso. Em segundo lugar, devem expressar sensibilidade e empatia cultural com os mais velhos.

Na fase de avaliação os autores supracitados defendem que os profissionais incorporem perspetivas biopsicossociais e multidisciplinares acerca do envelhecimento. Para tal, existem manuais práticos (modelo A,B,C,D,E,F de Richardson & Barusch, 2006) que poderão constituir uma ferramenta indispensável na avaliação. A letra (A) refere-se às ações ou comportamentos. Os profissionais devem avaliar como os indivíduos ocupam o seu tempo, se participam em atividades significativas e se alimentam e dormem bem. De uma forma geral, devem avaliar as atividades da vida diária (AVD), bem como, as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). A letra (B) refere-se aos fatores biológicos e de saúde. Inclui informação acerca da saúde dos indivíduos. A letra (C) diz respeito ao funcionamento cognitivo. Normalmente, neste tipo de avaliação são incluídas perguntas sobre a memória e orientação. Aqui pode-se realizar um mini-exame para avaliar as funções cognitivas (ex: MMSE). Seguidamente, a letra (D) refere-se aos dados demográficos do indivíduo, nomeadamente: recursos económicos, situação profissional e estado civil. Os recursos ambientais/sociais (E) revelam informação acerca das redes de apoio do indivíduo, incluindo relações com a

família, amigos e vizinhos. Por último, a letra (F) encontra-se relacionada com os sentimentos do indivíduo.

Ainda nesta fase, os profissionais podem utilizar ainda diferentes instrumentos de avaliação multidimensional com as pessoas idosas. Referem, entre outros, o Older Americans resources and Service (OARS; Fillenbaum & Smyer, 1981), medida que foi traduzida e adaptada para Portugal por Rodrigues (2008).

Segundo Geron (1997, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006), um bom instrumento de avaliação é sensível às diferenças culturais, linguísticas e outras formas de expressão. De acordo com Yee (1997, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006) “a cultura afeta a forma como os indivíduos encaram a doença e a incapacidade, como procuram ajuda e percebem os mecanismos de avaliação e aquisição de serviços, e como eles atribuem significado a interações com representantes de um sistema de serviço” (p.26).

No que diz respeito ao grau de diretividade do processo, Richardson e Barusch (2006) afirmam que a avaliação da situação dos idosos, nomeadamente a gravidade/severidade da situação, a natureza dos seus problemas, os recursos pessoais e sociais, contexto cultural e eficácia de intervenções específicas afetam a intervenção que os profissionais utilizam com os idosos: colaborativa, centrada no cliente, ou dirigida pelo profissional.

Relativamente à fase de intervenção, Richardson e Barusch (2006) consideram que os profissionais intervêm a múltiplos níveis e usam várias estratégias de intervenção. Os autores defendem que estes profissionais podem usar manuais práticos de avaliação para organizar a intervenção e assegurar uma abordagem integrada. Em termos de atuação, os autores recomendam uma intervenção do tipo colaborativa, muito embora haja circunstâncias em que o nível de diretividade possa variar.

Simon (1994) recomenda que os Gerontólogos Sociais implementem uma intervenção colaborativa. Rowles e Reinharz (1988, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006) referem-se a essa prática como o diálogo cooperativo conseguido quando os profissionais evitam relações autoritárias ou dominantes com os idosos. A este propósito, Germain e Gitterman (1996, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006) consideram que, enquanto os Gerontólogos Sociais partilham as suas

experiências e histórias de vida, uma intervenção colaborativa, não hierárquica, é consistente como uma orientação capacitada que se esforça para apoiar a participação do idoso no processo de ajuda. Quando os idosos têm recursos estáveis, os Gerontólogos Sociais podem reforçar os seus sistemas de apoio no sentido de ajudar na resolução dos seus problemas – capacidade de resolução.

Na abordagem colaborativa é necessário um trabalho mútuo com os idosos para identificar problemas, avaliar possíveis soluções e implementar mudanças. Os Gerontólogos Sociais devem intervir rapidamente quando os idosos têm problemas graves e se sentem incapazes de resolver esses problemas (Richardson & Barusch, 2006).

A abordagem centrada no cliente, geralmente é recomendada quando os idosos possuem bons recursos pessoais e a comunidade apoia na resolução dos problemas (Richardson & Barusch, 2006). Alguns idosos preferem tomar as suas próprias decisões e iniciar uma intervenção, enquanto o Gerontólogo Social oferece apoio e encoraja a pessoa. Este profissional facilita ao escutar o idoso, colocando questões que ajudam a clarificar os sentimentos, pensamentos, dificuldades e a decidir acerca do tipo de intervenção a seguir. Os Gerontólogos Sociais que utilizam uma abordagem centrada no cliente utilizam uma escuta reflexiva e empática e colocam questões que incentivam os idosos a partilharem sentimentos e a identificarem soluções.

Relativamente à abordagem dirigida pelo profissional, Gilliland e James (1988, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006), acreditam que os Gerontólogos Sociais devem utilizar uma abordagem dirigida pelo profissional com os idosos que: (1) necessitam de hospitalização imediata devido ao uso de produtos químicos ou disfunção orgânica; (2) sofrem de depressão grave; (3) estão a passar por um episódio psicótico grave; (4) estão a passar por uma fase de perda; (5) apresentam elevada ansiedade; (6) encontram-se fora do contacto com a realidade ou (7) são um perigo para os próprios ou para os outros.

Richardson e Barusch (2006), defendem que os Gerontólogos Sociais embora possam seleccionar a estratégia/abordagem de intervenção mais adequada para um determinado indivíduo, necessitam de saber quais as mudanças normais, ou não, com a idade e saber quando e como intervir para ajudar. Dito de outro modo, o profissional precisa de ser capaz de discriminar quando estamos perante o envelhecimento

normal, patológico ou ótimo. Além disso, Dannefer (1988, conforme citado em Richardson & Baruch, 2006), defende que os Gerontólogos Sociais necessitam de respeitar as várias formas de envelhecer, pois à medida que as pessoas envelhecem vão-se tornando cada vez mais diferentes entre si em termos de saúde, capacidades intelectuais, funcionamento psicológico e estilo de vida.

Assim, para Germain e Gitterman (1996, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006), os Gerontólogos Sociais devem familiarizar-se com as necessidades e preocupações das pessoas idosas, de forma a conseguir a melhor estratégia de intervenção face a um problema particular.

Para Lopez (2009), avaliar e intervir, parecem constituir dois elementos-chave para a Prática Gerontológica. Todavia, decidir sobre qual a técnica ou instrumento de avaliação a utilizar pode, em certa medida, depender dos objetivos e das próprias características da população-alvo.

Posto isto, importa numa breve abordagem focar a atenção sobre o processo de planeamento e avaliação de programas ou serviços gerontológicos, assim como a sua importância para a Gerontologia Social. Fernández-Ballesteros, Merita e Hernández (2009) consideram que qualquer intervenção social em Gerontologia Social realiza-se de acordo com um complexo ciclo de intervenção. Em primeiro lugar deve ter-se em conta as necessidades da população, os objetivos que se pretende atingir e realizar uma pré-avaliação do problema. Após estes procedimentos, o programa deve ser desenhado e implementado. Por último, é necessário avaliar os resultados e decidir quanto ao futuro do programa, meio ou ação implementado. Face ao exposto, é de salientar que o planeamento e avaliação de programas constituem um recurso metodológico para a maioria das intervenções sociais.

O uso dos resultados da investigação para a tomada de decisão é outro aspeto a considerar na Prática Profissional. A prática baseada na evidência constitui-se como o uso consciente, explícito e criterioso, da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão de um profissional (Sackett, Strauss & Richardson, 1997). Na Gerontologia Social, e tratando-se de um novo campo de prática, estes princípios que originariamente estão ligados à medicina, poderão ser úteis para a tomada de decisão. Igualmente, Proctor e Rosen (2004), colocam em evidência a necessidade dos profissionais identificarem, explicarem e fornecerem um argumento válido para a sua

tomada de decisão. No entender dos autores, na prática baseada na evidência, estas decisões baseiam-se, tanto quanto possível, na melhor e mais apropriada evidência/prova da investigação científica. Todavia, embora a literatura das Ciências Sociais e do Comportamento articule as vantagens e a necessidade de se aplicar a investigação científica à prática profissional, isso não significa que os estudantes e os profissionais do Social adotem na prática essa recomendação.

É evidente que uma prática profissional baseada na evidência exige dispor de instrumentos de medida válidos e fiáveis, não apenas para avaliar os domínios/dimensões do envelhecimento, mas também para avaliar as capacidades e/ou recursos dos profissionais do domínio. Daí a necessidade de avaliar de modo adequado, por exemplo, as crenças relacionadas com a importância da investigação científica na prática profissional no domínio do social. No entanto, neste momento, em Portugal não estão disponíveis instrumentos de medida que permitam avaliar a eficácia da Educação/Formação e da Prática em termos da relevância do conhecimento científico. Como refere Gregory (2010), o uso da investigação na prática profissional está bem documentada na literatura. As vantagens do uso da investigação para orientar a prática profissional no Social incluem a seleção de intervenções que tenham probabilidade de produzir resultados favoráveis, aumentar a eficácia da intervenção e a competência na gestão dos cuidados, face ao tempo e dinheiro despendidos.

5. Prática Gerontológica em contexto específico de centro de dia

Relativamente à prática gerontológica, Richardson e Barusch (2006) consideram que, embora a nomenclatura varie, genericamente a prática gerontológica ocorre num processo faseado: escuta, avaliação e intervenção. Em termos genéricos, como analisado previamente, a fase inicial de escuta é entendida pelos profissionais como sendo da ordem da construção de uma relação de confiança entre profissional e cliente. Por seu turno, a fase da avaliação engloba o uso do guia prático, que se baseia numa perspetiva multidisciplinar e biopsicossocial. Finalmente, a fase da intervenção incorpora aspetos micro e macro, conjuntamente com intervenções básicas e especializadas. No entanto, a este faseamento é necessário acrescentar outros

parâmetros, de modo a tornar este campo de prática mais robusto face à complexidade e multiplicidade dos problemas das pessoas idosas.

Um dos aspetos relevantes relativamente da prática profissional prende-se com a diversidade de termos usados para fazer referência aos profissionais envolvidos, aos cenários/*settings* de atuação ou ainda aos serviços prestados.

O envelhecimento demográfico é um processo que atinge Portugal, mas também a maior parte dos países da Europa. Vivendo as pessoas cada vez mais tempo, as suas capacidades vão ficando naturalmente mais limitadas, necessitando de maior apoio para assegurar o bem-estar individual e coletivo. Em Portugal surgem várias respostas sociais, sendo que de acordo com a Carta Social (2014) existem sete tipologias de respostas sociais de apoio à pessoa idosa, sendo elas: centro de dia, serviço de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de noite, acolhimento familiar para pessoas idosas, residência e estrutura residencial para idosos. No entanto as mais comuns são: estrutura residencial para idosos, serviço de apoio domiciliário, e o centro de dia.

Em grande parte dos casos, os idosos mostram bastante resistência em deixar definitivamente a sua casa e a sua família. Deste modo o centro de dia apresenta-se como uma resposta intermédia entre o permanecer em casa e a institucionalização permanente.

Dada a sua longa existência, a resposta social de centro de dia tem vindo a evoluir, adaptando-se às realidades, particularmente no que se refere à sua conceção e aos serviços prestados, constituindo, assim, em muitos casos um polo dinamizador e ponto de partida para a prestação e desenvolvimento de atividades na comunidade.

O Centro de dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio familiar (Bonfim *et al.*, 1996).

Com o intuito de planear e organizar toda a intervenção em contexto de Centro de dia, foram estabelecidos pela Direção Geral de Ação Social (1996) os seguintes objetivos:

- a) Prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas;
- b) Prestação de apoio psicossocial;
- c) Fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento (Bonfim *et al.*, 1996).

O Instituto da Segurança Social (2012) define a resposta social centro de dia como um estabelecimento que funciona durante o dia e que presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas no seu meio social e família e visam acolher idosos a partir dos 65 anos, exceto alguns casos que mereçam uma maior prioridade, que necessitam da intervenção dos serviços que estes prestam. Como nos refere Teixeira (2008), os centros de dia apareceram para colmatar uma dicotomia existente nos serviços de apoio, que, por um lado se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro lado, nos cuidados residenciais. Os centros de dia podem ter um trabalho considerado complexo, na medida em que têm de trabalhar ao mesmo tempo as questões individuais e as questões de grupo para que haja uma maior dinâmica e aprendizagens entre idosos, para que consigam resolver problemas e situações fulcrais na vida de cada um, e tudo, de preferência, com a integração da família.

Ainda na perspectiva de Teixeira (2008), o principal objetivo dos Centros de Dia é oferecer aos idosos a melhoria das suas condições físicas e mentais, condições de higiene, de alimentação e de relações sociais, sem nunca os retirar do seu meio habitacional e para que possam seguir com as suas rotinas, sabendo que terão um apoio e se sentirão mais seguros, pois são espaços que se encontram abertos durante o dia e que podem evitar um internamento precoce.

Na perspectiva de Tajfel (1982), as relações presentes no Centro de dia são fulcrais e têm impacto na vida do idoso. O ser humano precisa de se relacionar com os outros, sendo muito importante a interação entre as pessoas. As relações que se estabelecem são marcadas por uma multiplicidade de formas de comunicação, que podem ser verbais, através de movimentos corporais ou até mesmo através do toque e dos cheiros, na medida em que o ser humano é atraído por uma pessoa e pelas características que a englobam, sejam estas físicas ou sensoriais. As relações num centro de dia baseiam-se na interação entre os idosos, entre a equipa técnica e entre uns e outros pois, sendo um espaço onde todos se encontram e convivem, é inevitável que se criem relações de amizade, cumplicidade ou até mesmo de conflito.

De acordo com Carvalho (2013), os centros de dia mais não são que estruturas semi-institucionalizadas e que têm como objetivo a prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar.

Se é certo que as instituições para idosos devem responder às necessidades mais básicas dos indivíduos como a alimentação, higiene e cuidados de saúde, é igualmente importante a vida e ocupação social dos mesmos, a animação é quase sempre o parente pobre das prioridades das instituições, sejam públicas ou privadas com ou sem fins lucrativos. Estas dirigem os seus recursos (humanos, materiais e financeiros) principalmente para a higiene, saúde e alimentação do idoso, e só se sobrar tempo e alguns meios se preocupam com a animação. Esta é considerada secundária e sem grande validade.” A maioria das organizações limita-se a fazer alguns passeios, duas ou três festas anuais e a comemorar o aniversário dos idosos, se tanto. No entanto, se a animação for encarada ao nível dos outros serviços pode contribuir, e muito, para o cuidado do idoso e para a melhoria da sua qualidade de vida” (Jacob, 2008, como citado em Carvalho, 2013).

De acordo com Carvalho (2013), é importante investir na investigação como ferramenta indispensável no desenvolvimento e aperfeiçoamento da resposta social, no sentido de traçar um plano gerontológico integral, de modo a favorecer-se a qualidade e promoção do bem-estar dos idosos. Contudo, cabe, também à sociedade a responsabilidade de criar espaços e equipamentos sociais, diversificados, seguros e acessíveis aos mais velhos, garantir e fomentar a participação cívica, a todos os níveis de decisão. Ainda segundo a mesma fonte, a promoção da vida social em contexto institucional, solidária e voluntária, o exercício da cidadania é uma responsabilidade coletiva e um dever e direito individual. A rede de suporte social de cada um e sobretudo a existência de relações significativas, deve corresponder a um investimento afetivo e solidário e constitui seguramente um capital decisivo ao longo da vida e também durante o envelhecimento. À semelhança do que se passa com indivíduos de outras faixas etárias, a existência de redes de suporte social são um importante elemento de bem-estar e saúde física e mental dos idosos. Conclui-se com a importância da construção de uma rede de suporte social e da existência de confidentes, ao longo do curso de vida.

Tendo em conta a realidade da intervenção em contexto de Centro de dia torna-se necessário uma pesquisa aprofundada sobre estudos realizados na área:

Um estudo realizado por Franciulli, Ricci, Lemos, Cordeiro, e Gazzola, (2007), em que o objetivo de estudo se centrou na compreensão dos efeitos da assistência

multiprofissional na capacidade funcional de idosos em Centro de dia após seis meses de acompanhamento, em que catorze idosos com idade superior a 80 anos foram avaliados na admissão e após seis meses de acompanhamento, com os seguintes instrumentos: Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire; Mini-Mental State Exam, Berg Balance Scale e Timed Upand Go Test. Observou-se diferença significativa entre a avaliação e a reavaliação com melhoria no decorrer do tempo para a capacidade funcional global e equilíbrio funcional pelas tarefas de transferências posturais. Conclui-se que a assistência multiprofissional em Centro Dia potenciou melhoria ou manutenção da capacidade funcional dos idosos, revelando ser uma alternativa promissora de serviço para o idoso.

Tendo em conta que o envelhecimento é um processo complexo e, sendo necessárias ações preventivas e de promoção que proporcionem ao idoso uma otimização da capacidade funcional e cognitiva e maior integração na sociedade. A resposta social de centro de dia torna-se numa estratégia de atenção integral ao idoso que proporciona o atendimento das necessidades básicas mantendo-o no convívio familiar com reforço da sua autonomia, bem-estar e socialização. A este respeito Pinheiro (2013) realizou um estudo sobre o impacto da intervenção em centro de dia a vários níveis: cognição, funcionalidade, medo e risco de quedas e qualidade de vida. Adicionalmente, este estudo teve como objetivos secundários: caracterizar clínica e funcionalmente os idosos; comparar o estado cognitivo, capacidade funcional, medo e risco de quedas e qualidade de vida durante os períodos sem acompanhamento e com acompanhamento da equipa multidisciplinar do centro dia, e identificar a frequência e características das quedas nesta população. No estudo participaram todos os idosos da comunidade, acompanhados pelo centro de dia. Os idosos participaram regularmente nas atividades do grupo durante um período de oito meses, foram avaliados em três momentos. A maioria dos idosos era do gênero feminino, com idade igual ou superior a 70 anos, com 1 a 3 anos de escolaridade, 92 % não utilizava dispositivo auxiliar de marcha e contava com 4 a 6 anos de acompanhamento do centro de dia. Todos os 52 idosos apresentaram cognição preservada durante os três momentos de avaliação. Os resultados do presente estudo permitiram concluir que a resposta social de centro de dia promove um impacto favorável na condição biopsicossocial, resultando na redução do risco de quedas e na manutenção da autonomia e independência.

Ainda sobre a intervenção em centro de dia, Isidoro (2013) realizou um estudo em que avaliou os determinantes da eficácia organizacional na resposta social de centro de dia, através de um modelo de avaliação da eficácia – a teoria dos *stakeholders* – que defende que as organizações são tão mais eficazes quanto melhor conseguem responder às necessidades dos grupos que lhes estão associados e que são importantes para a sua continuidade. Assim, conclui que os determinantes da eficácia variam de grupo para grupo pois os respetivos interesses em relação ao serviço são também diversos. Há, no entanto, alguns determinantes comuns a quase todos os grupos como sejam as instalações (clientes, familiares de clientes e colaboradores) ou a direção técnica (clientes, familiares e Direção). O serviço “à medida” é uma categoria que não é significativa para qualquer grupo, mas que se repete em todos eles. Para os clientes, o mais importante são os cuidadores e, sobretudo, a forma como são realizados os cuidados. São valorizados os recursos humanos (colaboradores e direção técnica) nos seus aspetos mais afetivos. As subcategorias referentes à direção técnica revestem-se, no entanto, de algum caráter técnico. Para além destas categorias, os clientes valorizam também os aspetos ligados à satisfação das suas necessidades básicas: alimentação, instalações e saúde. Os familiares dos clientes seguem um pouco esta linha, mas também valorizam áreas que têm a ver com a prevenção da doença, como as atividades de animação/ocupação que permitem estimular física, cognitiva e socialmente os seus familiares idosos. As instalações e a Direção /direção técnica são também áreas importantes para este grupo. Os colaboradores dividem os determinantes da eficácia entre aqueles que lhes dizem diretamente respeito (motivação, responsabilidade social, equipas de trabalho) e aqueles que são importantes para os clientes com os quais trabalham (alimentação, instalações e atividades de animação/ocupação). A Direção apresenta os seguintes determinantes: satisfação dos *stakeholders*, direção técnica e sustentabilidade financeira. Além destas áreas, naturais para um órgão de gestão, são também evidenciados os valores que devem nortear o trabalho desenvolvido na organização, como o espírito de missão e trabalhar com o coração. A partir dos dados recolhidos foi possível criar uma matriz com as principais categorias e subcategorias que, mediante uma escala qualitativa ou quantitativa, poderá ser submetida à avaliação dos *stakeholders*, em períodos futuros. Caso seja do interesse da instituição, cada grupo poderá, periodicamente, pronunciar-

se acerca dos determinantes da eficácia que evidenciou. Com base na informação proveniente do apuramento dos determinantes da eficácia organizacional e da sua posterior avaliação, os órgãos de gestão da organização (direção e direção técnica), dispõem de dados que lhes permitem atuar no sentido de manter ou aumentar o grau de satisfação dos clientes e demais *stakeholders*. Segundo a teoria dos *stakeholders* “os objetivos prosseguidos pela organização estão intimamente associados aos objetivos dos vários detentores de interesses” (Cunha *et al.*, 2007, como citado em Isidoro, 2013).

6. Fragilidade: propostas conceptuais e evidências científicas

6.1. Conceito e modelos de fragilidade

Com o aumento da longevidade são muitos os desafios que se colocam à sociedade, surgindo assim uma nova ciência ligada ao envelhecimento, a Gerontologia. Considerando a complexidade que caracteriza o processo de envelhecimento, e sabendo que, com o passar do tempo vão-se observando maiores diferenças individuais nas pessoas idosas, faz sentido perceber esta variabilidade baseada em indicadores que permitam fazer uma distinção/diferenciação entre o número de anos vividos e características individuais (Bergman *et al.*, 2007). Deste modo, a fragilidade integra um dos focos de atenção premente, por parte dos investigadores no domínio da Gerontologia.

O conceito de fragilidade assume uma importância crescente face ao envelhecimento populacional e à preocupação em prevenir, retardar ou reverter situações que resultem em incapacidade e perda de autonomia das pessoas mais velhas. Torna-se pertinente perceber e explicar o conceito de fragilidade associado ao processo de envelhecimento (Duarte, 2015).

De acordo com a literatura existente, os termos “fragilidade” e “idosos frágeis” têm vindo a ser foco de estudos nos últimos 30 anos, embora sejam caracterizados por definições distintas (Bergman *et al.*, 2007). As publicações referentes ao termo “idosos frágeis” estabeleceram relações entre fragilidade e incapacidade, descrevendo o conceito com expressões relacionadas com vulnerabilidade, défice físico, défice da

função cognitiva, comorbilidades e estava associado à necessidade de cuidados institucionais.

Para Hogan, Macknight e Bergman (2003) existe um vasto conjunto de definições acerca da condição de fragilidade, porém estas não devem ser encaradas como únicas e exclusivas na explicação deste constructo. Trabalhos mais recentes enfatizam a relevância deste constructo à luz de uma perspectiva multidimensional (Sourial *et al.*, 2010).

No que concerne à definição de fragilidade, este é um conceito que nasce no domínio geriátrico, onde é explicado por fatores biológicos e fisiológicos. Ainda não há consenso na definição deste fenómeno, no entanto, segundo Duarte (2015), o conceito de fragilidade, aplicado às pessoas idosas, tem emergido de forma acentuada. No âmbito do conhecimento científico atual, surgem bases conceituais distintas que contribuem para formas de avaliação diferenciadas da condição de fragilidade.

Com o objetivo de melhor perceber o conceito de fragilidade importar investigar teorias e modelos acerca deste constructo. Segundo Duarte (2015), para perceber como o paradigma da fragilidade se posiciona no estudo acerca do envelhecimento humano, tornam-se pertinente os estudos deste conceito no seio da Gerontologia, tendo em conta o enquadramento conceptual acerca dos modelos teóricos da fragilidade.

Tendo em conta a revisão de literatura realizada até ao momento, verificou-se que todas as definições conceituais e operacionais de fragilidade assentam em características fisiológicas e biomédicas. No entanto destacam-se alguns modelos por assumirem uma maior amplitude no âmbito psicossocial. Dentro destes, destacam-se os trabalhos de Gobbens e colaboradores (2010) com o *Modelo Integral de Fragilidade*, onde apresentam uma conceção mais alargada do conceito de fragilidade e fundamentam o desenvolvimento de uma definição operacional integrada do mesmo. Na definição operacional de fragilidade integram-se os seguintes componentes: força, equilíbrio, resistência, mobilidade, atividade física, nutrição, cognição e função sensorial (audição e visão). Acrescentou-se, também, componentes no domínio psicológico (sintomatologia depressiva, ansiedade e *coping*), assim como da esfera social (relações sociais e suporte social). Para além destas características este modelo tem em consideração determinantes do curso de vida, condições socioeconómicas,

nível educacional, bem como fatores sociodemográficos (idade, sexo, estado civil e etnia).

Segundo Duarte (2015), o conceito de fragilidade tem a sua gênese nas abordagens de cariz biológico, que constituem o ponto de partida para o estudo desta problemática. Estas assentam nos modelos originais das ciências biomédicas de Buchner e Wagner (1992) e num modelo mais alargado de Campbell e Buchner (1997).

A fragilidade resulta de uma perda da capacidade da pessoa em suportar as alterações fisiológicas diminuídas para além do limite homeostático. Aqueles que eram considerados como frágeis por estes critérios teriam maior probabilidade de serem hospitalizados, desenvolverem incapacidade, e morrerem mais cedo do que aqueles que não eram frágeis (Walston, 2005).

Para Walston (2005) é difícil caracterizar a fragilidade por causa da sua complexidade biológica e porque se confunde frequentemente com doença e incapacidade. Este autor orientou a sua investigação, no sentido de perceber como o conceito de fragilidade se caracterizava em termos de fraqueza muscular, velocidade de locomoção, fadiga, perda de peso e níveis baixos de atividade. Pressupostos estes que deram origem ao fenótipo de fragilidade. Resultados de estudos desenvolvidos por Walston (2005) demonstram fortes relações entre a fragilidade e alterações em marcadores biológicos específicos. Estes estudos ajudam a caracterizar melhor os sistemas fisiológicos e moleculares múltiplos que poderão estar envolvidos no desenvolvimento da fragilidade.

Neste sentido, o conceito de pessoa idosa frágil está associado a indicadores de ordem biológica e fisiológica que são claramente influenciados por processos inflamatórios e marcadores biológicos específicos. Para se perceber como cada um deles está relacionado com a fragilidade, analisaremos a seguir os principais aspetos.

No que se refere à relação entre inflamação e fragilidade, embora os estudos acerca desta associação assumam um cariz transversal, têm ajudado a alicerçar a noção de que a inflamação pode ser uma das características que faz despoletar a condição de fragilidade. Desta forma, parecem demonstrar que as células específicas do sistema imunológico poderão ter um papel importante na alteração inflamatória. Adicionalmente, estes dados servem como prova preliminar de que os componentes específicos das vias inflamatórias, células do sistema imunológico e elementos

desencadeadores da inflamação poderão ser importantes no desenvolvimento da fragilidade (Chen, Mao & Leng, 2013).

Outra das hipóteses que também influencia a fragilidade prende-se com o funcionamento hormonal (marcadores endócrinos). De acordo com Walston (2005), as causas da fragilidade prendem-se com fatores primários (mudanças moleculares relacionadas com a idade) e fatores secundários (aparecimento de patologia). As hormonas estão relacionadas com a manutenção da massa muscular esquelética, que podem estar diminuídas em idosos frágeis (Cappola *et al*, 2001, como citado em Duarte, 2015). Em suma, parece notório que existe um conjunto de fatores biológicos que interfere na condição de fragilidade. Contudo, já na génese do constructo de fragilidade, vários autores ressaltaram a necessidade de acrescentarem outros indicadores à fragilidade, incluindo cognitivos.

Para Walston (2005), os sistemas fisiológicos e moleculares interativos têm um papel no desenvolvimento e propagação da fragilidade e, no entendimento do autor, será necessário aceder a modelos bioestatísticos melhorados e desenvolverem-se estudos de cariz longitudinal.

Destaca-se que estas abordagens biológicas e fisiológicas da fragilidade têm um impacto crucial nas investigações acerca da fragilidade. Por exemplo, o estudo de Lipsitz (2002) fundamenta a posição de que a fragilidade está associada à perda da complexidade da manutenção do organismo, face a respostas de não adaptação a agentes considerados stressores.

De acordo com Bortz (2002), a condição de fragilidade está relacionada com a consequência de um conjunto de alterações fisiológicas, em vários sistemas, que fazem espoletar várias modificações, nomeadamente ao nível do equilíbrio, redução da força muscular, mobilidade diminuída e declínio da resistência. Morley, Mitchell & Miller (2002) abrem um pouco o conceito e consideram que a fisiopatologia da fragilidade pode ser agravada por aspetos de índole social. Esta leitura deu espaço ao surgimento de outros tipos de modelos descritivos e/ou explicativos da fragilidade, os modelos dinâmicos da fragilidade.

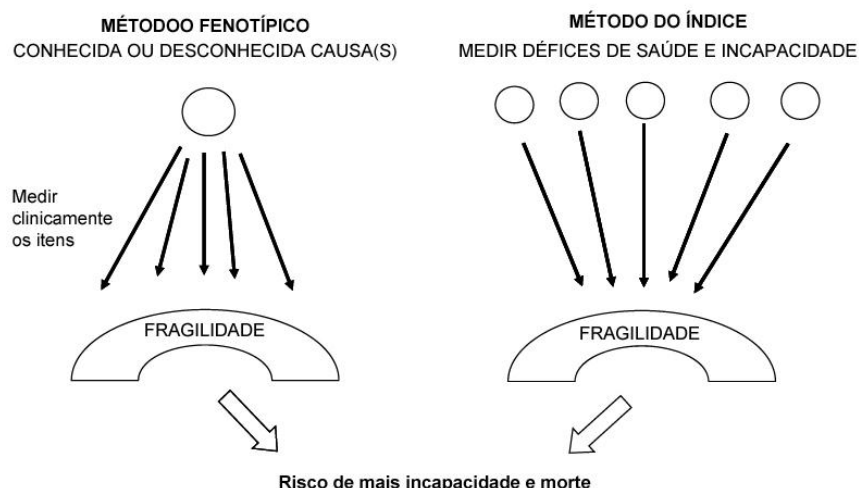
Assim, o conceito de fragilidade evoluiu para explicações concetuais mais dinâmicas e interativas, considerando determinados fatores que contribuem para a fragilidade com base nos contributos biológicos e fisiológicos da fragilidade.

Assim, este conceito torna-se permeável a uma conjectura mais ampla onde se contempla vários domínios relacionados com o envelhecimento, tais como: fatores nutricionais, psicológicos, cognitivos e sociais (Levers, Estabrooks & Ross Kerr, 2006). Esta condição deve ser estudada à luz do processo de envelhecimento, mas deve ser diferenciada de incapacidade (Strandberg, Pitkälä & Tilvis, 2011) e da própria idade cronológica da pessoa.

De acordo com Santos-Eggimann e colaboradores (2009), a condição de fragilidade pode ser observada em pessoas com menos de 65 anos de idade. É nos últimos anos que surgem as duas abordagens conceituais principais que contribuíram para o painel teórico de referência acerca desta problemática. De acordo com Strandberg e colaboradores (2011) estes modelos foram cruciais para se operacionalizar o conceito de fragilidade.

O método fenotípico é baseado em critérios muito específicos definido por Fried e colaboradores (2001), assenta em estudos fisiológicos de fragilidades, e sustenta que o estado da pessoa idosa frágil é caracterizado pela presença de sintomas e sinais específicos que, em conjunto, formam uma síndrome geriátrica. Em contraste com o método índice, o fenotípico pode excluir a presença de doença e pelo menos incapacidade, e a identificação de fragilidade fenotípica pode ser então usada para prevenir estas consequências. Paralelamente, o método índice quantitativo, especialmente promovido por Rockwood e colaboradores (1994), é baseado num número cumulativo de défices de saúde que podem ser sintomas e sinais, doenças e incapacidades. A partir deles, um índice de fragilidade é calculado.

Estas abordagens caracterizam-se por explicarem o conceito de fragilidade de forma dinâmica e interativa (Abellan Van Kan *et al.*, 2008; Pel-Littel *et al.*, 2009). De acordo com Strandberg e colaboradores (2011), a diferença conceptual entre os métodos de classificação fenotípica e de índice de fragilidade para definir a condição de pessoa idosa frágil são ilustrados no Esquema 1.



Esquema 1 - Diferenças entre fenótipo de fragilidade e o índice de fragilidade.

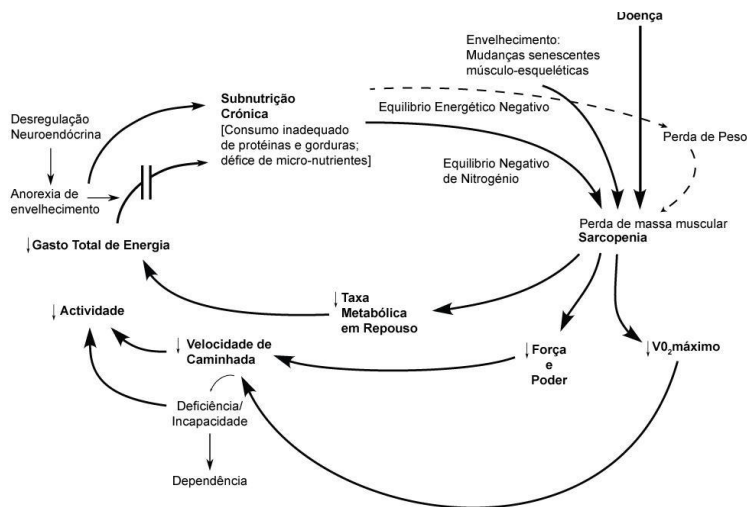
Fonte: Strandberg (2011, p. 346)

De seguida, aborda-se de forma aprofundada estas conceções teóricas, faz-se uma revisão dos trabalhos empíricos publicados, em que se baseiam estas abordagens e identificam-se outras correntes que surgem num registo crítico em relação às apresentadas. Por fim, faz-se uma análise dos contributos e controvérsias acerca do conceito de fragilidade, de forma a sintetizar algumas ideias-chave.

A essência do fenótipo de fragilidade reside na proposta do ciclo de fragilidade, desenvolvida a partir dos trabalhos de Walston, referidos anteriormente. Assim sendo, os estudos de Fried (1994) e Walston e Fried (1999) que definem o ciclo de fragilidade assumem que alguns fatores de cariz biológico fazem despoletar alterações fisiológicas experienciadas pelas pessoas mais velhas.

Com base nos resultados do estudo realizado, Fried e colaboradores (2001) desenvolveram a noção de ciclo de fragilidade (Esquema 2) e fundamentaram o “*Fenótipo de Fragilidade*” através da presença de três ou mais dos seguintes indicadores: 1) **Perda de Peso**, perda de peso não intencional no último ano igual ou superior a 5% do peso corporal (por medição direta do peso); 2) **Fraqueza**, diminuição da força (medida com o dinamómetro); 3) **Exaustão**, auto relato de fadiga, identificado por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); 4) **Lentidão**, medida pela velocidade da marcha, indicada em segundos (distância de 4,6m); 5) **Baixo nível de atividade**, resultado calculado de quilocalorias (kcal) gastas

por semana e medido em função do auto relato das atividades e exercício físico realizados.



Esquema 2 - Ciclo de Fragilidade-Fenótipo de Fragilidade

Fonte: Fried e colaboradores (2001, p. 147)

Desta forma, os autores definiram três níveis de fragilidade: (1) Nível 1, quando o sujeito apresenta três (ou mais) dos critérios apontados é considerado “frágil”; (2) Nível 2, quando apresenta um ou dois destes indicadores considera-se no estágio “pré-frágil”; e (3) Nível 3, os que não apresentam nenhum comprometimento a este nível são considerados “robustos” (não frágeis). Fried, Ferrucci, Darer, Williamson e Anderson (2004), referem que fragilidade é definida como um ciclo, que se caracteriza por um processo de declínio energético, incluindo perda de músculo, massa corporal, taxa metabólica, declínio de força e gasto de energia.

Finalmente, fornece evidência de que a fragilidade não é sinónimo de comorbilidade ou de incapacidade, mas que comorbilidade é um fator de risco etiológico para a incapacidade e a incapacidade pode resultar na condição de pessoa idosa frágil (Fried, 2001). Esta concetualização fornece uma base potencial para uma avaliação daqueles que são frágeis ou estão em risco de o serem, e cria bases para futuras investigações ao nível da intervenção junto da pessoa idosa frágil.

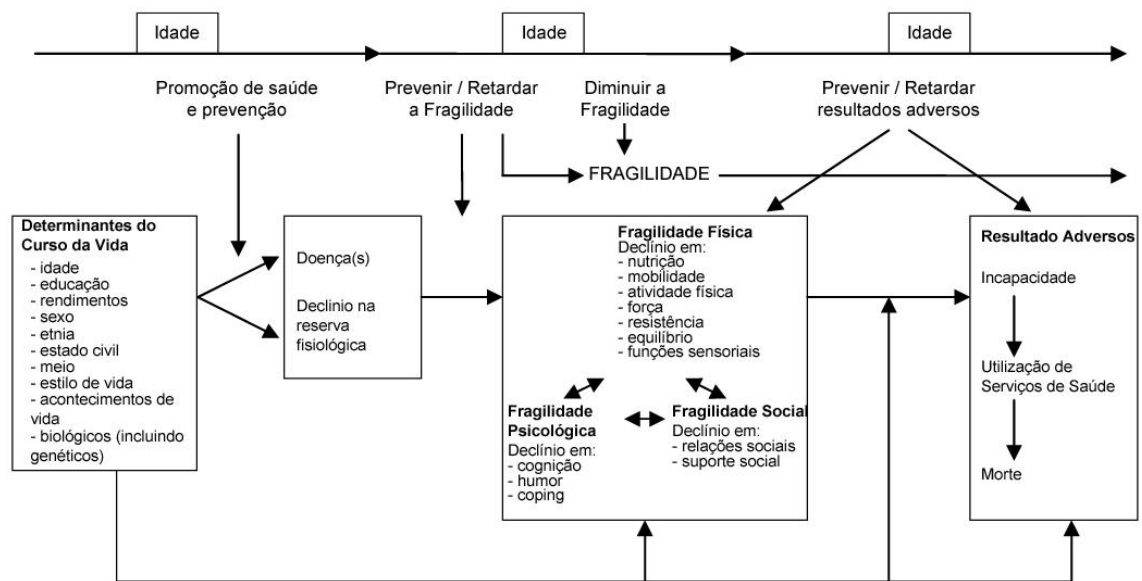
O modelo dinâmico de fragilidade de Rockwood, (1994), resulta num equilíbrio entre componentes biomédicos e psicossociais. Para os mentores deste modelo, a extensão desta definição de fragilidade é apoiada pela validade do conteúdo do

modelo. Desta forma, a validade dos critérios é estabelecida se o modelo puder prever resultados pertinentes e não arbitrários ao nível de quatro domínios fundamentais: (1) mortalidade, (2) uso de serviços médicos, (3) uso de serviços de cuidados a longo prazo no domicílio, ou (4) em instituições (Rockwood *et al.*, 1994). Assim são alicerces deste modelo dinâmico os parâmetros apresentados a seguir.

Capacidade funcional. A mobilidade restrita interfere muito para além das atividades de vida diária. As pessoas idosas que exercitam regularmente alguma mobilidade têm uma menor probabilidade de perder a independência funcional ao longo do período de dois anos.

Autoavaliação de saúde. Uma pior autoavaliação de saúde está relacionada com a institucionalização e estadias no hospital prolongadas, por outro lado, uma saúde avaliada de forma positiva parece ser um recurso até mesmo quando as atividades de vida diária (AVD) estão comprometidas.

De acordo com a investigação no domínio, todas as definições concetuais e operacionais de fragilidade assentam em características fisiológicas e biomédicas. Alguns dos modelos assumem uma maior amplitude e consideram outro tipo de fatores, como do foro psicossocial. Os trabalhos de Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee e Schols (2010), visam desenvolver uma visão mais alargada do conceito de fragilidade, nunca adotada, e que assenta no desenvolvimento de uma definição operacional integrada do conceito, que é o cerne do Modelo Integral de Fragilidade, representado no Esquema 3.



Esquema 3 – Modelo Integral de Fragilidade

Fonte: Gobens (2011, p.3)

Os percursos desta abordagem sustentam que a fragilidade deve englobar três grandes domínios: físico, psicológico e social.

De acordo com estudos realizados (Gobbens, Van Assen, Luijckx & schols, 2012) parece plausível que a fragilidade física seja um melhor preditor de morte prematura do que a fragilidade psicológica e social; afinal a fragilidade física está parcialmente relacionada com as principais causas de morte, tais como doença crónica. A seguir à admissão numa instituição de prestação de cuidados, parece de forma semelhante plausível que a fragilidade social desempenhe um papel importante. Se alguém perder o seu parceiro ou a rede social alargada, a admissão numa instituição de prestação de cuidados tornar-se-á mais provável de forma a harmonizar a perda de funcionamento independente, fundamentam os autores. Assim, estes assumem que a influência dos diferentes domínios de fragilidade na morte e/ou admissão a uma instituição de prestação de cuidados não é uniforme. Adiar o início da fragilidade física não é um ideal inatingível para os idosos (Gobbens *et al.*, 2012).

Nos últimos anos a atenção à fragilidade psicológica tem vindo a crescer. De acordo com Beekman e colaboradores (1997, 1998 como citado por Duarte, 2015), vários estudos mostraram que o envelhecimento é frequentemente acompanhado de um aumento de queixas psicológicas e incapacidades cognitivas. Muitas pessoas idosas

têm sintomas de depressão e ansiedade que limitam bastante o seu funcionamento diário.

Muitos idosos estão sozinhos ou sentem que estão a perder o controlo das suas vidas (Jonker, Comijs, Knipscheer & Deeg, 2009). Virtualmente todos os idosos são também confrontados com um declínio das suas capacidades cognitivas. A sua memória torna-se menos confiável, a sua rapidez de pensamento reduz e a sua capacidade para fazer várias coisas ao mesmo tempo diminui. A taxa deste declínio cognitivo varia enormemente de indivíduo para indivíduo, e está intimamente relacionada com a saúde psicológica e física. As pessoas idosas que estão deprimidas, por exemplo, frequentemente têm também problemas de memória ou de concentração, tal como as pessoas que sofrem de uma dor aguda ou de fadiga extrema. As incapacidades cognitivas podem ter um efeito adverso no funcionamento diário e nem sempre são o resultado de demência (Comijs, Dik, Deeg & Jonker, 2004). Estudos de fragilidade que também observaram fatores psicológicos como estes sugerem que o domínio psicológico desempenha um papel importante no conceito de fragilidade (Puts Shekary, Widdershoven, Heldens, Lips, & Deeg, 2007; Levers et al., 2006; Gobbens *et al.*, 2010).

À medida que as pessoas envelhecem a hipótese de desenvolverem doenças crónicas e incapacidades funcionais aumentam. Para manter uma boa qualidade de vida e bem-estar mental à medida que envelhecem, as pessoas têm de ter uma forma de compensar as capacidades perdidas (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1997).

Algumas pessoas têm a capacidade de o fazer, mas as pessoas que não se adaptam tão bem e, por conseguinte, falham em manter o seu bem-estar psicológico quando a sua saúde física declina, vêem as suas incapacidades funcionais aumentarem e a sua rede social diminuir.

Nesta abordagem, o grau de adaptação depende em grande parte de fatores psicológicos, especialmente características de personalidade, tais como extroversão e estratégias de *coping* ajustadas.

As pessoas que sempre tiveram pouco controlo sobre as suas vidas ou que foram muito dependentes dos outros serão menos capazes de se adaptar a novas circunstâncias mais tarde na vida. Como resultado, estes idosos estão em maior risco de desenvolver queixas psicológicas. Reciprocamente, as pessoas com um grande

número de queixas psicológicas, tais como depressão, estão em maior risco de desenvolver doenças físicas entre outras, devido a um pobre autocuidado, subnutrição, mobilidade reduzida e isolamento social. Com base nestas premissas, os autores defendem a ideia de que parece existir uma interação forte entre a fragilidade social, psicológica e física.

Para Gobbens, Van, Luijkx e shols (2011), uma forma de melhorar a qualidade de vida dos idosos frágeis e prevenir ou atrasar resultados adversos de saúde tais como incapacidades severas, admissão numa unidade de prestação de cuidados ou a morte, é dar atenção aos fatores psicológicos que influenciam a fragilidade. Isto porque se algumas doenças não podem ser prevenidas ou curáveis, as condições psicológicas como a depressão, ansiedade ou solidão podem influenciar o bem-estar da pessoa. Intervir nestes problemas colaterais, recorrendo a métodos testados empiricamente pode melhorar consideravelmente a qualidade de vida dos idosos frágeis.

Para os autores do Modelo Integral de Fragilidade, a fragilidade social aparenta ser um tipo diferente da fragilidade física e psicológica. Afinal, não se refere às capacidades do indivíduo, mas à relação entre o indivíduo e o seu contexto social. A fragilidade social refere-se a défices nas relações sociais: a falta de um parceiro ou confidente, falta de apoio, reduzida participação em redes sociais tais como família, vizinhança e organizações, potencialmente resultantes em níveis elevados de solidão. Defendem que alguém é socialmente frágil se tem poucas pessoas a quem pode recorrer em tempos difíceis ou se recebe pouco apoio daqueles que estão mais próximos.

A falta de um parceiro é o indicador mais forte de solidão, as pessoas que vivem sós têm redes sociais mais pequenas, participam menos em atividades sociais e recebem menos apoio dos membros da sua rede do que as pessoas com um parceiro (Gobbens *et al.*, 2011). Desta forma, as pessoas que estão sozinhas têm menos contactos ou ajuda quando precisam de lidar com situações de maior adversidade. Qualquer situação que afete a sua rede social, como por exemplo, a perda de parceiro, divórcio ou morte, pode trazer ou exacerbar a fragilidade social (Gobbens *et al.*, 2011).

Assim, a fragilidade social significa não participar em redes sociais e/ou experimentar perda de contactos e apoio. Consequentemente, a fragilidade social desempenha um papel fundamental na política governamental. Numa primeira

instância, quando proporciona a utilização de serviços ao nível social. Em segundo lugar, quando promove a participação social (fazer parte de), independentemente da incapacidade física ou mental. Em terceiro lugar, além da participação em redes sociais, prevenir a solidão deve ser um objetivo governamental (Gobbens *et al.*, 2011). Da literatura sabe-se que existe uma relação entre os fatores sociais e a saúde (George, 1996). Esta relação manifesta-se de duas formas. Primeiro, a integração social (casamento, relações familiares, amizades, comunidades, igreja, voluntariado) são fatores promotores de boa saúde (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857. Estas relações sociais fazem as pessoas sentirem-se seguras num contexto familiar e confiantes que irão receber apoio quando precisarem. A integração social previne problemas de saúde, conduz a uma recuperação mais rápida quando ocorrem problemas de saúde e prolonga a vida (George 1996; Pennix, Tilburg, Kriegsman, Boeke, Deeg, & Van, 1999; Berkman *et al.*, 2000). Por outro lado, quanto mais relações sociais a pessoa tem, menores problemas de saúde irá sofrer. Para os autores, tal sugere que o início da fragilidade social pode levar ao início ou exacerbação de problemas de saúde. Por outro lado, significa que aqueles que perdem um parceiro ou que, por algum motivo, recebem menor apoio de outros ou têm um contacto menos frequente com pessoas da sua rede, podem estar em risco de desenvolver fragilidade física ou psicológica (Gobbens *et al.*, 2011).

Da mesma forma, uma boa saúde é uma pré-condição para manter contactos sociais. Foi demonstrado que problemas de saúde conduzem a um reduzido contacto com amigos, conhecidos e outros contactos dentro de organizações, resultando em redes sociais mais pequenas (Aartsen *et al.*, 2004). As incapacidades físicas impedem a mobilidade e, por conseguinte, constituem um obstáculo à manutenção de contactos que requerem transporte ou proximidade.

Para Gobbens e colaboradores (2011), a rede social construída pela pessoa durante a vida pode ajudar a compensar a fragilidade na velhice. Por exemplo, as pessoas com uma rede grande e variada (principalmente casais, pessoas com filhos e aqueles com práticas religiosas instituídas) têm mais potenciais cuidadores do que as pessoas com uma rede pequena. Contudo, se os problemas de saúde se traduzirem em menor mobilidade, a pessoa idosa poderá comunicar menos com os membros da sua

rede, e esta poderá até desaparecer. Por exemplo, alguém que tem uma rede social extensa aos 65 anos pode ainda correr o risco de isolamento social devido a problemas de saúde. Gobbens e colaboradores (2011) assume que, se a pessoa tem uma rede social reduzida, isto pode acelerar o desenvolvimento de fragilidade física ou psicológica.

A falta de vários tipos de relacionamento está associada à fragilidade social (definida como viver sozinho e falta de apoio ou contactos). É compreensível que as pessoas que perderam o seu parceiro e que têm poucas relações sociais adicionais sintam a falta destes contactos e/ou apoio. A participação em associações alargadas (rede social, igreja, voluntariado) parece ser capaz de prevenir a fragilidade social. Para Gobbens e colaboradores (2011), as pessoas idosas com uma doença crónica tornam-se frequentemente frágeis socialmente comparativamente a idosos sem doenças, enquanto aqueles com duas ou mais doenças crónicas morrem mais frequentemente, tendo sido frágeis socialmente ou vice-versa. As pessoas com incapacidades funcionais também são socialmente frágeis e morrem mais frequentemente, quer tenham estado frágeis socialmente ou não.

Esta abordagem integra ainda como determinantes deste modelo, o contexto residencial, os acontecimentos de vida, bem como as doenças como fatores que podem conduzir à fragilidade (Gobbens *et al.*, 2011). A amplitude deste modelo expõe como um dos resultados adversos da fragilidade, o comprometimento da qualidade de vida das pessoas idosas. Geralmente, a vivência de uma condição de fragilidade leva a uma baixa qualidade de vida (Puts *et al.*, 2007). Assim sendo, o modelo serve como uma base subsequente de investigação científica sobre fragilidade. O modelo também fornece uma estrutura para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação - *Indicador de Fragilidade de Tilburg* (IFT) (Gobbens *et al.*, 2012) que pode ser utilizado para a identificação de pessoas idosas frágeis.

Ainda no seio dos modelos de índole social que se destinam a estudar o contributo de indicadores sociais para o constructo de fragilidade nos idosos, destaca-se a *Teoria da Construção Social da Fragilidade* (Kaufman, 1994, como citado em Duarte, 2015). Nesta abordagem antropológica, a fragilidade é vista como resultado social vivido pelo sujeito (Duarte, 2015), e reflete uma visão social do envelhecimento como uma batalha entre independência/dependência, onde o ambiente em que o

indivíduo está inserido, família, sistema de saúde e sociedade, assumem um papel preponderante. De acordo com esta teoria, a fragilidade surge quando existe uma capacidade diminuída de se levar a cabo as atividades sociais de vida diária, resultantes da interação da pessoa idosa com a sua rede relacional envolvente, outros idosos, prestadores de cuidados e profissionais (Duarte, 2015).

Face ao exposto, torna-se pertinente perceber que linhas e programas de intervenção têm sido implementados junto das pessoas idosas frágeis no sentido de adiar/evitar a fragilidade e/ou em condição de fragilidade.

6.2 Resultados da investigação sobre intervenção direcionada para a fragilidade em pessoas idosas:

A fragilidade é um aspeto importante devido às suas consequências complexas e generalizadas, mas é ainda escassa a evidência relativa a intervenções eficazes para retardar ou reduzir a fragilidade. Com o objetivo de perceber a realidade da intervenção junto de pessoas idosas frágeis, Lee, Lee, e Chan, (2012) realizaram uma revisão sistemática de onze estudos sobre o tema em análise. Todos os participantes dos onze estudos tinham 65 anos ou mais, e foram recrutados em clínicas comunitárias ou de cuidados primários. Oito dos estudos utilizaram critérios específicos para selecionar participantes "frágeis", embora esses critérios fossem definidos de formas distintas. Nos restantes três estudos, dois utilizaram como critério de seleção apenas a idade (> 70 anos) e um selecionou idosos frágeis e com fraturas. Todos os estudos concordaram que o declínio nas reservas fisiológicas é um componente importante da fragilidade, embora operacionalizem o conceito de forma diferente.

Em termos da avaliação da fragilidade, todos os onze estudos tinham indicadores de fragilidade especificados. Três estudos avaliaram a fragilidade com o *Modified Physical Performance Test* (Lee *et al.*, 2012), o consumo máximo de oxigénio e os valores de dependência funcional. Num estudo avaliaram a fragilidade através da força de prensão isométrica e o poder extensor da perna. Outro estudo usou a bateria de desempenho físico curto para avaliar a fragilidade. Um estudo utilizou o teste de marcha rápida, teste *stand-up* e índice de Barthel como indicador de fragilidade. Outro usou um conjunto de variáveis biomédicas, funcionais e psicológicas. Quatro estudos mediram a fragilidade de acordo com o fenótipo descrito por Fried e colaboradores.

No entanto, apenas um estudo utilizou a versão original do *Fried Frailty Criteria* (FFC). Nos outros três, dois modificaram os critérios de "baixa atividade física" medindo a atividade física com diferentes ferramentas, e o outro estudo operacionalizou o FFC com diferentes ferramentas para avaliar as cinco componentes.

Em termos da intervenção, seis estudos introduziram o exercício físico como a principal componente, sendo realizados diferentes tipos de exercícios, tais como tai-chi e exercício físico estruturado que eram acompanhados por aconselhamento via telefone. A frequência do exercício físico variou de três vezes por semana a prática diária, e a intensidade variou entre 150 minutos/semana a 270 minutos/semana. Os exercícios foram, maioritariamente, praticados em locais específicos. A duração da intervenção variou entre 15 semanas e 12 meses. Dois destes estudos recorreram ainda à terapia de reposição hormonal na fragilidade e três recorreram à intervenção multifatorial. As possíveis estratégias de intervenção incluíram o exercício físico, reabilitação física, ajuste de medicação, modificação nutricional. As intervenções foram adaptadas individualmente com base nos princípios da Avaliação Gerontológica Abrangente (CGA).

Em termos de resultados da intervenção, os seis estudos que introduziram o exercício físico como a principal componente das suas intervenções mostraram efeitos mais favoráveis sobre os resultados da fragilidade. O aconselhamento do exercício físico realizado via telefónica não foi eficaz na diminuição da percentagem de fragilidade. O Tai-Chi diminuiu o risco de quedas, mas não as outras medidas de fragilidade. Um programa de um ano com idosos obesos frágeis mostrou ganhos em todas as medidas de fragilidade (teste de desempenho físico modificado, questionário de estado funcional) nos grupos de intervenção face ao grupo de controlo. Os participantes de programas de nutrição mostraram efeitos mais positivos na fragilidade seguido dos que praticavam exercício físico e que realizavam programas de dieta sem acompanhamento. Outros dois estudos com metodologia semelhante também relataram resultados positivos em quase todos os indicadores de fragilidade. A reposição hormonal não melhorou a fragilidade. Entre os três estudos de intervenção multifatorial, um relatou melhorias favoráveis sem significância estatística, enquanto os outros dois não publicaram ainda os seus resultados. Nesta revisão de onze estudos direcionados à intervenção na fragilidade, cinco dos seis programas de

exercícios mostraram melhorias nas medidas de fragilidade. A eficácia das intervenções multidimensionais na fragilidade foi incerta, com resultados pendentes em dois estudos. A constatação de que os indicadores de fragilidade física poderiam ser melhorados pelo exercício físico foi consistente com revisões anteriores. Os resultados dos onze estudos ampliam o conhecimento atual de que o exercício também pode melhorar a função física, psicológica e social, bem como o medo de quedas. Quase todos os estudos da presente revisão focalizaram a fragilidade física, como sendo reversível com a prática de exercício. Evidências sugerem que défices em outros domínios, como humor ou cognição, também devem ser alvo de intervenção na fragilidade. A prática de exercício físico que mostrou melhorar a saúde emocional em indivíduos deprimidos, pode ser também benéfica na preservação da função cognitiva.

Através da presente revisão notou-se um crescente interesse em intervenções multidimensionais visando otimizar as funções biológicas, psicológicas e sociais de idosos frágeis. Num estudo realizado por Beswick e colaboradores (2015), as intervenções multidimensionais realizadas na comunidade ajudaram idosos a viverem independentes em casa com a prática de exercício físico e diminuição do risco de quedas.

Em síntese, percebe-se através da presente revisão que quando a fragilidade foi apresentada como resultado das intervenções, a maioria das intervenções baseadas no exercício físico apresentou efeitos positivos, enquanto a terapia de reposição hormonal não foi eficaz. Não houve dados suficientes para determinar a eficácia das intervenções multidimensionais na fragilidade.

Fairhall e colaboradores (2015) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção multidimensional sobre o desenvolvimento de fragilidade em idosos pré-frágeis. Segundo os autores, identificar e tratar as pessoas no estado pré-frágil pode ser um meio eficaz para prevenir ou atrasar a fragilidade. Para a realização do estudo os autores realizaram um estudo randomizado, com duzentos e trinta participantes considerados pré-frágeis que atenderam aos critérios do *Cardiovascular Health Study* (CHS), com idade superior a 70 anos, residentes na comunidade e sem comprometimento cognitivo grave. Os participantes foram selecionados aleatoriamente para participar no programa de intervenção multidimensional após a conclusão da avaliação de base. O grupo

experimental/intervenção recebeu uma intervenção multidimensional de 12 meses visando identificar características de fragilidade e problemas identificados durante a avaliação gerontológica. A fragilidade foi medida pelo número de critérios de fragilidade do CHS, a mobilidade foi medida com a *Short Physical Performance Battery* (resultados diretos), além disso foram também avaliados o estado de humor e o uso de serviços de saúde e da comunidade (resultados indiretos). A intervenção foi realizada por uma equipa multidisciplinar constituída por fisioterapeuta, geriatra, médico de reabilitação, nutricionista e enfermeiro, principalmente nos domicílios dos participantes, com programas adicionais de exercícios comunitários e consultas ambulatoriais (por exemplo, pedologista, psicólogo, nutricionista) sempre que indicado. A intervenção foi dirigida às características de fragilidade identificadas, nomeadamente perda de peso, exaustão, redução do nível de atividade física e/ou fraqueza. Especificamente, e tendo em conta a avaliação individual e as necessidades e características específicas de cada participante, a intervenção envolveu medidas como: (1) refeições elaboradas de acordo com critérios clínicos apropriados.; (2) consultas com psiquiatra ou psicólogo, quando os valores da GDS eram elevados; (3) atividades de envolvimento social; (4) visitas do fisioterapeuta com prescrição de um programa de exercícios em casa durante 20 a 30 minutos, até seis vezes por semana. Além disso, quando indicado, os membros da família ou cuidadores foram incentivados a ajudar no programa de exercícios; foram prescritos programas específicos de mobilidade segura aos participantes com baixos níveis de atividade, tendo os participantes sido encorajados e apoiados a aumentar a atividade física utilizando equipamentos que tinham em casa, bem como programas comunitários de atividades físicas (tais como Tai-Chi ou aulas de força e equilíbrio), instalações de exercícios comunitários (como ginásios e piscinas) e um retorno a atividades de lazer passadas tais como golf. Os participantes do grupo de controlo receberam os cuidados habituais disponíveis para os idosos residentes na comunidade, nomeadamente acompanhamento médico e serviços comunitários. Do ponto de vista da eficácia desta intervenção não se encontram ainda disponíveis/publicados os resultados, uma vez que se trata de um estudo recente (2015).

Puts e colaboradores (2016), através de uma revisão de intervenções dirigidas à prevenção ou redução dos níveis de fragilidade em idosos a viverem na comunidade,

concluíram que os resultados das intervenções dirigidas à prevenção da fragilidade, nomeadamente com vista a apoiar a melhoria do funcionamento e da qualidade de vida e a permanência em casa, são atualmente desconhecidos. Segundo estes autores uma vez que a maioria dos idosos quer permanecer em casa à medida que envelhece é importante compreender as evidências que existem, para que os profissionais e decisores políticos sejam capazes de garantir recursos para prevenir e reduzir o nível de fragilidade. A este respeito Cameron e colaboradores (2015) referem que os estudos de intervenção no âmbito da fragilidade revistos não conseguiram apoiar a melhoria do funcionamento e da qualidade de vida, pois as intervenções não foram adaptadas às necessidades específicas avaliadas.

Como referido anteriormente, a fragilidade é uma síndrome complexa e reconhecida, que afeta predominantemente os idosos. Trabalhos de investigação mais recentes enfatizam a importância deste constructo à luz de uma perspectiva multidimensional (Sourial *et al.*, 2010, como citado em Duarte, 2015). Ainda não há consenso acerca da definição de fragilidade nas pessoas idosas. No âmbito do conhecimento científico atual, surgem bases conceituais distintas que levam a formas de monitorizar a própria condição de fragilidade, também de forma diferente. Neste sentido Cameron e colaboradores (2015) desenvolvem uma revisão de estudos sobre as intervenções baseadas na comunidade visando a fragilidade. Resumidamente, no estudo avaliou-se o efeito de uma intervenção multidimensional, individualmente adaptada, de 12 meses. A intervenção reduziu a fragilidade fenotípica definida e melhorou a mobilidade. Além disso, afirma-se que existem evidências de necessidades substancialmente não satisfeitas devido à fragmentação da intervenção e à ausência de uma abordagem abrangente para a população idosa.

Uma revisão sistemática realizada recentemente por Cameron e colaboradores (2015) constatou que as intervenções multidimensionais baseadas na comunidade reduzem os internamentos hospitalares na população frágil. No entanto, na presente revisão verificou-se que as intervenções específicas visando a atividade física têm demonstrado melhorar a função física e a intervenção com suplementos nutricionais mais exercício melhorou a resistência física. As intervenções farmacológicas produziram resultados inconsistentes.

CAPÍTULO II – MÉTODO

Neste capítulo dedicado ao método são apresentadas as opções metodológicas que estão na base do presente estudo. Retoma-se aqui os objetivos do estudo: (1) caracterizar em termos multidimensionais os clientes de um centro de dia e (2) explorar as potencialidades no Centro de dia no âmbito da intervenção na fragilidade.

1. Metodologia

O presente estudo é de natureza quantitativa de tipo descritivo/correlacional.

1.1 Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 19 participantes, 6 do sexo masculino e 13 do sexo feminino que frequentam a resposta social de centro de dia.

Como critérios de inclusão definiu-se: pessoas com mais de 60 anos de idade e que aceitassem participar neste estudo.

1.2 Instrumentos de recolha de dados

O protocolo de recolha de dados é constituído por instrumentos que permitam recolher informação em domínios relevantes para o estudo, nomeadamente: aspetos relativos à caracterização sociodemográfica, funcionalidade, funcionamento cognitivo, aspetos socio-emocionais, fragilidade e utilização e necessidade de serviços. O presente protocolo é constituído por uma ficha sociodemográfica e por instrumentos de avaliação, entre os quais: (1) Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa Sequeira, 2007); (2) Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965, Wade & Colin, 1988; adaptado por Sequeira, 2007); (3) Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein&McHugh, 1975; versão portuguesa Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009); (4) Escala de Rede Social de Lubben (Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012); (5) Escala de

Depressão Geriátrica (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003); (6) Escala de Satisfação com a vida (Diener, 1985; versão portuguesa de Neto, Barros & Barros, 1990); (7) Inventário Geriátrico de Ansiedade (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2007; Ribeiro, Paúl, Simões & Fimino, 2011); (8) Indicador de Fragilidade de Groningen (IFG) (Schuurmans et al., 2004; versão portuguesa de Duarte & Paúl, 2013).

A **ficha sociodemográfica**, composta por questões de resposta aberta e fechada, permite caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico, nomeadamente aspetos como idade, género, escolaridade, estado civil, características da habitação e do meio envolvente e acessibilidades a bens e serviços.

O **Índice de Lawton** (Lawton & Brody, 1969, Sequeira, 2007) avalia o nível de independência na realização de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), consoante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do indivíduo para realizar essas atividades. A pontuação de cada item varia entre 1 e 5 pontos em que a maior pontuação corresponde a um maior nível de dependência. O somatório total varia entre 8 e 30 pontos, sendo que um total igual a 8 pontos corresponde a independente, entre 9 e 20 a moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda) e maior que 20 a severamente dependente (necessita de muita ajuda). No que respeita às características psicométricas e tendo em consideração o estudo de adaptação para a língua portuguesa, a Escala de Lawton apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,92 (Sequeira, 2007).

O **Índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e 5, 10 ou 15 correspondem aos níveis de diferenciação da independência. A amplitude do somatório das respostas pode variar entre 0 e 100, no qual uma maior pontuação indica maior grau de independência nas

ABVD. Um somatório entre 90 e 100 corresponde a independente, entre 60 a 85 a ligeiramente dependente, entre 40 e 55 a moderadamente dependente, entre 20 a 35 a severamente dependente e menor que 20 a totalmente dependente. No que respeita às características psicométricas da versão portuguesa, o Índice de Barthel apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,89.

O **Mini Exame do Estado Mental** (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado *et al.*, 2009) é um teste muito utilizado no rastreio de défice cognitivo. Esta prova inclui 30 questões organizadas em seis domínios cognitivos: (1) orientação (temporal e espacial), (2) retenção, (3) atenção e cálculo, (4) evocação, (5) linguagem, e (6) capacidade construtiva. Cada item do teste é pontuado de 0 ou 1 pontos e a cotação global varia entre 0 e 30 pontos, correspondendo este último ao melhor desempenho. As pontuações de diagnóstico para défice cognitivo definidas pelos autores variam em função do nível de escolaridade e idade. Em termos de idade, os dados normativos para a população portuguesa estão organizados em três grupos etários: 25-49 anos; 50-64 anos; e 65+ anos. Em termos de escolaridade, inclui quatro grupos: 1-4 anos; 5-9 anos; 10-12 anos e 13 + anos. De frisar que nos dados normativos os analfabetos foram excluídos. Para o presente estudo foram utilizados os pontos de corte de Freitas e colaboradores (2015) para 65 ou mais anos, considerando os valores abaixo do desvio padrão de 1,5 valores face à pontuação média deste grupo etário do estudo normativo: para 1-4 anos de escolaridade o ponto de corte definido como indicador de défice cognitivo foi 26 pontos, para 5-9 anos, 10-12 anos e mais de 12 anos o ponto de corte definido foi de 28 pontos.

A **Escala de Satisfação com a Vida** (SWLS) foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen, e Griffin (1975) e adaptada para Portugal por Neto, Barros e Barros (1990). Esta escala avalia a componente cognitiva do bem-estar subjetivo, através de cinco itens formulados com sete respostas no sentido positivo (desde o 1- Fortemente em desacordo a 7- Fortemente de acordo. A pontuação varia entre 7 e 35, na qual quanto mais elevada, maior o nível de satisfação com a vida por parte do sujeito (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005). A versão original apresenta os seguintes pontos de corte: pontuações entre 5 e 9 pontos indicam extrema insatisfação com a

vida, 10 e 14 pontos referem insatisfação, 15 e 19 pontos apontam para ligeira insatisfação, 21 e 25 pontos sugerem ligeira satisfação, 26 e 30 pontos indicam satisfação e 31 e 35 pontos referem extrema satisfação. Relativamente às características psicométricas do instrumento, este apresenta um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 e um coeficiente de estabilidade de 0,82 no teste-reteste (Pavot & Diener, 1993). A versão portuguesa de Neto e colaboradores (1990) não definiu pontos de corte e registou consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,78.

A Escala Breve de Redes Sociais de Lubben foi desenvolvida por Lubben (1988) e adaptado para a versão portuguesa por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa e Paúl (2012). A LSNS-6 é uma escala breve de seis itens para avaliar o isolamento social em idosos, através da medição da perceção do apoio social recebido por familiares e amigos. Avalia o tamanho, a proximidade e a frequência dos contactos da rede social do indivíduo. A LSNS-6 é constituída por dois conjuntos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. A pontuação total da LSNS-6 resulta do somatório dos seis itens, sendo que a pontuação total da escala varia entre 0 e 30 pontos. As pontuações inferiores a 12 indicam maior risco de isolamento social. No que diz respeito às características psicométricas, a LSNS-6 apresenta uma consistência interna de 0,798, medida através do alfa de Cronbach, para a escala total, indicando uma consistência interna adequada.

O Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI, Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2007; Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011) foi construída por Pachana e colaboradores (2007) com o objetivo de avaliar a severidade de sintomas comuns de ansiedade nos idosos em vários contextos, não tendo sido concebida para o diagnóstico de perturbações da ansiedade. É um instrumento constituído por 20 itens, com resposta dicotómica (concordo, discordo), simples e de fácil aplicação, tendo em conta a experiência da pessoa na semana anterior à avaliação. É atribuído um ponto a cada resposta “concordo”, correspondendo um resultado superior a 8/9 pontos à presença de sintomas de ansiedade graves. Foi adaptado e validado para a população portuguesa por Ribeiro e colaboradores (2011), demonstrando elevada fiabilidade teste-reteste (ICC=0,995) e consistência interna (Cronbach=0,96) e uma boa

validade concorrente relativamente ao State Anxiety Inventory ($r=0,632$, $p<0,001$), à Geriatric Depression Scale ($r= 0,860$, $p < 0,001$) e ao General Health Questionnaire ($r=0,763$, $p < 0,001$) (Ribeiro et al, 2011).

A **Escala de Depressão Geriátrica** (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1993; Barreto, Leushner, Santos & Sobral, 2003) foi elaborada no sentido de avaliar sintomatologia depressiva na população idosa, sendo que tem itens mais fortemente correlacionados com o diagnóstico de depressão. A GDS-15 é constituída por 15 questões de resposta dicotómica (sim/não), cotada de 0 a 1 pontos. A cotação global da escala varia entre 0 a 15 pontos. No que diz respeito à cotação, quando se responde afirmativamente às questões: 2,3,4,6,8,9,10,12,14 e 15 e de forma negativa às questões: 1,5,7,11 e 13 é atribuído a cada questão 1 ponto. Quanto aos pontos de corte, para a população portuguesa, entre 0 e 5 pontos não apresenta sintomatologia depressiva e com valores superiores a 5 pontos apresenta sintomatologia depressiva. Relativamente às características psicométricas, a GDS-15 apresenta boa consistência interna, com um alpha de Cronbach de 0,83.

O **Indicador de Fragilidade de Groningen** (IFG) (Schuurmans et al., 2004) apresenta um carácter multidimensional e contempla uma panóplia de indicadores relacionados com o processo de envelhecimento. Trata-se de um instrumento rápido e de fácil administração, composto por 15 itens organizados em 8 dimensões, nomeadamente: mobilidade; forma física; visão; audição; alimentação; morbilidade; aspetos cognitivos e psicossociais (Slaets, 2006). Esta escala é cotada em função de ser dependente ou independente na realização da tarefa em causa, em função de responder sim (independente) ou não (dependente) aos itens. Assim sendo, e seguindo as diretrizes de cotação dos autores originais do instrumento, da questão 1 a 4, independente é cotado com 0 e dependente é cotado com 1. Na questão 5 de 0 a 6 é cotado com 1 e de 7 a 10 é cotado com 0. Nas questões de 6 a 9 o *Não* é cotado com 0 e o *Sim* com 1. Na questão 10 o *Não* ou *Às vezes* é cotado com 0 e o *Sim* com 1. Por fim, nas questões de 11 à 15 o *Não* é cotado com 0 e o *Às vezes* ou *Sim* é cotado com 1. Desta forma, o valor mínimo da cotação na escala é 0 e o máximo é 15 pontos. Quanto mais alta a cotação, maior é a dependência da pessoa idosa, logo mais frágil.

Alguns itens são invertidos para a sua cotação. Os autores da escala consideram que acima dos 4 pontos a pessoa é considerada frágil (Schuurmans *et al.*, 2004). No presente estudo foi utilizada a versão portuguesa de Duarte e Paúl (2013). A versão portuguesa respeita a versão original e assume as mesmas características. É composta por 15 itens organizados também em 8 dimensões, nomeadamente: mobilidade; forma física; visão; audição; alimentação; morbidade; aspetos cognitivos e psicossociais. Tal como na escala original, esta também se baseou no autorrelato. O processo de cotação é igual ao da escala original. Quanto às propriedades psicométricas do instrumento, este assume bons valores em termos de validade de construto e de consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,78 (Duarte *et al.*, 2013). Também na versão portuguesa a pessoa é classificada como frágil se cotar acima de 4 pontos.

1.3 Procedimentos de recolha de dados

O projeto de investigação foi apresentado à Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Após a sua aprovação, foram elaborados os procedimentos de recolha de dados.

A recolha de dados realizada na resposta social de centro de dia foi agendada com a Direção da referida resposta social e após a aprovação de um conjunto de procedimentos.

O estudo foi depois apresentado a todos os clientes do centro de dia, sendo solicitada a sua participação. A recolha de dados realizou-se durante o ano letivo 2015/2016, em contexto institucional, através da aplicação de um protocolo de avaliação multidimensional. Para aplicação do protocolo de avaliação foi necessário consultar dados dos processos individuais dos clientes e os instrumentos foram hétero-aplicados. O tempo de duração de aplicação deste protocolo de avaliação rondou os 30 minutos.

1.4 Estratégias de análise de dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao software IBM Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS-Versão 20.0), recorrendo a métodos inerentes à

estatística descritiva e inferencial. Para todos os procedimentos estatísticos, o valor mínimo de significância estabelecido foi de 0.05.

Na análise descritiva foi tida em consideração os objetivos do estudo e a natureza das variáveis a analisar. Neste sentido, para a caracterização da amostra recorreu-se a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) no caso das variáveis contínuas e frequências, absolutas (n) e relativas (%), no caso das variáveis categoriais.

Na estatística inferencial, foram utilizados coeficientes de correlação para analisar as relações entre as variáveis em estudo, tendo sido selecionado o coeficiente de correlação de Spearman (rsp) pelo tamanho global da amostra.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

No presente capítulo serão descritos os resultados relativos à avaliação multidimensional dos clientes do centro de dia. Num primeiro momento são apresentados os resultados relativos às características sociodemográfica dos participantes, características dos ambientes habituais de vida (ex. casa e centro de dia), e num segundo momento serão descritos os resultados relativos a aspetos do funcionamento individual, nomeadamente funcionalidade, funcionamento cognitivo e social, sintomatologia depressiva e ansiosa, satisfação com a vida e fragilidade.

1. Descrição dos participantes e ambiente próximo

Participaram no presente estudo 19 idosos/as maioritariamente do sexo feminino (68.4%, $n = 13$), com idade superior a 80 anos (52.6%, $n = 10$), tendo como habilitação escolar o 1º Ciclo do Ensino Básico (52.7%, $n = 10$), viúvos/as (68.4%, $n = 13$), reformados, tendo desempenhados profissões no âmbito do sector primário (57.9%, $n = 11$), e que residem atualmente acompanhados (84.2%, $n = 16$) (cf. Tabela 1).

Relativamente à escolaridade, a maioria (52.7%, $n = 10$) terminou o 1º Ciclo do Ensino Básico, existindo contudo 36.8% ($n = 7$) que não o fizeram. De ressaltar que 5.3% ($n = 1$) concluíram o Ensino Secundário e que 5.3% ($n = 1$) concluíram Ensino Superior.

Os participantes são maioritariamente viúvos (68.4%, $n = 13$), integrando agregados familiares constituídos pela família nuclear (42.1%, $n = 8$) ou alargada (42.1%, $n = 8$), apenas 15.8% ($n = 3$) reside sozinho/a. A totalidade dos participantes tem filhos, variando o seu número entre 1 e 6 ($M = 2.7$, $DP = 1.3$).

Analisada a situação profissional, constatou-se que a totalidade dos participantes é reformada, em média há 16.3 anos ($DP = 9.7$), variando a duração da reforma entre 1 e 34 anos, sendo que 53.3% se encontra reformado há mais de 15 anos. Desempenharam profissões maioritariamente enquadradas no sector primário (57.9%,

n = 11), e a duração da atividade profissional foi em média de 34.5 anos ($DP = 16.2$), variando entre 9 e 60.

Tabela 1. Descrição sociodemográfica dos participantes

	N = 19	
	n	%
Sexo		
Masculino	6	31.6
Feminino	13	68.4
Idade		
<i>M (DP)</i>	79.5 (7.9)	
Min-Max	60 - 90	
60-79	9	47.4
≥ 80	10	52.6
Escolaridade		
Não terminou o 1º Ciclo do Ensino Básico	7	36.8
1º ano	2	10.5
3º ano	5	26.3
Terminou o 1º Ciclo do Ensino Básico	10	52.7
4º ano	9	47.4
5º ano	1	5.3
Terminou o 2º Ciclo do Ensino Básico	0	0.0
Terminou o 3º Ciclo do Ensino Básico	0	0.0
Terminou o Ensino Secundário	1	5.3
Licenciatura	1	5.3
Estado civil		
Casado/união de facto	5	26.3
Viúvo	13	68.4
Separado/divorciado	1	5.3
Características do Agregado familiar		
N.º de pessoas com quem vive		
<i>M (DP)</i>	2.6 (1.4)	
Min-Max	1 - 6	
Vive sozinho	3	15.8
Família nuclear	8	42.1
Família alargada	8	42.1
N.º de filhos		
<i>M (DP)</i>	2.7 (1.7)	
Min-Max	1 - 7	
Profissão ao longo da vida		
Sector Primário	11	57.9
Sector Secundário	5	26.3
Sector Terciário	3	15.8

A maioria dos participantes (63.2%, n = 12) tem algum tipo de passatempo e refere que a reforma não alterou os seus passatempos (94.7%, n = 18) (cf. Tabela 2).

Quando questionados sobre os seus passatempos, referem mais atividades normalmente desenvolvidas no interior de espaços (52.7%, n = 10), nomeadamente costurar, cantar, ver televisão, bordar e ouvir música. Nomeiam também atividades que podem ser desenvolvidas ao ar livre ou em espaço fechados (31.6%, n = 6), como atividades desportivas, fotografia, jardinagem ou jogar cartas.

Analisadas as respostas à questão sobre a forma como preferem ocupar os seus tempos livres, a grande maioria (68.4%, n = 13) indica atividades realizadas no interior de espaços como conversar com os/as amigos/as, tarefas de casa, costura.

Tabela 2. Passatempos

	N = 19	
	n	%
Tem passamentos		
Não	7	36.8
Sim	12	63.2
Tipo de passatempos		
Atividades realizadas no interior	10	52.7
Atividades que pode ser realizadas no interior e ao ar livre	6	31.6
O que gosta mais de fazer nos tempos livres		
Atividades realizadas no interior	13	68.4
Atividades realizadas no exterior	4	21.1
Atividades realizadas no exterior e interior	5	26.3
Alterou os passatempos com a reforma		
Não	18	94.7
Sim	1	5.3

A grande maioria (94.7%, n = 18) dos idosos considera que, na globalidade, a casa que habita tem as condições adequadas às suas necessidades (cf. Tabela 3). Mais especificamente, acrescentam que é uma casa que possui tudo o que necessitam (47.4%, n = 9), é confortável (21.1%, n = 2), quente (10.5%, n = 2), grande (5.3%, n = 1), possui elevador (10.5%, n = 2), tem muita luz (10.5%, n = 2), está bem localizada (5.3%, n = 1) e, não menos importante, está adaptada às limitações físicas (5.3%, n = 1). Todos referem ter água quente, telefone/telemóvel (94.7%, n = 18) e aquecimento, podendo este último ser obtido pela utilização de aquecedores móveis (73.7%, n = 14) ou

aquecimento central (26.3%, n = 5). A existência de escadas é a única barreira arquitetónica referenciada (10.5%, n = 2) e apenas 10.5% (n = 2) refere ter problemas de humidade em casa. Questionados quanto às dificuldades de deslocação fora de casa, 36.8% (n = 7) responderam positivamente face a problemas pessoais de mobilidade (e.g. utilização de cadeira de rodas, dores nos joelhos).

Tabela 3. Condições da habitação, ambiente físico/acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato

	N = 19		
	n	%	
A casa tem condições adequadas?			
Não	1	5.3	
Sim	18	94.7	
Razões boas condições			
Tem tudo o que é necessário	9	47.4	
Casa confortável	4	21.1	
É uma casa quente	2	10.5	
É uma casa grande	2	10.5	
Tem elevador	2	10.5	
Tem muita luz	2	10.5	
Adaptada à condição física	1	5.3	
Boa localização	1	5.3	
Características da casa			
Tem barreiras arquitetónicas			
Não	17	89.5	
Sim (escadas)	2	10.5	
Humidade			
Não	17	89.5	
Sim	2	10.5	
Água quente			
Não	0	0.0	
Sim	19	100.0	
Tem telefone			
Não	0	0.0	
Sim	19	100.0	
Tem elevador^a			
Não	4	21.1	
Sim	6	31.6	
Aquecimento da casa			
Aquecedores	14	73.7	
Aquecimento central	5	26.3	
Sente alguma dificuldade em deslocar-se fora de casa?			
Não	12	52.6	
Sim	7	36.8	
	Problemas de locomoção/mobilidade	7	36.8

a) responderam 10 dos inquiridos.

A relação com os vizinhos foi também abordada com os participantes, sendo que a maioria (78.9%, n = 15) refere ter uma relação de vizinhança amigável.

Segundo as respostas (cf. Tabela 4), as razões indicadas para a vinda para o centro de dia prendem-se com três aspetos, nomeadamente: (1) evitar ficar só em casa durante o dia (57.9%, n = 11), (2) necessidade de conviver com outros/as e ocupar os tempos livres (42.1%, n = 8) e (3) questões relacionadas com a saúde (15.8%, n = 3). Destacam o conviver com outros/as como o que mais gostam de fazer no centro de dia (42.1%, n = 8). A grande maioria (63.2%, n = 12) refere que não é necessário mudar nada no centro de dia para que se sintam melhor ou fiquem mais satisfeitos, ainda que alguns dos participantes consideram que poderiam melhorar a alimentação (15.8%, n = 3), ou diversificar as atividades de ocupação de tempos livres (10.5%, n = 2).

Tabela 4. Perceções sobre o centro de dia

	N = 19	
	n	%
Razões de ingresso no centro de dia		
Para não ficar só em casa durante o dia	11	57.9
Conviver/ocupar os tempos livres	8	42.1
Por questões de saúde	3	15.8
O que mais gosta de fazer no centro de dia		
Conviver	8	42.1
Gosta de todas as atividades	6	31.6
Jogas às cartas	2	10.5
Atividades de costura	1	5.3
Atividade musical	1	5.3
Atividade física	1	5.3
O que menos gosta no centro de dia		
A alimentação	2	10.5
Atividade Boccia Sénior	2	10.5
Atividade musical	1	5.3
Aulas de yoga	1	5.3
O que poderia mudar para ficar mais satisfeito		
Nada	12	63.2
Alimentação	3	15.8
Mais atividades para ocupar o tempo (e.g. natação)	2	10.5
Menor barulho	1	5.3
Redução da mensalidade	1	5.3
Até que ponto está satisfeito com a vida que tem?		
Satisfeito	12	63.2
Mais ou menos satisfeito	3	15.8
Não satisfeito	4	21.1

Maioritariamente os idosos estão satisfeitos com a sua vida (63.2%, n = 12). E quando questionados sobre o que necessitariam para continuar a viver na própria casa, 31.6% (n= 6) indicaram que necessitariam da ajuda de familiares (cônjuge, filhos/as, netos/as, genros/noras).

2. Funcionalidade nas atividades da vida diária

Foi avaliada a funcionalidade para as atividades básicas de vida diária com o *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965, Wade & Colin, 1988; adaptado por Sequeira, 2007)); e para as atividades instrumentais com o *Índice de Lawton* (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) (cf. Tabela 5).

Os valores da funcionalidade para as atividades básicas da vida diária variaram entre 20 (dependência severa) e 100 (independência), sendo a média de 83.4 (DP = 23.9). Maioritariamente os participantes revelaram-se independentes para as atividades básicas da vida diária (63.2%, n = 12).

Em termos da funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), os participantes obtiveram uma pontuação média de 20.1 pontos (DP = 7.4) tendo variado os valores entre 8 e 29 pontos. A maioria dos participantes (52.6%, n = 10) é severamente dependente nas AIVD (cf. Tabela 5).

Foi analisada a relação entre a funcionalidade para as atividades básicas e para as atividades instrumentais da vida diária, tendo-se constatado, pelo recurso ao coeficiente de correlação de Spearman, que esta não é significativa, $r_{sp} = -.43$, $p = .063$

Tabela 5. Funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária

	N = 19	
	n	%
Funcionalidade para as atividade básicas de vida diária		
<i>M (DP)</i>	83.4 (23.9)	
Amplitude teórica	0 - 100	
Min-Máx	20 - 100	
Independente	12	63.2
Ligeiramente dependente	4	21.1
Moderadamente dependente	2	10.5
Severamente dependente	1	5.3
Funcionalidade para as atividade instrumentais		
<i>M (DP)</i>	20.1 (7.4)	
Amplitude teórica	8 - 30	
Min-Máx	8 - 29	
Independente	2	10.5
Moderadamente dependente	7	36.8
Severamente dependente	10	52.6

3. Funcionamento cognitivo

O funcionamento cognitivo foi avaliado através do *Mini Exame do Estado Mental* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado *et al.*, 2009) (cf. Tabela 6). Os participantes apresentam um funcionamento cognitivo cujos valores oscilam entre 9 e 30, sendo a média de 22.6 pontos ($DP = 5.7$).

Tabela 6. Funcionamento cognitivo (MMSE)

	N = 19		
	M (DP)	mín-máx	Amplitude teórica
MMSE	22.6 (5.7)	9 - 30	0 - 30
Orientação	8.1 (1.7)	5-10	0-10
Memória imediata	2.5 (0.6)	1-3	0-3
Cálculo	3.4 (1.9)	0-5	0-5
Memória de trabalho	1.9 (1.2)	0-3	0-3
Linguagem	6.3 (1.6)	2-8	0-8
Organização Visuo-percetiva	0.4 (0.5)	0-1	0-1
Indicador de défice cognitivo	n	%	
Com défice	9	47.4	
Sem défice	10	52.6	

Tendo presentes os pontos de corte, que com base nos valores do MMSE e na escolaridade dos inquiridos, permitem diferenciar os participantes com e sem défice cognitivo constatou-se que a maioria (52.6%, $n = 10$) não apresenta défice cognitivo (cf. Tabela 6).

4. Funcionamento interpessoal: rede social

As redes de relações sociais foram avaliadas pela *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben* (LSN6-6) (cf. Tabela 7), oscilando os valores globais entre 6 e 30, apresentando os participantes uma média de 15.4. A pontuação média obtida nos itens relativos à família ($M = 9.5$, $DP = 3.4$) apresenta-se superior à pontuação média relativa aos itens referentes aos/às amigos/as ($M = 5.8$, $DP = 4.8$), ou seja, a perceção do suporte social por parte da rede familiar é superior face à rede de amigos/as.

Tabela 7. Funcionamento interpessoal – rede social

	N = 19		
	M (DP)	mín-máx	Amplitude teórica
Rede Social – Valor global	15.4 (7.2)	6 - 30	0-30
Rede Social - família	9.5 (3.4)	3 - 15	0-15
Rede social - amigos	5.8 (4.8)	0 - 15	0-15
Risco Social	n	%	
Maior risco de isolamento social	6	31.6	
Menor risco de isolamento social	13	68.4	

Tomando o ponto de corte (< 12) do valor global deste instrumento que permite diferenciar os participantes em risco de isolamento social, constatou-se que a maioria (68.4%, n = 113) dos participantes não se apresenta em risco de isolamento social (cf. Tabela 7).

5. Sintomatologia ansiosa

Foi analisada a sintomatologia ansiosa dos participantes com o *Inventário de Ansiedade Geriátrica* (Pachana *et al.*, 2007; adaptação portuguesa de Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011). Os participantes obtiveram uma pontuação média de 8.6 (DP = 5.9), variando entre 0 e 18 (cf. Tabela 8), sendo que a maioria (52.6%, n = 10) não apresenta risco face à sintomatologia ansiosa.

Tabela 8. Sintomatologia ansiosa (IGA)

	N = 19	
	n	%
M (DP)	8.6 (5.9)	
Amplitude teórica	0 - 20	
Min-Máx	0 - 18	
Maior sintomatologia ansiosa	9	47.4
Menor sintomatologia ansiosa	10	52.6

6. Sintomatologia depressiva

No que concerne aos valores referentes à sintomatologia depressiva (cf. Tabela 9), estes apresentaram uma variação entre 4 e 10, e uma pontuação média de 6.3 ($DP = 1.8$) na *Escala de Depressão Geriátrica* (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1993; Barreto, Leushner, Santos & Sobral, 2003).

Tabela 9. Sintomatologia depressiva (GDS)

	N = 19	
	n	%
M (DP)	6.3 (1.8)	
Amplitude teórica	0 - 15	
Min-Máx	4 - 10	
Maior sintomatologia depressiva	12	63.2
Menor sintomatologia depressiva	7	36.8

A ressaltar que a média apresentada é superior ao ponto de corte deste instrumento, que indica que valores superiores a 5 são indicativos de sintomatologia depressiva relevante. A grande maioria (63.2%, $n = 12$) dos participantes apresenta sintomatologia depressiva acima do ponto de corte (5), tendo os valores relevância clínica.

7. Satisfação com a vida

Relativamente à satisfação com a vida, os participantes obtiveram uma média de 22.4 ($DP = 7.7$), variando os valores entre 5 e 33 (cf. Tabela 10). A maioria (52.6%, $n = 10$) apresenta valores superiores a 24.

Tabela 10. Satisfação com a vida

	N = 15	
	n	%
M (DP)	22.4 (7.71)	
Amplitude teórica	5 - 35	
Min-Máx	5 - 33	

8. Fragilidade

A fragilidade foi avaliada com a versão portuguesa do *Indicador de Fragilidade de Groningen* (IFG, Schuurmans *et al.*, 2004, versão portuguesa de Duarte & Paúl, 2013). Os valores globais variaram entre 1 e 12, sendo a média de 6.1. Utilizando o ponto de corte da versão portuguesa (Duarte & Paúl, 2013), constatou-se que a maioria (63.2%, $n = 12$) da população é considerada frágil por apresentar uma pontuação superior a 4 (cf. Tabela 11).

Tabela 11. Fragilidade (IFG)

	N = 19	
	n	%
M (DP)	6.1 (3.1)	
Amplitude teórica	0 - 15	
Min-Máx	1 - 12	
Frágil (> 4)	12	63.2
Não frágil (≤ 4)	7	36.8

Este instrumento possibilita também analisar três indicadores diferenciados (cf. Tabela 12), nomeadamente indicadores de funcionalidade, psicológicos e da saúde física e mental.

Tabela 12. Indicadores da fragilidade

	N = 19		
	M (DP)	mín-máx	Amplitude teórica
Indicadores de funcionalidade	1.4 (1.5)	0 - 4	0 - 4
Indicadores psicológicos	2.2 (2.0)	0 - 5	0 - 5
Indicadores de saúde física e mental	1.7 (0.7)	1 - 3	0 - 3

9. Análise da relação entre variáveis da avaliação individual

Por recurso ao coeficiente de correlação de Spearman (r_{sp}) foram analisadas as relações entre as variáveis associadas à fragilidade, as variáveis da funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, do funcionamento cognitivo, do isolamento social, da sintomatologia depressiva, ansiosa e da satisfação com a vida.

Tabela 13. Relação entre a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, o funcionamento cognitivo, o isolamento social, a sintomatologia ansiosa e depressiva bem como a satisfação com a vida

	Funcionalidade nas atividades básicas da vida diária (Barthel)	Funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária (Lawton)	Funcionamento cognitivo (MMS)	Tamanho rede social/ Isolamento social (Lubben)	Sintomatologia ansiosa (IAG)	Sintomatologia depressiva (IDG)	Satisfação com a vida
Funcionalidade nas atividades básicas da vida diária (Barthel) *Valor global (maior valor, maior a independência)	-	-0.4	0.3	-0.1	0.4	-0.1	-0.1
Funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária (Lawton) * Valor global (maior valor, maior a dependência)		-	-0.7***	0.1	-0.1	-0.1	0.2
Funcionamento cognitivo (MMS) * Valor global (maior valor, melhor funcionamento cognitivo)			-	0.0	0.2	0.2	-0.2
Tamanho rede Social/ Isolamento social (Lubben) * Valor global (maior valor, maior rede social, menor isolamento social)				-	-0.4	-0.5*	0.6*
Sintomatologia ansiosa (IAG) * Valor global (maior valor, maior risco de sintomatologia ansiosa)					-	0.5*	-0.4
Sintomatologia depressiva (IDG) * Valor global (maior valor, maior risco de sintomatologia depressiva)						-	-0.4
Satisfação com a vida * Valor global (maior valor, maior a satisfação com a vida)							-

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Foram analisadas as relações entre a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, o funcionamento cognitivo, o isolamento social, a sintomatologia ansiosa e depressiva bem como a satisfação com a vida (cf. Tabela 13). Um melhor funcionamento cognitivo está associado a uma maior independência nas atividades instrumentais da vida diária ($r_{sp} = -0.7, p < .001$). Uma maior sintomatologia depressiva revelou estar associada a uma maior sintomatologia ansiosa ($r_{sp} = 0.5, p = .017$) e a uma menor rede social ($r_{sp} = -0.5, p = .044$). Tendo em conta a satisfação com a vida, quanto maior for a satisfação com a vida maior será a rede social, ou seja menor será o sentimento de isolamento social ($r_{sp} = .6, p = .011$)

Tabela 14. Relação entre a fragilidade e a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, o funcionamento cognitivo, o isolamento social, a sintomatologia ansiosa e depressiva bem como a satisfação com a vida.

	Fragilidade (Índice de Groningen)				
	Valor Global (maior valor, maior fragilidade)	Funcionalidade	Psicológicos	Saúde Física e mental	
Funcionalidade nas atividades básicas da vida diária (Barthel) *Valor global - maior valor, maior a independência)	- 0.5*	- 0.6*	0.0	- 0.5*	
Funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária (Lawton) * Valor global (maior valor, maior a dependência)	0.5*	0.9***	-0.1	0.6**	
Funcionamento cognitivo (MMS)	Valor global (maior valor, melhor funcionamento cognitivo)				
	Orientação	- 0.4	- 0.6*	- 0.1	- 0,8***
	Memória imediata	- 0.5*	- 0.5*	0.0	- 0.6**
	Cálculo	- 0.5*	- 0.4	- 0.1	- 0.6**
	Memória de trabalho	- 0.1	0.0	- 0.1	-0.3
	Linguagem	- 0.5*	- 0.8***	0.2	- 0.7**
	Organização Visuo-percetiva	- 0.2	- 0.3	0.1	- 0.6**
Isolamento social (Lubben) * Valor global (maior valor, menor isolamento social)	- 0.2	0.0	- 0.3	0.1	
Sintomatologia ansiosa (IAG) * Valor global (maior valor, maior risco de sintomatologia ansiosa)	0.1	-0.2	0.5*	- 0.3	
Sintomatologia depressiva (IDG) * Valor global (maior valor, maior risco de sintomatologia depressiva)	0.4	0.1	0.4	-0.1	
Satisfação com a vida	- 0.2	0.1	-0.4	0.1	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Considerando o valor global do Índice de Fragilidade de Groningen (cf. Tabela 14), uma maior fragilidade está associada a uma maior dependência das atividades básicas ($r_{sp} = - 0.5$, $p = .014$) e instrumentais ($r_{sp} = 0.5$, $p = .019$) da vida diária, a um funcionamento cognitivo global mais deficitário ($r_{sp} = - 0.5$, $p = .017$), nomeadamente a menor qualidade da memória imediata ($r_{sp} = - 0.5$, $p = .028$), do cálculo ($r_{sp} = - 0.5$, $p = .021$) e da linguagem ($r_{sp} = - 0.5$, $p = .018$).

Foram também realizadas análises de associação tendo em conta os três indicadores de fragilidade, mais especificamente funcionalidade, psicológicos e da saúde física e mental (cf. Tabela 14).

Uma maior fragilidade no indicador da funcionalidade está associada a uma maior dependência nas atividades básicas ($r_{sp} = - 0.6, p = .011$) e instrumentais ($r_{sp} = 0.9, p < .001$) da vida diária, a um funcionamento cognitivo mais comprometido ($r_{sp} = - 0.6, p = .011$) nomeadamente a menor qualidade ao nível da orientação ($r_{sp} = - 0.6, p = .015$), da memória imediata ($r_{sp} = - 0.5, p = .044$) e da linguagem ($r_{sp} = - 0.8, p < .01$).

Tomando em consideração o indicador psicológico, a sua maior fragilidade revelou estar associada a uma maior sintomatologia ansiosa ($r_{sp} = 0.5, p = .042$).

Relativamente ao indicador da saúde física e mental, a maior fragilidade está associada a uma maior dependência nas atividades básicas ($r_{sp} = - 0.5, p = .025$) e instrumentais ($r_{sp} = 0.6, p = .003$) da vida diária, a um funcionamento cognitivo global mais deficitário ($r_{sp} = - 0.8, p < .001$) espelhando-se em todas as suas dimensões exceto a memória de trabalho.

**CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS &
IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO EM CENTRO DE DIA**

Face aos resultados obtidos, considerando os objetivos do nosso estudo, e considerando a revisão de literatura nomeadamente no que se refere à natureza e resultados da intervenção na fragilidade, importa agora traçar implicações para a intervenção junto destes participantes enquanto clientes de uma resposta social específica, centro de dia, com vista à redução dos níveis de fragilidade neste grupo.

Da avaliação gerontológica multidimensional efetuada aos clientes do centro de dia, constata-se que a maioria é do sexo feminino (68.4%, n = 13), na quarta idade (52.6%, n = 10), integrando agregados familiares constituídos pela família nuclear (42.1%, n = 8) ou alargada (42.1%, n = 8). Quando questionados sobre os seus passatempos, referem mais atividades normalmente desenvolvidas no interior (52.7%, n = 10). As razões indicadas para a frequência no centro de dia prendem-se com (1) evitar ficar só em casa durante o dia (57.9%, n = 11), (2) necessidade de conviver com outros/as e ocupar os tempos livres (42.1%, n = 8) e (3) questões relacionadas com a saúde (15.8%, n = 3). Destacam o conviver com outros/as com o que mais gostam de fazer no centro de dia (42.1%, n = 8). No que se refere à funcionalidade para as atividades básicas de vida diária, maioritariamente os participantes revelaram-se independente (63.2%, n = 12), já para as atividades instrumentais de vida diária a maioria (52.6%, n = 10) é severamente dependente. A maioria (52.6%, n = 10) não apresenta défice cognitivo e 68.4% dos participantes (n = 113) não se apresenta em risco de isolamento social. No que se refere à sintomatologia ansiosa, a maioria não se encontra em risco (52.6%, n = 10); já no que diz respeito à sintomatologia depressiva grande maioria dos participantes (63.2%, n = 12) apresenta risco. Importa ainda referir que 52.6% (n = 10) dos participantes estão satisfeitos com a sua vida e a maioria 63.2%, (n = 12) é frágil.

Face a estes resultados podemos considerar que este grupo de idosos, globalmente, apresenta um conjunto de fragilidades e/ou vulnerabilidades, assim como de potencialidades.

Sendo que a maioria dos participantes se situa na quarta idade, podemos considerar que este é um resultado relevante tendo em consideração que a quarta idade não é uma mera continuidade da terceira idade, havendo entre os mais idosos uma elevada prevalência de disfunções e um menor potencial de funcionamento. Baltes e Smith (2003) revelaram a existência de uma acentuada disfuncionalidade na

velhice mais tardia, mostrando claramente inúmeras consequências negativas resultantes do facto de viverem mais tempo e de atingirem a quarta idade. Segundo os mesmos autores, a quarta idade equivale a um nível de incompletude e vulnerabilidade biocultural que é distinta da terceira idade. Neste sentido, a quarta idade apresenta um conjunto de “más notícias”, entre elas, as perdas consideráveis no potencial cognitivo, uma menor capacidade de aprendizagem, um aumento de sintomas de *stress* crónico, uma considerável prevalência de demências e também a presença de níveis elevados de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade. A quarta idade está nos limites da capacidade funcional e a política social tem constrangimentos em termos da sua intervenção. Daí ser necessário desenvolver esforços na investigação, nas políticas e nas práticas para lidar com o aumento do número dos velhos-muito-velhos e o conseqüente aumento da fragilidade e formas de morte psicológica (Baltes, 1996). A capacidade da sociedade para conciliar longevidade e dignidade é ainda muito reduzida. Face a esta situação existe a necessidade de reconhecer as duas faces do envelhecimento humano: os ganhos e perdas. Dada a escassez de recursos e as múltiplas necessidades, Baltes e Smith (2003) consideram que uma política para a quarta idade pode levar a um desinvestimento nas fases iniciais do ciclo de vida (infância e adolescência), as quais traçam as fundações do próprio ciclo de vida. Contudo, tão ou mais importante do que assumir que o envelhecimento (sobretudo ao nível da quarta idade) comporta, em geral, mais perdas do que ganhos, é verificar até que ponto as pessoas estão conscientes desse facto, algo necessário para que possam proceder à adoção de estratégias visando atenuar ou eliminar, tanto quanto possível, o impacto dessas mesmas perdas.

O facto da grande maioria (63.2%, n = 12) dos participantes apresentar sintomatologia depressiva pode ser interpretado como uma vulnerabilidade, uma vez que a depressão acarreta consequências negativas para a qualidade de vida (Teston *et al.*, 2014) como por exemplo perda de autonomia; agravamento de quadros patológicos; elevação do risco de morbilidade e mortalidade, levando a um aumento na utilização dos serviços de saúde; negligência no autocuidado e adesão reduzida a tratamentos terapêuticos (Edwards, 2014). Para além disso, o impacto da idade na ocorrência de depressão pode ser compreendido pela própria característica do processo de envelhecimento. Com o passar dos anos, acontecimentos relacionados

com perdas, como comprometimento da saúde, morte de familiares, perda das relações sociais, do trabalho e do prestígio social, diminuição do sono, favorecem o surgimento desta patologia (Mehta,2002). Por outro lado, baixos níveis de escolaridade também podem ser considerados um importante fator de risco associado à depressão (Kulaksizoglu,2005). Para o mesmo autor, a educação é um dos principais critérios de avaliação do nível socioeconómico de uma população, outra importante variável, na avaliação de sintomatologia depressiva. Além disso, no Modelo Integral de Fragilidade Gobbens e colaboradores (2011), chamam a atenção para a fragilidade psicológica onde o estado de humor do idoso desempenha um papel muito importante.

No que se refere à funcionalidade nas AIVD, a maioria dos participantes (52.6%, n = 10) é severamente dependente, encontrando-se a maioria dos participantes na quarta idade, podemos encarar tais resultados como uma vulnerabilidade uma vez que de acordo com a literatura existente a idade avançada pode ser um determinante de dependência para realização das AIVDs, outros determinantes de dependência nas AIVDs prendem-se com o déficite cognitivo, depressão, redução da acuidade visual e amputação de membro (Viveiro *et al.*, 2014). Silva (2013) num estudo que incidia na avaliação da funcionalidade nas atividades da vida diária de idosos também com a Escala de Lawton, obteve resultados similares aos do presente estudo. O grupo de idosos com 80 ou mais anos (quarta idade) apresentou significativamente maior dependência nas AIVDs, quando comparado com o grupo de idosos de 65 a 79 anos (terceira idade) reforçando os dados da literatura.

Constatou-se que a maioria (63.2%, n = 12) da população é considerada frágil, este resultado é muito relevante, uma vez que a literatura no domínio refere que as pessoas frágeis têm maior probabilidade de serem hospitalizadas, desenvolverem incapacidade, e morrerem mais cedo do que as não frágeis (Walston, 2005). Duarte (2015) refere que a síndrome de fragilidade assume uma importância crescente face ao envelhecimento populacional e à preocupação em prevenir, retardar ou reverter situações que resultem em incapacidade e perda de autonomia das pessoas mais velhas. Gobbens e colaboradores (2011) sustentam que a fragilidade deve abranger três grandes domínios, físico, psicológico e social. Ressalva-se que, como a fragilidade é um compósito de diferentes domínios, a questão radica em qual a contribuição

relativa de cada um deles (Duarte, 2015). A este respeito, parece plausível que a fragilidade física seja um previsor mais fiável de morte prematura comparativamente com a fragilidade psicológica e social; afinal a fragilidade física está parcialmente relacionada com as principais causas de morte, tais como doença crónica (Duarte, 2015). No entanto ao nível da institucionalização entende-se que a fragilidade social desempenhe um papel importante; se alguém perder o seu parceiro ou a rede social alargada, a admissão numa instituição tornar-se-á mais provável de forma a harmonizar estas perdas. Gobbens e colaboradores (2011) referem que uma forma de melhorar a qualidade de vida dos idosos frágeis e prevenir ou atrasar resultados adversos de saúde tais como incapacidades severas, admissão numa unidade de prestação de cuidados ou ERPI ou a morte, é dar atenção aos fatores psicológicos que influenciam a fragilidade. Isto porque se algumas doenças não podem ser prevenidas ou curáveis, as características psicológicas como depressão, ansiedade ou solidão podem influenciar o bem-estar da pessoa. De acordo com os mesmos autores intervir nestes problemas colaterais, recorrendo a métodos testados empiricamente, pode melhorar consideravelmente a qualidade de vida dos idosos frágeis. Ainda na linha de pensamento de Gobbens e colaboradores (2011), a fragilidade social aparenta ser de um tipo diferente da fragilidade física e da psicológica, afinal não se refere às capacidades do indivíduo, mas à relação entre o indivíduo e o seu contexto social. A fragilidade social refere-se a défices nas relações sociais, falta de um parceiro ou confidente, falta de apoio, pobre ou reduzida participação em redes sociais tais como a família, vizinhança e organizações, potencialmente resultantes em níveis elevados de solidão. A falta de um parceiro é o indicador mais forte de solidão, as pessoas que vivem sozinhas tendem a ter redes sociais mais pequenas, participam menos em atividades sociais e recebem menos apoio dos membros da sua rede do que as pessoas com parceiro. Desta forma, as pessoas que estão sozinhas têm menos contactos ou ajuda quando precisam de lidar com situações de maior adversidade. Qualquer situação que afete a sua rede social, como por exemplo, a perda de parceiro, divórcio ou morte, pode trazer ou exacerbar a fragilidade social (Gobbens *et al.*, 2011). A este propósito importa salientar que a maioria dos nossos participantes não apresenta risco de isolamento social, o que poderá ser um indicador relevante face à ausência de fragilidade social.

Importa de seguida analisar as potencialidades dos participantes no presente estudo. O facto da maioria dos participantes (52.6%, n = 10) não apresenta défice cognitivo parece-nos uma potencialidade, uma vez que é um dos fatores decisivos no processo de envelhecimento, dado o impacto e repercussões provocadas na vida do indivíduo (Rodrigues, 2007). A ideia de que existe um declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade não é uma realidade linear. De acordo com Azevedo e Teles (2012), apesar de existir algum tipo de declínio associado à idade, admite-se que este deve-se, pelo menos em parte, à falta de uso de tais capacidades. Desta forma, o declínio cognitivo geralmente associado à idade pode ser prevenido, ou até mesmo retardado, através do uso e treino adequados das várias funções cognitivas ou através da adaptação de estratégias de compensação. Também na perspetiva do Modelo Integral de Fragilidade (Gobbens, *et al.*, 2011) a cognição (fragilidade psicológica) desempenha um papel muito relevante, o que no caso dos nossos participantes pode constituir uma mais-valia.

A grande maioria (94.7%, n = 18) dos idosos considera que, na globalidade, a casa que habita tem as condições adequadas às suas necessidades, mais especificamente, acrescentam que é uma casa que possui tudo o que necessitam (47.4%, n = 9) e está adaptada às limitações físicas (5.3%, n = 1), sendo que a existência de escadas é a única barreira arquitetónica referenciada (10.5%, n = 2). Importa salientar que este resultado se torna numa potencialidade uma vez que as condições habitacionais são reconhecidas como determinantes para a saúde dos idosos pois o estado de saúde dos mesmos pode ser afetado pela falta de condições habitacionais (Rodrigues, 2007). Desta forma, tal como refere Paúl (2005), para que as pessoas idosas possam continuar a envelhecer na sua própria casa e comunidade é importante a criação de um ambiente “amigável”, sem barreiras e onde as atividades de vida diária possam ser realizadas com eficácia, assim como, a existência de segurança, quer ao nível do contexto residencial, prevenindo as quedas, como da comunidade, para que os idosos possam circular e realizar as atividades instrumentais ou lúdicas.

A maioria dos participantes 68.4%, (n = 113) não apresentar risco de isolamento social, tornando-se numa mais-valia, uma vez que no entender de Charles e Carstensen (2009), as relações sociais são fundamentais para a saúde física e mental ao longo da vida, com níveis elevados de suporte social percebido relacionado com menos

depressão e níveis elevados de satisfação com a vida. As relações sociais ocupam um lugar fundamental ao longo de todo o ciclo de vida, sendo de diferente natureza, cumprindo diferentes funções e proporcionando uma diversidade de resultados. É certo que muitas destas relações nem sempre são cordiais e positivas para o indivíduo, contudo a maioria delas são a origem de sentimentos essenciais de segurança, afeto, estabilidade, pertença e atenção indispensáveis à sobrevivência humana. A relação e/ou interação com outras pessoas (como por exemplo, estar mais ligado à família, amigos e comunidade) parece favorecer o sentimento de integração na sociedade, bem como os indicadores de saúde física e mental (Antonucci & Ajrouch, 2007). É consensual que as redes sociais contribuem para o funcionamento e bem-estar ao longo do ciclo de vida. A família é considerada como o pilar do suporte social recebido, podendo constituir uma fonte de apoio emocional e instrumental (Paúl, 2005). Mas, os amigos e vizinhos têm um papel importante na manutenção da identidade num mundo em mudança, através da partilha de tarefas que contribuem para a interpretação do passado e do presente. De acordo com Paúl (2005), os amigos têm um grande peso no bem-estar subjetivo dos idosos, pois com eles partilham intimidade, recebem apoio emocional, têm oportunidade de socialização, e mesmo apoio instrumental, sendo estas amizades uma fonte de auto-confirmação, valorização do *self* e auto-perceção. Faz parte da natureza do ser humano a necessidade de conviver e relacionar-se com os outros. Esta é uma necessidade que não se modifica com o envelhecimento, sendo que, em alguns casos, pode até aumentar. Na linha de pensamento de Berkman e colaboradores (2000), a integração social (casamento, relações familiares, amizades, comunidades da igreja e cívicas, voluntariado, respostas sociais) são fatores promotores de boa saúde. Estas relações sociais fazem as pessoas sentirem-se seguras num contexto familiar e confiantes que irão receber apoio quando precisarem. Posto isto conclui-se que a integração social previne problemas, conduz a uma recuperação mais rápida quando ocorrem problemas de saúde e prolonga a vida. Neste contexto, o centro de dia enquanto espaço de partilha relacional e afetiva pode constituir-se como uma oportunidade de alargar a rede relacionar, ou seja, a rede de suporte social das pessoas mais velhas e deste modo reduzir e/ou evitar a fragilidade social.

O facto da maioria dos participantes ser independente para as atividades básicas da vida diária (63.2%, n = 12) torna-se uma vantagem, uma vez que a diminuição ou perda da funcionalidade predispõe a população idosa a estados de maior vulnerabilidade, elevando assim as necessidades de cuidados a vários níveis (ex. cuidados de saúde, cuidados do social) e, conseqüentemente existe um aumento da utilização de serviços comunitários para colmatar as limitações funcionais detetadas.

A maioria (52.6%, n = 10) não apresenta risco face à sintomatologia ansiosa, este resultado pode ser encarado como uma potencialidade, uma vez que a ansiedade aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória e reduz a qualidade de vida, aumentando concomitantemente o risco de morte (Miller *et al.*, 2009). As perturbações ansiosas acarretam elevados custos ao sistema de saúde pois estão associadas a mais visitas aos cuidados de saúde primários e ao aumento da duração dessas visitas (Wetherell, *et al.*, 2005).

Maioritariamente no presente estudo os idosos estão satisfeitos com a sua vida (63.2%, n = 12). As conclusões do estudo levado a cabo por Diener e Suh (1997) vão de encontro aos resultados do presente estudo onde apontaram que a satisfação com a vida não mostra declínio com a idade. Por sua vez o conceito de satisfação com a vida é um dos componentes de envelhecimento bem-sucedido (Fernández-Ballesteros, 2009), onde o indivíduo se envolve em estratégias preventivas e compensatórias que permitem combater as alterações negativas que podem ocorrer no envelhecimento normal ou patológico (Whitbourne & Whitbourn, 2011). Posto isto importa referir que este resultado é um aspeto positivo no presente estudo.

No que se refere aos resultados da intervenção na fragilidade, e tendo em conta a revisão de literatura realizada no domínio, importa agora traçar implicações para a intervenção junto destes participantes enquanto clientes de uma resposta social específica, centro de dia, com vista à potencial redução dos níveis de fragilidade neste grupo. Estas linhas de intervenção visam diminuir o risco de dependência, institucionalização e morte das pessoas, evitando a condição de fragilidade (Lee *et al.*, 2011). Visam igualmente, estimular a possibilidade das pessoas frágeis recuperarem alguns dos défices identificados e tornarem-se não frágeis (Duarte, 2015). Deste modo e tendo em consideração o *Modelo Integral de Fragilidade* desenvolvido por Gobbens e colaboradores (2011) onde a fragilidade se explica a partir de um conjunto de fatores

multidimensionais, são propostas um conjunto de linhas orientadoras para a criação e implementação de uma intervenção multidisciplinar/multiprofissional junto de pessoas idosas frágeis em contexto de centro de dia pautadas por um registo físico, psicológico e social.

Tendo em conta que os idosos deste centro de dia demonstram ser severamente dependentes nas atividades instrumentais de vida diária, muito provavelmente a sua condição física está mais fragilizada. Posto isto, parece-nos pertinente a intervenção ao nível da componente física, uma vez que, por um lado os idosos apresentam estas características e por outro lado de acordo com a literatura no domínio a atividade física deve ser uma das áreas de intervenção na fragilidade, tendo revelado alguns resultados promissores. Programas de intervenção neste âmbito têm revelado ganhos dos participantes, reduzindo ou evitando a condição de fragilidade. Deste modo, e tendo em conta a condição de fragilidade física dos idosos deste centro de dia, pretende-se que esta proposta de intervenção ao nível da componente física passe por um conjunto de implicações práticas de modo a promover o exercício físico especificamente ao nível da **força, equilíbrio e velocidade** como por exemplo a prática de Tai-Chi, aulas de força e equilíbrio, prática de exercício físico estruturado, atividades de lazer tais como golf e caminhadas ao ar livre, piscina, ginásio, fisioterapia de manutenção, ações de sensibilização sobre risco de quedas e aconselhamento sobre calçado adequado, bem como alterações ambientais para otimizar a segurança no ambiente doméstico, sendo que toda esta intervenção deve ser desenhada e implementada por profissionais com formação específica neste domínio.

Paralelamente parece-nos também muito relevante envolver os cuidadores informais e/ou familiares destes idosos neste trabalho para que possam dar continuidade ao mesmo em casa, potenciando os ganhos e contribuindo para o aumento da autonomia dos mais velhos.

Um outro aspeto relevante do ponto de vista da intervenção prende-se com o **retardar das alterações ao nível sensorial**, estimulando visão, audição, tato, paladar e olfato; e promovendo o incentivo à nutrição de forma saudável e equilibrada como por exemplo a adoção de uma alimentação baseada numa dieta equilibrada rica em nutrientes e com baixo valor proteico, à semelhança do que tem sido adotado em programa de intervenção analisados previamente (Duarte, 2015).

No que se refere ao domínio psicológico, considerando que a grande maioria (63.2%, n = 12) dos idosos apresenta sintomatologia depressiva, tendo os valores relevância clínica, torna-se importante trabalhar a este nível porque as evidências da literatura mostram que as intervenções que trabalharam esta componente trazem benefícios ao nível da fragilidade (Duarte, 2015). Considerando mais uma vez os estudos sobre programas de intervenção na fragilidade analisados, propõe-se linhas de intervenção ao nível das estratégias de *coping*, trabalhando mecanismos ajustados para as pessoas idosas lidarem com as alterações inerentes ao processo de senescência; e ao nível do humor diminuindo ao máximo a sintomatologia depressiva e impedir que os sintomas avancem para quadros psicopatológicos. Por outro lado, sugere-se o desenvolvimento das competências de autocontrolo, autoeficácia e gestão emocional, uma vez que estes indicadores psicológicos têm um grande impacto ao nível dos mecanismos psicológicos de adaptação, bem como ao nível do bem-estar psicológico. Destaca-se também a este respeito a estimulação cognitiva com um potencial promissor no sentido de minorar a fragilidade. Neste ponto, sublinhamos a importância de se trabalhar aspetos relacionados com a memória, atenção e raciocínio.

No que se refere à área social, tendo em conta que 78.9% dos idosos referem ter uma relação de vizinhança amigável e também uma boa rede de suporte social, parece-nos pertinente intervir no sentido de manter e fortalecer a sua rede de suporte social, uma vez que segundo a literatura défices nas relações sociais levam à condição de fragilidade (Duarte, 2015). Posto isto, tendo em conta as características dos idosos e também a revisão de literatura no domínio, são propostas linhas de intervenção no sentido de se promover relações sociais das pessoas idosas frágeis, numa dimensão intra e intergeracional. Por outro lado, é fundamental que a pessoa idosa frágil mantenha uma boa rede social e nela tenha uma participação ativa e desenvolva o sentimento de pertença.

Para pôr em prática as orientações traçadas importa que a instituição proceda à reorganização do corpo técnico, uma vez que os trabalhos de investigação mais recentes enfatizam a importância deste aspeto à luz de uma perspetiva multidimensional (Sourial *et al.*, 2010, como citado em Duarte, 2015), envolvendo profissionais de várias áreas como gerontólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo,

entre outros. Através de um estudo realizado por Lee e colaboradores (2012), notou-se um crescente interesse em intervenções multidimensionais, visando otimizar as funções biológicas, psicológicas e sociais de idosos frágeis. Uma revisão sistemática realizada recentemente por Cameron e colaboradores (2015) constatou que as intervenções multidimensionais baseadas na comunidade reduzem os internamentos hospitalares na população frágil. Num estudo realizado por Beswick e colaboradores (2015) as intervenções multidimensionais realizadas na comunidade no âmbito da fragilidade podem ajudar os idosos a viverem independentes em casa com a prática de exercício físico e diminuição do risco de quedas. Posto isto torna-se imprescindível que as intervenções desenvolvidas neste âmbito sejam multidimensionais, o que implica a constituição de equipas multiprofissionais para o desenvolvimento de intervenções desta natureza no centro de dia.

Também a duração da intervenção é relevante para os efeitos ao nível da fragilidade, segunda a literatura os programas de intervenção superiores a doze meses são mais eficazes. A avaliação da intervenção torna-se essencial para se poder adaptar a intervenção às necessidades específicas identificadas, uma vez que os estudos de intervenção no âmbito da fragilidade revistos não conseguiram apoiar a melhoria do funcionamento e da qualidade de vida porque as intervenções não foram adaptadas às necessidades específicas (Cameron *et al.*, 2015). A intervenção deve ser adaptada individualmente com base nos resultados da avaliação gerontológica realizada (Lee *et al.*, 2012). Uma vez que a família é considerada um pilar do suporte social recebido, podendo constituir uma fonte de apoio emocional e instrumental (Paúl, 2005), torna-se importante o envolvimento da família na intervenção. De acordo com a revisão de literatura realizada no domínio, sugere-se que a implementação destas recomendações práticas se estenda para além do centro de dia, tendo sempre em consideração os contextos onde o idoso está inserido. Os diferentes contextos onde o idoso está inserido têm impacto na saúde física e emocional do mesmo, assim como na forma como utiliza os mecanismos de adaptação ao meio. De acordo com Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2004), dadas as limitações relacionadas com a idade, o ambiente socio-físico é um aspeto importante para a qualidade de vida na velhice e o lugar onde se vive e o tipo de estimulação físico-social que o idoso recebe influencia o processo de envelhecimento. Deste modo, as características ambientais devem ser

tidas em consideração para uma melhor compreensão dos processos diferenciados de envelhecimento (Oswald, Jopp, Rott, & Whal, 2011). Se o contexto físico e humano é um aspeto importante no processo de envelhecimento, importa maximizar o envelhecimento bem-sucedido a partir de uma relação adequada entre o idoso e o meio (Paúl, 2005). Assim sendo, considera-se que um envelhecimento bem-sucedido depende sobretudo de um ambiente harmonioso, no qual os determinantes físicos, psicológicos e sociais são devidamente valorizados.

Tendo em consideração que o gerontólogo social é capaz não só de realizar uma intervenção mais direta com o idoso, mas também na interação pessoa/ambiente, importa salientar o papel deste profissional. O papel do gerontólogo nesta intervenção pode ser a dois níveis: nível indireto e nível direto. Ao nível indireto agregando o trabalho da equipa multidisciplinar; articulação com outros contextos/intervenientes de vida dos idosos e ao nível direto procedendo à avaliação gerontológica multidimensional; trabalho direto com os idosos, motivando-os e envolvendo-os nas atividades e trabalhar a avaliação/reforço das redes sociais.

Tendo em conta tudo o que anteriormente foi dito, de facto revela-se um trabalho árduo, o envelhecimento acarreta consigo novos desafios e dilemas exigindo profissionais especializados neste domínio. Como refere Fernandes (2007), os processos de envelhecimento são complexos, os percursos do envelhecer heterogéneos, os problemas são diversos, constituindo um desafio constante à formação contínua e à especialização. Para a autora, no âmbito do cuidar são exigidas “aptidões técnicas não apenas no campo biomédico como nos campos psicológico, espiritual, antropológico, social e ético, o que constitui um enorme desafio para as escolas de saúde e de ação social que têm a responsabilidade de formar e atualizar profissionais que pretendam trabalhar ou trabalhem nesta área das ciências humanas, que ultrapassa as fronteiras das ciências da saúde” (p. 217). Na profissionalização da intervenção de âmbito gerontológico, seja qual for o nível de qualificação, devem ser considerados estes critérios.

Segundo Fernandes (2007), assume-se que para uma intervenção de âmbito gerontológico, a investigação de boas práticas é um aspeto central. À semelhança de Bengston e colaboradores (1997) e Alley e colaboradores (2010), existem uma série de razões para se avançar com novas estratégias de ação, quer na prática, quer na

investigação em Gerontologia Social. Partir dos resultados para orientar a prática e partir da prática para delinear novos planos de investigação, é seguramente traçar novos caminhos face ao envelhecimento da população. Aprender a consumir investigação é fundamental para o desenvolvimento da prática baseada na evidência. Os resultados da investigação são úteis para a tomada de decisão na prática profissional, mas, ao mesmo tempo, a investigação precisa de ser doseada pela “expertise” decorrente da experiência profissional em domínios específicos, bem como pela ética e valores associados ao exercício da profissão (Sackett, Strauss & Richardson, 1997).

Compreende-se assim que o contínuo desenvolvimento da Gerontologia Social envolva a investigação produzida no domínio do envelhecimento humano, minimizando assim a distância entre os avanços científicos e a prática profissional em Gerontologia Social. Uma prática baseada na evidência poderá contribuir para que os cuidados sejam prestados enraizados em evidência científica válida e relevante, o que poderá levar a uma avaliação e intervenção mais eficazes.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional parece ser, na atualidade, um tema central um pouco por todo o mundo. Alcançar uma idade longínqua é claramente uma das maiores conquistas da Humanidade. Contudo, apesar desta visão positiva, este fenómeno traz consigo um conjunto de preocupações e exigências que assolam o nosso país e grande parte dos países desenvolvidos. Se por um lado, envelhecer é um triunfo da humanidade, sendo sinónimo de melhores condições de vida, o envelhecimento passa também a ser um desafio para políticos, investigadores e profissionais, sobretudo porque as sociedades não estão preparadas para vidas tão longas. Neste contexto tendo em conta que a fragilidade em idosos é um conceito relativamente recente considerasse que os resultados do presente estudo são um contributo relevante para o conhecimento no âmbito da Gerontologia Social. Este trabalho contribui para a investigação no âmbito da intervenção junto de pessoas idosas frágeis em contexto de Centro de dia, considerando-se útil do ponto de vista das implicações para a prática gerontológica no domínio da fragilidade num contexto de prática profissional específico – o centro de dia.

A análise de literatura realizada no domínio refere que a fragilidade é considerada um desafio para a longevidade, não só pelo fato desta condição colocar em causa o número de anos vividos, pelos resultados adversos que podem ser desencadeados, mas, também, pelas circunstâncias físicas, psicológicas e sociais que a pessoa idosa enfrenta. São identificados também aspetos psicossociais inerentes à condição de fragilidade, tendo sido destacados no presente estudo as questões relacionadas com o desempenho cognitivo, com o humor e com o seu funcionamento social. Ao nível do desempenho cognitivo, parece evidente que o comprometimento intelectual é preditor da condição de fragilidade. Os estudos que procuram descortinar esta associação destacam que este indicador é muitas vezes associado à predisposição da condição de fragilidade. No que diz respeito ao humor, mais precisamente à presença de sintomatologia depressiva, parece evidente que os resultados dos vários estudos existentes no domínio apontam para uma relação bidirecional associada à fragilidade, o que é confirmado no nosso estudo. Outro dos indicadores estudados, ao nível psicossocial, diz respeito à área social da pessoa idosa, onde a fragilidade está

associada a pessoas com menor rede social e que mantêm menor leque de relações interpessoais, o que também foi verificado nos nossos resultados.

Em modo de conclusão tendo em conta que a fragilidade é considerada um desafio para a longevidade, importa desenvolver estudos e intervenções neste âmbito promovendo estratégias para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas, conduzindo a um envelhecimento ativo. Azevedo e Teles (2011) referem que é da responsabilidade dos interventores sociais (Gerontólogos Sociais) proporcionar oportunidades de envelhecimento ativo, com o objetivo de satisfazer as necessidades, anseios e desejos do idoso. Para tal, é necessário que o profissional tenha conhecimentos sobre o processo de envelhecimento para que possa identificar dificuldades e potencialidades da pessoa, assim como discriminar sinais de alerta que indiquem processos não normativos da velhice. É de ressaltar que a atuação do gerontólogo social não se dirige apenas à população idosa, mas também deve ser colocada em prática junto do poder político, pois tal como Dias e Rodrigues (2012) referem, o envelhecimento demográfico sugere um conjunto de desafios e de oportunidades às políticas sectoriais, sendo por isso pertinente uma maior abertura a novas práticas e a novos modelos.

A Gerontologia Social pode ser uma via essencial para a sensibilização, compreensão e intervenção de modo a promover um envelhecimento bem-sucedido. Neste sentido, e tendo em linha de conta que esta ciência é muito atual e imprescindível nos próximos anos, é fundamental continuar a construir conhecimentos sólidos através da investigação sistemática, com recurso a metodologias robustas e adequadas às temáticas sob investigação, a desenvolver estratégias de intervenção cientificamente sustentadas, potenciadoras do envelhecimento bem-sucedido, assim como a contribuir para a formação de profissionais capazes de intervir no sentido da inovação e mudança. O envelhecimento da população é um dos fenómenos da atualidade. Por isso, torna-se necessário prosseguir com estudos neste domínio, de modo a reunir evidência para desenvolver programas e serviços que permitam que as pessoas mais velhas permaneçam nas suas casas tanto tempo quanto possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1997). Concern with others at midlife: Care, comfort, or compromise. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (147-169). USA: The University of Chicago Press.
- Antonucci, T. C., & Ajrouch, K. J. (2007). Social resources. In H. Mollenkopf & A. Walker (Eds.), *Quality of life in old age* (pp. 49-64). New York: Springer.
- Aartsen, M. J., Van Tilburg, T., Smits, C. H., & Knipscheer, K. C. (2004). A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 249-266.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista portuguesa de saúde pública*, 32(2), 188-196.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Carvalho, J.M.M. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: contributos para a prática baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia*, 1(1).
- Balard, F., Blain, H., & Robine, J.M. (2012). How to define old age: successful aging and/or longevity. *Médecine Sciences*, 28 (3), 281-287
- Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-374). New York: Springer Publishing Company.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunanathan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 731-737.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 5, 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as Foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Baltes, P., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471- 507.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U., & Staudinger, U.M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. In R.M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development: Vol.1. Handbook of child psychology* (pp. 569-664). New York: Wiley.
- Baltes, P. (2004). Lifespan psychology: from developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Human Development*, 123-144.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.
- Bonfim, C. e Saraiva, M. (1996). *Centro de dia – Condições de localização, instalação e funcionamento*. 8ª Edição, Direção-Geral da Ação Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Lisboa.
- Cameron, I. D., Fairhall, N., Gill, L., Lockwood, K., Langron, C., Aggar, C., Monaghan, N., & Kurrle, S. (2015). Developing interventions for frailty. *Advances in Geriatrics*. *Advances in Geriatrics*, 2015.
- Chen, X., Mao, G., & Leng, S. X. (2014). Frailty syndrome: an overview. *Clin Interv Aging*, 9(433), 41-42.
- Cameron, I. D., Fairhall, N., Langron, C., Lockwood, K., Monaghan, N., Aggar, C., Sherrington, C., Lord, S. R., & Kurrle, S. E. (2013). A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC medicine*, 11(65), 1-10.

- Carvalho, R. (2013). A animação sociocultural em contexto de centro de dia: Projeto de intervenção. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal.
- Cupertino, A.P.F.B., Rosa, F.H.M. & Ribeiro, P.C.C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspetiva de indivíduos idosos.
- Comijs, H. C., Dik, M. G., Deeg, D. J., & Jonker, C. (2004). The course of cognitive decline in older persons: results from the longitudinal aging study Amsterdam. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 17(3), 136-142.
- Duarte, M. (2015). *Fragilidade em Idosos*. Modelos, Medidas e Implicações Práticas. 1ª edição, Coisas de Ler. Lisboa.
- Dias, I. & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e Sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 179-202). Lisboa: Lidel.
- Fairhall, N., Kurrle, S. E., Sherrington, C., Lord, S. R., Lockwood, K., John, B., Monaghan, N., Howard, K., & Cameron, I. D. (2015). Effectiveness of a multifactorial intervention on preventing development of frailty in pre-frail older people: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 5(2).
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: some empirical results. *Psicothema*, 13, 1, 40-49.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging - the contribution of psychology*. Cambridge: Hogrefe.
- Fernández-Ballesteros, R., & Rodríguez, J. (2004). Ambiente y vejez. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 251-273). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Merita, M., & Hernández, J. (2009). Planificación y evaluación de programas gerontológicos. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp. 401-434). Madrid: Pirámide.
- Fernandes, A. M. (2007). Envelhecimento, perspetivas de criação de emprego e necessidades de formação para a qualificação dos recursos humanos. Edição do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP).
- Franciulli, S., Ricci, N., Lemos, N., Cordeiro, R & Gazzola, J. (2007). A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (3), pp. 473-580.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Semman, T., Tracy, R., & Burnie, M. A. (2001). Frailty in older adults evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Franciulli, S., Ricci, N., Lemos, N., Cordeiro, R & Gazzola, J. (2006). A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), pp. 373-380.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento - uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Folstein, F., Folstein, E. & McHugh, R. (1975). "Mini Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12: 189-198.
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing outlook*, 58(2), 76-86.
- Gobbens, R. J., Van Assen, M. A., Luijckx, K. G., & Schols, J. M. (2012). Testing an integral conceptual model of frailty. *Journal of advanced nursing*, 68(9), 2047-2060.
- George, L. K. (1996). Social factors and illness.
- Hogan, D. B., Macknight, C. & Bergman, H. (2003). Models, definitions and criteria of frailty. *Aging Clinical a Experimental Research*, 15, 1-29
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011- Resultados Definitivos. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. [documento eletrónico] retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&contexto=bd&selTab=tab.

- Isidoro, A. (2013). Os Determinantes da Eficácia Organizacional na Resposta Social Centro de dia, do Centro de Bem Estar Social da Zona Alta de Torres Novas – uma abordagem multistakeholder. Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém, Santarém, Portugal.
- Jonker, A. A., Comijs, H. C., Knipscheer, K. C., & Deeg, D. J. (2009). The role of coping resources on change in well-being during persistent health decline. *Journal of Aging and Health, 21*(8), 1063-1082.
- Jamieson, A. (2002). Theory and practice in social gerontology. In A. Jamieson & C. Victor (Eds.), *Researching ageing and later life* (pp. 7-15). Buckingham: Open University Press.
- Kahana, E. King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wykle, P. J. Whitehouse, & D. L., Morris (Eds.), *Successful aging through the life-span* (pp. 103-126). New York: Spring Publishing Company, Inc.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Ageing & mental health, 16*(4), 438-451.
- Lee, P. H., Lee, Y. S., & Chan, D. C. (2012). Interventions targeting geriatric frailty: a systemic review. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics, 3*(2), 47-52.
- Levers, M. J., Estabrooks, C. A., & Ross Kerr, J. C. (2006). Factors contributing to frailty: literature review. *Journal of advanced nursing, 56*(3), 282-291.
- Lima, A. M. M., Silva, H. S. & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Comunicação, Saúde e Educação, 27*(12), 795-807.
- Morley, J. E., Perry, H. M., & Miller, D. K. (2002). Editorial: Something about frailty. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57*(11), M698-M704.
- McInnis-Dittrici (2002). *Social work with elders: a biopsychosocial approach to assessment and intervention*. Boston: Allyn & Bacon.
- Neri, A. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Brasil: Átomo Alínea.
- Naleppa, M.J. & Reid, W. (2000). Integrating case management and brief-treatment strategies: A hospital-based geriatric program. *Social Work in Health Care, 31*(4), 1-23.
- Naleppa, M.J. & Reid, W. (2001). Home-based practice with older adults: Challenges and opportunities in the home environment. *Journal of Gerontological Social Work, 35* (1), 71-88
- Naleppa, M.J. & Reid, W. (2003). *Gerontological social work: A task centered approach*. New York: Columbia University Press
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active ageing, a policy framework*. Geneva: World Health Organization; 2002. Retirado a 22 de junho de 2015 de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf<http://social.un.org/ageing-115>
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Retirado a 1 de julho de 2016 de <http://www.dgeep.mtss.gov.pt>
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Puts, M. T., Toubasi, S., Atkinson, E., Ayala, A. P., Andrew, M., Ashe, M. C., Bergman, H., Ploeg, J., & McGilton, K. S. (2016). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a protocol for a scoping review of the literature and international policies. *BMJ open, 6*(3), 1-6.
- Pinheiro, I. (2013). *Impacto da assistência em centro-dia na cognição, funcionalidade, medo e risco de quedas e qualidade de vida de idosos*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp.1-17). Lisboa, Portugal: Lidel-edições técnicas, Lda.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.). (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel Edições técnicas.
- Puts, M. T., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P., & Deeg, D. J. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands?. *Quality of life Research, 16*(2), 263-277.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). Desenvolvimento Psicossocial na Terceira Idade. In D. E. Papalia, S. W. Olds, & R. D. Feldman (Ed.) *Desenvolvimento humano* (pp.702-736). São Paulo: Artmed.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 25*, 275-287.

- Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Boeke, A. J. P., Deeg, D. J., & van Eijk, J. T. M. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health, 11*(2), 151-168.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde, 15*, 217-234.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., Fernandes, L., Firmino, H., Simões, M., & Paúl, C. (2010). Geropsychology and psychogeriatrics in Portugal: research, education and clinical training. *International Psychogeriatrics*, pp. 854-863.
- Ribeiro, P. C. C., Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B., & Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo, 14*(3), 501-509.
- Richardson, V., & Barusch, A. (2006). Integrated Gerontological Practice. In *Gerontological Practice for the Twenty - first century* (pp. 48-63). Columbia: University Press.
- Rodrigues, R. (2007). Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização serviços*. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda.
- Rodrigues, R. M. C., Silva, C. F. R. D., Loureiro, L. M. D. J., Silva, S. M. D. T. D., Crespo, S. S. D. S., & Azeredo, Z. D. A. S. (2015). Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência, 5*(5), 65-74.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J.W., & Kahn R.L. (1998). Successful aging. New York: Random House.
- Sowers, K., & Rowe, W. (2007). Global aging. In J. Blackburn & C. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 3-16). New York: John Wiley & Sons.
- Rossel, N. Y. (2004). La problemática social de los cambios poblacionales. In Rossel, N. Y., Rico, R. R., & Herrera, M. A., *Introducción a la Psicogerontología* (pp. 89-96). Madrid: Psicología Pirámide.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science, 237*, 143-149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). The structure of successful aging. In J. W. Rowe, & R. L. Kahn (Eds.), *Successful aging: The MacArthur foundation study* (pp. 36-52). New York: Pantheon.
- Schaie & Willis (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson/Prentice-Hall.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: the Seattle longitudinal study*. New York: Cambridge University Press.
- Schroots, J., & Birren, J., (1980). A Psychological point of view toward human aging and adaptability. *Adaptability and Aging, Proceedings of 9th International Conference of Social Gerontology, Quebec, Canada, 9*, 43-54.
- Sourial, N., Wolfson, C., Bergman, H., Zhu, B., Karunanathan, S., Quali, J., Fletcher, J. et al. (2010). A correspondence analysis revealed frailty deficits aggregate and are multidimensional. *Journal Clinical Epidemiology, 63*, 647- 654.
- Strandberg, T. E., Pitkälä, K. H., & Tilvis, R. S. (2011). Frailty in older people. *European geriatric medicine, 2*(6), 344-355.
- Teixeira, M. (2008). Centro de dia na perspectiva do Utente. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos Humanos e Categorias Sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Veríssimo, M. T. (2005). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Livraria Almedina.
- Viscarret, J. S. (2007). El modelo: Nuevo referente teórico y metodológico deltrabajosocial . In. J. S. Viscarret (Cord), *Modelos y Métodos de IntervenciónenTrabajo Social*. AlianzaEditoral.
- Walston, J. D. (2005). Biological markers and molecular biology of frailty. In Carey R. (eds.). *Longevity and Frailty*, 83-90. Germany: Springer
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.