



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Fragilidade e Redes Sociais:

Um estudo com idosos a viver na comunidade

Carina Felícia Belo Barbosa

Escola Superior de Educação
2020



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Carina Felícia Belo Barbosa

Fragilidade e Redes Sociais:
Um estudo com idosos a viver na comunidade

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)

Professora Doutora Carla Faria

Mestre Bruno Bessa

fevereiro de 2020

A arte de um guerreiro nasce na sua capacidade de persistir, na inigualável perseverança e na valentia perante quaisquer que sejam as adversidades e os adversários.

Gustavo Santos

Ao meu avô Armando que sempre me incentivou a seguir os meus sonhos e que na última conversa me disse: “a maior alegria que me podes dar é acabar os estudos”, dedico todo este trabalho com o sentimento de promessa cumprida. Sempre serás o meu herói, obrigada por tudo o que me ensinaste e pelo amor. Por ti, continuei.

AGRADECIMENTOS

Muitos dizem que nada na vida acontece por acaso. Num percurso de altos e baixos, de decepções, deceções, alegrias e sonhos concretizados, construí o meu próprio caminho. Estou grata a todas aquelas pessoas que me acompanharam ao longo de toda esta jornada e contribuíram para alcançar este objetivo, fazendo parte integrante desta dissertação de mestrado:

À minha orientadora, Professora Doutora Carla Faria, pela sua orientação e acompanhamento constante em todo o percurso, pelos conhecimentos transmitidos, pelos materiais disponibilizados, persistência, dedicação e empenho, e acima de tudo, pela paciência, motivação e força que me transmitiu em continuar a lutar pela entrega desta dissertação nos prazos estabelecidos, obrigada por acreditar em mim.

Ao meu orientador, Professor Bruno Bessa, que me desafiou a “apaixonar” pela fragilidade, pelos conhecimentos e documentos científicos partilhados sobre a temática, pelo apoio imprescindível no tratamento estatístico dos dados quantitativos, pelo esclarecimento de dúvidas, por todo o apoio e motivação, e acima de tudo pela prontidão e disponibilidade em estar presente mesmo estando longe.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Alice Bastos, com a qual tive o privilégio de me cruzar durante o percurso académico, um muito obrigada pelos conhecimentos científicos transmitidos, pela preocupação sobre o rumo da dissertação e acima de tudo, pela inspiração e pela genuinidade de olhar a Gerontologia Social com uma visão muito positiva e entusiasmante.

A todos os idosos que colaboraram neste estudo, que me receberam de braços abertos e partilharam comigo a sua história de vida e a sua sabedoria, sem vocês nada disto seria possível.

Às IPSS's que gentilmente me acolheram e permitiram crescer a nível pessoal e profissional através das aprendizagens adquiridas, mas acima de tudo, pela oportunidade que me deram em fazer o que mais amo e em explorar a Gerontologia Social no terreno.

A toda a minha família, pelo apoio incondicional, pela paciência com as minhas “birras”, ansiedades e receios, pelas palavras de incentivo e encorajamento, em especial aos meus pais, Margaret e Leandro, ao meu irmão Filipe, aos meus tios e primos.

À minha bisavó Vitória e às minhas avós Celeste e Conceição, por serem a minha grande inspiração nesta área profissional, o vosso amor será sempre a minha força.

À minha madrinha Felícia, a minha guerreira, ao meu padrinho, Mando, pela disponibilidade e preocupação, à minha prima Ana, inspiração de persistência e polivalência, obrigada pela paciência, força e incentivo nos momentos mais duvidosos.

À minha melhor amiga, Raquel, ao meu sempre disponível amigo Alexandre e às minhas colegas de Mestrado, Carla, Cristiana e Catarina, um especial agradecimento pelo apoio, incentivo, motivação, mas acima de tudo pelos momentos de convívio, pelos desabafos e pela amizade que transforma lágrimas e sorrisos.

A todas as pessoas que mesmo não estando aqui mencionadas, contribuíram para a concretização deste trabalho, o meu mais sincero agradecimento por terem transformado a minha vida e me ajudarem a acreditar no potencial de mudança.

RESUMO

Contexto e objetivos: A fragilidade é, para muitos autores, uma expressão problemática do envelhecimento da população que ainda não encontrou na literatura uma definição unânime e consensual. Gobbens e Assen (2014) apresentam uma definição multidimensional de fragilidade, assumindo que “a fragilidade é um estado dinâmico que afeta um indivíduo que sofre perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), causada pela influência de uma variedade de variáveis e que aumenta o risco de efeitos adversos” (p.123). Este conceito assume uma importância crescente face ao envelhecimento da população e à preocupação em identificar sinais que permitam a prevenção, adiamento ou reversão. Hooyman e Kiyak (2011) referem que na etapa final do curso de vida, as necessidades de suporte social podem aumentar, provocadas pelas necessidades e mudanças na saúde, cognição e funcionamento emocional. A existência de uma rede social que funcione bem, na qual as pessoas mais velhas sintam que recebem o apoio necessário às suas necessidades, é apontado por Cramm e Nieboer (2013) como uma condição importante para a prevenção da fragilidade em idosos residentes na comunidade. A investigação comprova que idosos frágeis podem não receber o suporte social de que precisam para serem capazes de viver de forma independente na sua casa por mais tempo, o que aumenta a probabilidade de serem institucionalizados. Assim, o sentimento de pertença a uma rede social ativa e responsiva contribui para melhorar as condições de vida das pessoas idosas e prevenir a fragilidade. Neste contexto, estabelece-se como objetivos do presente estudo: (1) caracterizar sociodemograficamente os participantes em estudo; (2) identificar indicadores de fragilidade; (3) caracterizar as redes de suporte social dos idosos em estudo; e (4) analisar a relação entre fragilidade e redes sociais em pessoas mais velhas.

Método: O presente estudo é de natureza quantitativa de tipo correlacional. Os participantes são 100 idosos a residir na comunidade, sendo que 50 recebem apoio de serviços formais de retaguarda à velhice (Centro de Dia ou Serviço de Apoio Domiciliário) – Grupo A, enquanto que os restantes 50 não recebem apoio deste tipo de serviços – Grupo B. A avaliação dos participantes foi realizada com um protocolo constituído por dois instrumentos: 1) TILBURG FRAILITY INDICATOR; 2) Escala Breve de Redes Sociais de Lubben 6

Resultados: Os participantes são maioritariamente do género feminino (64%), casados (62%), com escolaridade entre 1 e 4 anos (79%) e rendimentos iguais ou inferiores a 500€ mensais (61%), com idade média de 77 anos (DP=6,64). Analisando os determinantes do curso de vida e a fragilidade, constatamos que os participantes mais frágeis são os participantes que não recebem serviços formais de retaguarda à velhice (58,0%), mais velhos (idades ≥76), com baixa escolaridade (M=3,0; DP=1,3), com estilo de vida pouco saudável (47,1%), e que apresentam comorbilidades (64,6%). Relativamente ao contexto de vida e os três domínios de fragilidade constatamos que são os idosos do Grupo A que apresentam valores médios de fragilidade superiores no domínio total (M=6,04; DP=3,23), físico (M=3,38; DP=2,16), psicológico (M=1,50; DP=0,93) e social (M=1,16; DP=0,98). No que se refere à rede social, os participantes com maior risco de isolamento social pertencem ao Grupo B (38%), sendo que os participantes com menor risco de isolamento social são participantes do género masculino (91,7%), casados (90,3%) e com rendimentos iguais ou inferiores a 500€ (88,5%). A análise da associação entre fragilidade e rede social permite verificar que níveis superiores de fragilidade estão associados a rede social (total, família e amigos) mais pobre ($r=-0,321$, $p<0,001$; $r=-0,242$, $p<0,05$; $r=-0,289$, $p<0,01$). **Conclusão.** A evidência reunida poderá ser tomada como ponto de partida para compreender a relação entre fragilidade e redes sociais em idosos residentes na comunidade, permitindo definir linhas de intervenção para identificar, prevenir e intervir no âmbito da fragilidade e das redes sociais.

Palavras-chave: Envelhecimento; Fragilidade; Redes Sociais; Gerontologia Social

fevereiro, 2020

ABSTRACT

Context and aims: Fragility is, for many authors, a problematic expression of an aging population that has not yet found a unanimous and consensual definition in the literature. Gobbens and Assen (2014) present a multidimensional definition of fragility, assuming that “Fragility is a dynamic state that affects an individual who suffers losses in one or more domains of human functioning (physical, psychological, social), caused by the influence of a variety of variables and that increases the risk of adverse effects” (p.123). This concept assumes an increasing importance in view of the aging population and the concern to identify signs that allow prevention, postponement or reversal. Hooyman and Kiyak (2011) refer that in the final stage of the life course, the needs for social support may increase, caused by the needs and changes in health, cognition and emotional functioning. The existence of a well-functioning social network, in which older people feel they receive the necessary support for their needs, is pointed out by Cramm and Nieboer (2013) as an important condition for the prevention of frailty in elderly residents in the community. Research shows that frail elderly people may not receive the social support they need to be able to live independently in their home for longer, which increases the likelihood of being institutionalized. Thus, the feeling of belonging to an active and responsive social network contributes to improving the living conditions of the elderly and preventing frailty. In this context, the objectives of this study are established: (1) to characterize sociodemographically the participants in the study; (2) identifying indicators of fragility; (3) to characterize the social support networks of the elderly people under study; and (4) to analyze the relationship between frailty and social networks in older people.

Method: The present study is of a quantitative nature of a correlational type. Participants are 100 elderly people residing in the community, 50 of whom receive support from formal back-up services (Day Care or Home Support Service) - Group A, while the remaining 50 do not receive support from this type of service - Group B. The evaluation of the participants was carried out with a protocol consisting of two instruments: 1) TILBURG FRAILITY INDICATOR; 2) Lubben Brief Social Network Scale 6

Results: The participants are mostly female (64%), married (62%), with education between 1 and 4 years (79%) and income equal to or less than € 500 per month (61%), with an average age of 77 years (DP= 6.64). Analyzing the determinants of the life course and fragility, we found that the most fragile participants are those who do not receive formal services to support old age (58.0%), older (ages ≥ 76), with low education ($M = 3.0$; $SD = 1.3$), with an unhealthy lifestyle (47.1%), and with comorbidities (64.6%). Regarding the context of life and the three frailty domains, we found that it is the elderly in Group A who have higher mean frailty values in the total domain ($M = 6.04$; $SD = 3.23$), physical ($M = 3.38$; $DP = 2.16$), psychological ($M = 1.50$; $DP= 0.93$) and social ($M = 1.16$; $DP= 0.98$). With regard to the social network, the participants with the highest risk of social isolation belong to Group B (38%), with the participants with the lowest risk of social isolation being male participants (91.7%), married (90, 3%) and with an income equal to or less than € 500 (88.5%). The analysis of the association between frailty and social network allows to verify that higher levels of frailty are associated with the poorer social network (total, family and friends) ($r = -0.321$, $p < 0.001$; $r = -0.242$, $p < 0.05$; $r = -0.289$, $p < 0.01$).

Conclusion: The evidence gathered can be taken as a starting point to understand the relationship between frailty and social networks in elderly residents in the community, allowing to define lines of intervention to identify, prevent and intervene in the scope of frailty and social networks.

Keywords: Aging; Frailty; Social Networks; Social Gerontology

february, 2020

Índice

Capítulo I – Revisão de Literatura.....	5
1) O Envelhecimento Humano: conceitos, teorias e modelos.....	6
1.1. A pertinência da Gerontologia Social face à longevidade humana.....	6
1.2. As teorias do envelhecimento e a idade	7
1.3. O Envelhecimento Demográfico.....	8
1.4. O Envelhecimento Bem-Sucedido/Ótimo	9
2) Suporte Social e Envelhecimento.....	11
2.1. Suporte Social e Rede Social: conceitos	11
3.Fragilidade e Envelhecimento	25
Capítulo II – Método.....	45
1.1. Plano de investigação e participantes.....	46
1.2. Instrumentos de recolha de dados.....	46
1.3. Procedimentos de recolha de dados.....	47
1.4. Estratégias de análise de dados.....	48
Capítulo III – Apresentação dos Resultados	49
1.1. Características sociodemográficas dos participantes	50
1.2. Fragilidade.....	51
1.3. Redes Sociais.....	57
Capítulo IV – Discussão de Resultados e Conclusão.....	61
Discussão dos Resultados	62
Conclusão	69
Referências Bibliográficas.....	71

Introdução

O envelhecimento é uma tendência global das sociedades mais desenvolvidas. Segundo o Centro Internacional da Longevidade do Brasil (ILC, 2015), o mundo envelhece rapidamente devido à redução da mortalidade, à redução da taxa de fecundidade e ao aumento da esperança média de vida. O número de idosos com mais de 80 anos cresce nos países de nível socioeconómico médio-baixo, tanto que se prevê que em 2050 o número de pessoas nesta faixa etária seja de 19% da população idosa mundial. Já no que se refere aos centenários, a previsão aponta para os 3,2 milhões (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2013).

Segundo Baltes e Danish (1980), o envelhecimento é parte integrante do desenvolvimento humano; enquanto processo contínuo e dinâmico de ganhos e perdas ao longo da vida que envolve aspetos biológicos, psicológicos e sociais, incluindo hábitos e estilos de vida. O envelhecimento não pode ser compreendido apenas em função do imediato e visível nas últimas etapas da vida, mas deve ser entendido em função dos períodos prévios, e nos seus efeitos sobre a saúde e a participação social. O envelhecimento não se restringe à velhice, mas é um percurso ontogénico e depende da capacidade da pessoa ter um papel ativo na tomada de decisão sobre a sua vida, enaltecendo a agência humana.

A comunidade científica tem debatido a temática da fragilidade, considerando-a como uma expressão problemática do envelhecimento da população, não chegando ainda a um consenso universal sobre a sua definição e operacionalização (Gruner, Antunes, Magalhães & Castro, 2014). No entanto, a Geriatria e a Gerontologia têm vindo a demonstrar interesse e a realizar estudos nesta temática (Duarte, 2015). Duarte (2015) acrescenta a necessidade de se investigar a fragilidade associada à longevidade, sendo o envelhecimento um processo diferenciado, na medida em que, com o aumento dos anos, as características individuais da pessoa vão-se acentuando. Assim, pessoas com a mesma idade cronológica apresentam idades funcionais, psicológicas e sociais diferentes.

O envelhecimento e a fragilidade têm sido dois temas relacionados e debatidos pela comunidade científica em linhas paralelas, mas independentes. Rolfson (2018), na sua revisão sistemática sobre o envelhecimento bem-sucedido e fragilidade concluiu que a história dos conceitos é um ponto comum, na medida em que ambos têm como base concetual o *continuum* do envelhecimento e desafios relativamente ao consenso e operacionalização.

Gobbens e Assen (2014), após um estudo exaustivo de literatura, apresentam a seguinte definição multidimensional de fragilidade: “A fragilidade é um estado dinâmico que afeta um indivíduo que sofre perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), causada pela influência de uma variedade de variáveis e que aumenta o risco de efeitos adversos” (Gobbens & Assen, 2014, p.123). Os autores entendem a fragilidade como um estado de pré-incapacidade, resultante das perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social). Estes domínios são influenciados por determinantes do curso de vida (condições socioeconómicas, nível educativo e fatores sociodemográficos como a idade, género, estado civil e etnia), doenças e declínio da reserva fisiológica que influenciam a fragilidade, os resultados adversos (incapacidade, utilização dos cuidados de saúde e morte) e a relação entre ambos (Gobbens et. al.,2010a; Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, &

Schols, 2010b). Assim sendo, o Modelo Integral de Fragilidade de Gobbens e colaboradores (2011) sustenta que a fragilidade deve englobar três grandes domínios: físico, psicológico e social.

A fragilidade social surge associada ao contexto social dos indivíduos, referindo-se aos défices nas relações sociais que podem resultar em elevados níveis de solidão. A falta de um parceiro ou confidente, a falta de suporte, uma baixa participação nas redes sociais tais como a família, vizinhança e organizações, podem conduzir a elevados níveis de isolamento. Um idoso é considerado socialmente frágil quando tem poucas pessoas a quem pode recorrer em tempos difíceis ou recebe pouco apoio daqueles que estão mais próximos. A falta de um parceiro é o indicador mais forte de solidão: as pessoas que vivem sozinhas 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. Qualquer situação que afete a rede social, como por exemplo, a perda de parceiro, divórcio ou morte, pode trazer ou agravar a fragilidade social (Gobbens et al., 2011b).

Importa compreender o efeito positivo do social do suporte social na última fase do ciclo de vida. Para Cohen e Wills (1985), o suporte social pode acarretar um efeito benéfico generalizado, uma vez que as redes sociais fornecem às pessoas experiências positivas regulares e um conjunto de papéis estáveis e socialmente recompensados. Deste modo, segundo os autores, este suporte favorece sentimentos de bem-estar, afeto positivo, assegura uma sensação de estabilidade e previsibilidade na vida, promove a autoestima e fomenta a integração no contexto social. Em suma, o suporte social é um fator benéfico na vida dos indivíduos evidenciando-se como *buffer* em determinadas circunstâncias, como é o caso do stress. Para além destas vantagens, segundo Procidano e Smith (1997), o suporte social tende a aumentar a autoestima, o humor positivo e uma visão positiva da vida. Em simultâneo contribui para diminuir, ou mesmo evitar/prevenir, sintomas de ansiedade e de outras doenças, independentemente dos acontecimentos de vida stressantes.

Para além do efeito *buffer*, o suporte social é extremamente importante para os indivíduos, sendo que as relações com família, amigos ou até mesmo vizinhos, podem ser decisivas no bem-estar dos idosos. Autores como Hooyman e Kiyak (2011) referem que o bem-estar físico e mental se relaciona com o aumento da motivação e da autoconfiança, diminuindo desta forma a hipótese de depressão; sentimentos de controlo pessoal, autonomia e competência; promoção de um envelhecimento ativo e a resiliência; efeito positivo na vivência de acontecimentos potencialmente stressantes, como é o caso da viuvez e do luto; e, por último, redução da dependência e do risco de mortalidade.

Assim sendo, o Gerontólogo Social deve possuir conhecimentos biopsicossociais sobre a velhice e o envelhecimento, de forma a compreender estes fenómenos, segundo uma perspetiva social, identificando problemáticas e situações que ponham em causa o bem-estar dos idosos de modo a aplicar os conhecimentos e traçar linhas de intervenção em prol do maior bem-estar dos idosos (Paúl, 2005).

Face ao exposto, tendo em consideração que se trata de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional estabelecem-se como objetivos de investigação: (1) caraterizar sociodemograficamente os participantes em estudo; (2) identificar indicadores de fragilidade nos participantes; (3) caracterizar as

redes de suporte social dos idosos em estudo; e (4) analisar a relação entre fragilidade e redes sociais em pessoas mais velhas.

Em termos de estrutura, a presente dissertação está organizada em quatro capítulos. O Capítulo I (Revisão de Literatura) apresenta o enquadramento teórico e empírico, estruturado em dois pontos essenciais: (1) Envelhecimento Humano, conceitos, teorias e modelos e (2) Rede Social e a Fragilidade. O Capítulo II (Método) diz respeito à metodologia de investigação, ao planeamento do estudo, nomeadamente o plano de investigação e participantes, os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha de informação, bem como as estratégias usadas na análise dos dados recolhidos. O Capítulo III (Resultados) apresenta os resultados obtidos em função dos objetivos estabelecidos. Por fim, o Capítulo IV (Discussão dos Resultados e Conclusão), analisa os principais resultados à luz do quadro concetual e empírico estabelecido e apresenta as implicações do estudo para a investigação e a intervenção o âmbito da Gerontologia Social.

Capítulo I – Revisão de Literatura

1) O Envelhecimento Humano: conceitos, teorias e modelos

1.1. A pertinência da Gerontologia Social face à longevidade humana

Segundo Baltes e Danish, (1980), o envelhecimento é parte integrante do desenvolvimento humano; é um processo contínuo e dinâmico com ganhos e perdas ao longo da vida que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incluindo hábitos e estilos de vida. O envelhecimento não pode ser compreendido apenas em função do imediato e visível nas últimas etapas da vida, mas deve ser entendido em função dos períodos prévios, e os seus efeitos sobre a saúde e a integração social. O envelhecimento não se restringe à velhice, mas é um percurso ontogénico que depende da capacidade do indivíduo ter um papel ativo na tomada de decisão sobre a vida, enaltecendo a sua capacidade de agência.

De acordo com Neri (2008), o termo Gerontologia foi utilizado pela primeira vez em 1903 por Metchnicoff e significa velho, logia e estudo. Assim sendo, a autora encara a Gerontologia como um campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento, dos seus determinantes (genético-biológicos, psicológicos e socioculturais) e nos seus diversos contextos socioculturais e históricos. Enquanto campo, a Gerontologia surge como uma nova área científica, multiprofissional e multidisciplinar que estuda o envelhecimento humano e as pessoas mais velhas, conjugando assim a visão de três áreas de investigação científica: a Biologia, a Psicologia e a Sociologia.

Fernandez Ballesteros (2000) encara a Gerontologia Social como uma ciência que se preocupa em tratar, conhecer e estudar os mais velhos; uma área com conhecimento muito antiga, mas uma ciência recente; uma disciplina científica e aplicada. Assim sendo, segundo a mesma autora, o principal objeto de estudo da Gerontologia é o processo de envelhecimento, a velhice e o velho.

Segundo Paúl (2012), a Gerontologia Social é uma ciência prática num mundo em mudança. Como tal, tem como objetivo alargar as suas fronteiras, cruzando-se com as ciências sociais através das metodologias mistas complexas e comparação transcultural. Contudo, a Gerontologia Social sente necessidade de rever as teorias existentes sobre o envelhecimento de modo a avançar para teorias multi, inter e transdisciplinares que tenham em consideração os problemas da vida real. A teoria na Gerontologia assume especial importância, uma vez que é a base da investigação, servindo para explicar e sistematizar os fenómenos que observamos e levantar hipóteses ou fundamentar intervenções, tendo um carácter essencial para o desenvolvimento científico.

Segundo Fernandez Ballesteros (2000), a Gerontologia e a Geriatria são conceitos muitas vezes confundidos, sendo que o que as distingue é o seu objeto e área de atuação. A Gerontologia é uma ciência que envolve a teoria (carácter multidisciplinar) e a prática (multiprofissional), ocupando-se da velhice e do envelhecimento, enquanto a Geriatria é um ramo da medicina com o objetivo de tratar as doenças que derivam da velhice, interessando-se pela componente biológica do processo de envelhecimento.

1.2. As teorias do envelhecimento e a idade

Bengtson, Gans, Putney e Merrill (2009) reuniram as principais teorias do envelhecimento humano no “Handbook of theories of aging”, resumindo e analisando os principais trabalhos desenvolvidos no campo biológico, psicológico e social.

As teorias biológicas do envelhecimento enaltecem os trabalhos de Effros (2009), Martin (2009), Woodruff-Pak, Foy e Thompson (2009), Gonikis e Longo (2009), Singarpure e Davis (2009) e Austad (2009).

Effros (2009) apresenta-nos a teoria imunológica do envelhecimento, através da qual o sistema imune que serviu como função protetora na primeira fase da vida, torna-se um problema na velhice, quando perde a sua eficiência, devido à senescência replicativa das células. Martin (2009) assume-se como um teórico evolucionista clássico, preocupando-se particularmente com as variações específicas do ser vivo em relação com o ambiente. Woodruff-Pak, Foy e Thompson (2009), por sua vez, demonstram variações na aprendizagem e perdas de memória relacionadas à idade. O seu trabalho de investigação sugere plasticidade nas estruturas cerebrais e nos seus consequentes resultados comportamentais. Gonidakis e Longo (2009) assumem uma posição forte de que o envelhecimento é geneticamente programado como uma resposta adaptativa para mudar as condições ambientais e, neste sentido, os genes são programados para melhorar e prolongar a vida ou desencadear um período de senescência. Shringarpure e Davies (2009) posicionam-se na perspectiva de que o desgaste é a causa da senescência, propondo que a acumulação do stress oxidativo resulta em doença e morte.

Segundo Bengtson, Gans, Putney e Silverstein (2009), as teorias psicológicas do envelhecimento adotam uma visão positiva do envelhecimento e apontam a necessidade de se cruzar fronteiras entre as teorias biológicas, psicológicas e sociológicas do envelhecimento, enaltecendo os conceitos de adaptação, otimização, compensação e plasticidade para a compreensão deste fenómeno. Nestas teorias, destacam-se os trabalhos de Antonucci, Birditt e Akiyama (2009) e Willis, Schaie e Martin (2009).

Antonucci, Birditt e Akiyama (2009) apresentam o *Convoy Model*. Este modelo explica o desenvolvimento individual aninhado nas relações sociais à medida que elas se movem ao longo da vida e a influência permanente das relações sociais na saúde e no bem-estar, salientando que as pessoas precisam de relações sociais para viver. Os principais componentes do modelo de relações sociais incluem redes sociais, suporte social e satisfação com o suporte. Uma característica dinâmica do modelo refere-se ao feedback dos membros da rede social, à medida que um indivíduo amadurece e envelhece. Este modelo preocupa-se com a avaliação pessoal do indivíduo face às suas relações. Willis, Schaie e Martin (2009) numa outra perspectiva, apresentaram a teoria da plasticidade cognitiva na idade adulta, partindo do pressuposto de que o desenvolvimento é um processo de adaptação ao longo da vida e, como tal, é modificável ou plástico em todas as fases do desenvolvimento. Um foco central para estes autores é a variabilidade interindividual e intraindividual, e procuram explicar a existência das diferenças interindividuais na adaptação intraindividual e na plasticidade. Assim, os autores focam-se nos aspetos positivos do processo de envelhecimento, na adaptação do indivíduo aos contextos e no modo como a plasticidade cognitiva é aplicada de modo a melhorar a vida das pessoas mais velhas. Estes autores

observaram que o treino leva à manutenção do potencial cognitivo que pode permanecer mesmo quando a estrutura neuronal está comprometida, ou seja, as atividades de estímulo cognitivo têm resultados no nível comportamental e ativam a neurogênese.

Ferraro, Shippee e Schafer, (2009) demonstram uma convergência de pensamento sobre as vantagens ou desvantagens cumulativas ao longo da vida, referindo que a vantagem e desvantagem cumulativa é sinónimo do termo desigualdades, nos sistemas sociais, em diferentes níveis. Hendricks e Hatch (2009) referem que os estilos de vida podem ser entendidos como um mecanismo central dentro da estrutura do curso da vida e das teorias do envelhecimento. Dannefer e Kelley-Moore (2009) afirmam que, embora a perspetiva do curso da vida esteja cada vez mais amplamente aplicada e útil, é necessário desenvolver uma teoria sociológica que explique como as forças sociais moldam o curso da vida. Settersen e Trauten (2009) consideram as implicações do funcionamento da sociedade quando as normas baseadas na idade desaparecem e sugerem que essas implicações representam novos desafios para teorizar o envelhecimento e o curso da vida das sociedades pós-industriais. A fenomenologia, uma tradição teórica estabelecida nas ciências sociais, fornece uma base epistemológica para várias abordagens teóricas na gerontologia social (teorias feministas, teorias críticas e perspetivas pós-modernistas), tendo como foco iluminar os significados humanos da vida social, enfatizando o construtivismo social.

Em suma, Bass (2009) argumenta que a Gerontologia Social se está a tornar uma disciplina integrativa em si mesma. Apesar dos benefícios que aconteceriam se fossem cruzadas as bases de conhecimento, as disciplinas das ciências sociais não produziram metodologias ou teorias amplamente partilhadas. No entanto, a gerontologia social está a amadurecer. Na linha de pensamento do autor, as teorias sociais direcionam-se para a interdisciplinaridade, tal como a gerontologia social, devido à integração de diferentes disciplinas, no entanto, é necessário um maior aprofundamento, frisando a evolução da gerontologia crítica e da gerontologia pós-moderna. Um foco central para Bass (2009) é teorizar o indivíduo que está a envelhecer dentro de um ambiente histórico, político, social, cultural e económico mais amplo, caracterizado pelo aumento do risco, em que as responsabilidades sociais estão a mudar do Estado para indivíduos e famílias.

1.3. O Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento é uma tendência global das sociedades mais desenvolvidas. Segundo o Centro Internacional da Longevidade do Brasil (ILC, 2015), o mundo envelhece rapidamente devido à redução da mortalidade, à redução da taxa de fecundidade e ao aumento da esperança média de vida. O número de idosos com mais de 80 anos cresce nos países de nível socioeconómico médio-baixo, tanto que se prevê que em 2050 o número de idosos desta faixa etária será de 19% da população idosa mundial. Já no que se refere aos centenários, a previsão aponta para os 3,2 milhões (UNDESA,2013).

Segundo Nazareth (2010), no que concerne aos países da Europa, o Eurostat elaborou alguns cenários que dizem respeito à evolução dos vinte e sete países que fazem parte da União Europeia.

Especificamente em Portugal, o Instituto Nacional de Estatística (INE) aponta diversos cenários alternativos a nível da Nut I,II e III. Torna-se evidente a existência de um duplo envelhecimento demográfico em todas as regiões a nível mundial. A Europa tem tendência para ver estabilizado o envelhecimento na base da pirâmide, ao nível da União Europeia o envelhecimento na “base” era de 16%, e espera-se que no ano de 2050 o valor passe para 14%. Já a população com 65 e mais anos irá aumentar significativamente. O envelhecimento demográfico é um processo universal, no entanto os países da Europa serão os que sentirão mais o seu efeito nos próximos anos.

O fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal é preocupante, uma vez que, atualmente, as pessoas idosas são mais de 2 milhões e representam 19,1 % da população, sendo que no ano de 2050 representarão 31,8% da população (António, 2013). Os Censos de 2011 reforçam o aumento significativo da percentagem de pessoas com mais de 65 anos face ao total da população portuguesa, uma tendência crescente nos últimos anos (INE, 2015).

Como consequência da queda da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida no decorrer dos últimos anos, a população mais jovem (entre os 0 e os 14 anos) e a população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos) diminuiu. Contrariamente a esta tendência, a população com 65 ou mais anos de idade tem vindo a aumentar progressivamente. Em Portugal, este facto evidenciou-se no ano 2000 com uma percentagem de pessoas idosas significativamente superior ao número de jovens. Consequentemente, este fenómeno levou a um aumento do índice de Envelhecimento, passando de 27,3% em 1960, para 102,2% em 2000 e 128,6% em 2011. Em 2014, Portugal ficou posicionado no quinto lugar nos países da União Europeia que apresentavam o índice de envelhecimento mais elevado, sendo que por cada 100 jovens existiam 141 idosos (INE, 2015).

Na mesma linha, o INE (2015) prevê que em 2050 vivam em Portugal 3 milhões de pessoas idosas, sendo que estas pessoas com 65 e mais anos de idade representarão cerca de 32% da população total, sendo 55% mulheres, mostrando claramente uma feminização do processo de envelhecimento.

Resumindo, Portugal apresenta uma das taxas de envelhecimento populacional mais elevadas do mundo, o que origina consequências diversas no plano assistencial e na área dos cuidados (Ermida, 2014).

1.4. O Envelhecimento Bem-Sucedido/Ótimo

Não existe uma definição consensual de envelhecimento bem-sucedido, no entanto são utilizados vários termos para se referir ao processo de envelhecer bem – envelhecimento ativo, envelhecimento saudável, envelhecimento robusto e envelhecimento bem-sucedido.

Teixeira e Neri (2008) procuram discutir o significado de envelhecimento bem-sucedido, enfatizando que a subjetividade do termo está ligada às questões individuais e às diferenças socioculturais. Para avaliar o envelhecimento bem-sucedido devemos ter em consideração vários determinantes que compõem este processo de envelhecer bem, tais como a longevidade, os determinantes individuais, psicológicos, biológicos e sociais juntamente com a subjetividade e as metas

personais que as pessoas idosas estabelecem para o seu curso de vida. Teixeira e Neri (2008), ao longo do seu artigo, referem vários autores e modelos da Gerontologia que procuram explicar este conceito de envelhecimento bem-sucedido (EBS), enquanto meta pessoal continuamente modificada no curso da vida.

As definições de EBS variam consoante os critérios estabelecidos pelos seus autores. No caso de Phelan e Larson (2002), os autores enfatizam a capacidade funcional, a satisfação com a vida, a longevidade, a ausência de incapacidade, o domínio/crescimento, a participação social ativa, a alta capacidade funcional/independência e uma adaptação positiva. Destacam ainda outros fatores como o nível de escolaridade (preferencialmente elevado), a prática de exercício físico regular, o sentido de autoeficácia, a participação social e a ausência de doenças crónicas. Depp e Jeste (2006) preocuparam-se com a perspectiva dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido, salientando o envolvimento social e a atitude positiva perante a vida, como componentes essenciais de EBS.

A perspectiva biomédica e psicossocial também discute o conceito de EBS. Nesta vertente, destaca-se o trabalho de Rowe e Kahn (1997), autores que defendem que o EBS abarca três critérios (1) baixa probabilidade de doença e incapacidade; (2) alto funcionamento físico e cognitivo; (3) envolvimento ativo com a vida. Este modelo integra as funções físicas e mentais, que, juntas, atuam como potencial para a realização das atividades sociais, envolvendo as relações interpessoais e as atividades produtivas (com ou sem remuneração). Estes autores propõem que as condições para o envelhecimento saudável, patológico e bem-sucedido sejam entendidas como trajetórias em *continuum* que podem tender para o declínio ou reversão e minimização das perdas por meio de intervenções.

Baltes (2000) afirma que o EBS pode ser alcançado seguindo uma estratégia de seleção, otimização e compensação (SOC). A seleção consiste na escolha das estruturas disponíveis para alcançar as metas com satisfação, podendo ser redefinidas conforme a repercussão das perdas nas atividades individuais e sociais. A otimização visa potenciar os meios selecionados, alocando recursos internos e externos para que o resultado seja eficiente. A compensação associa-se à otimização e caracteriza-se pela aquisição ou ativação de novos meios e aprendizagens para compensar o declínio que coloca em risco a funcionalidade (Baltes & Smith, 2003). O foco é o desenvolvimento adaptativo da pessoa para lidar com as perdas de modo efetivo, sendo para isso necessário, alocar recursos internos e externos e estratégias psicológicas e sociais.

O modelo de Riley e Riley (1994) é também referido por Teixeira e Neri (2008), uma vez que a preocupação é promover o EBS através das oportunidades que a sociedade proporciona às pessoas mais velhas para envelhecer bem, através da implementação de recursos externos por meio das políticas públicas.

Teixeira e Neri (2008) apontam outros fatores para EBS, salientando as relações familiares e de amizade, a saúde, o bem-estar percebido, a capacidade funcional e o suporte psicossocial. O estudo de Von Faber e colaboradores (2001) foi referido pelas autoras, uma vez que foram entrevistados 27 idosos com 85 anos para tentar perceber a sua perspectiva sobre o processo de envelhecer bem. Segundo eles, o sucesso é um processo de adaptação que inclui a capacidade de se ajustar às circunstâncias da vida, a

valorização dos ganhos e apreciação das qualidades pessoais, o bem-estar e as atividades sociais, uma vez que a dimensão social é apontada como uma condição essencial para o bem-estar.

Em suma, o EBS é um conceito gerador de debates, um conceito subjetivo, multidimensional e multifatorial, influenciado por determinantes biológicos, psicológicos, sociais e contextuais, acompanhados pela longevidade e a individualidade (subjetividade individual). Assim, este conceito aproxima-se de um princípio organizacional para o alcance de metas, enfatizando a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas.

2) Suporte Social e Envelhecimento

2.1. Suporte Social e Rede Social: conceitos

O ser humano é um ser social pelo que as relações sociais ocupam um lugar de destaque ao longo de todo o ciclo de vida, sendo de diferente natureza, cumprindo diferentes funções e proporcionando uma diversidade de resultados. Naturalmente, muitas das relações nem sempre são cordiais e positivas para as pessoas, mas, em contrapartida, muitas delas representam uma fonte de segurança, afeto, estabilidade, pertença e atenção, indispensáveis à sobrevivência. Assim, as relações sociais e a interação com outras pessoas (família, amigos e comunidade) podem contribuir para que a pessoa se sinta parte integrante da sociedade e também pode ser um indicador de saúde física e mental (Cohen & Syme, 1985).

As relações interpessoais ocorrem de forma natural com qualquer tipo de pessoas que diariamente contactamos. Estas relações surgem na medida em que temos uma necessidade individual de preencher necessidades físicas e emocionais, escolhendo empaticamente as pessoas com quem nos relacionamos. As relações interpessoais são, então, fundamentais para a manutenção do sentido de pertença e bem-estar, existindo ganhos diretos e/ou indiretos dos laços mantidos. Por outro lado, estas relações assumem uma função primordial de suporte social; asseguram condições que permitem à pessoa não se sentir sozinha nem desacompanhada, depositando nalgumas pessoas a confiança que as mesmas lhe prestarão ajuda sempre que necessário, permitindo, deste modo, vivenciar e/ou ultrapassar acontecimentos de vida importantes ou exigentes (Pinheiro, 2003).

O conceito de suporte social refere-se ao apoio acessível ao indivíduo através dos laços sociais estabelecidos com outras pessoas, grupos e comunidades (Fontinha, 2010). Correia (2009), por sua vez, defende que o conceito de suporte social se refere ao apoio proporcionado pela rede de suporte de cada pessoa em caso de necessidade, referindo-se aos cuidados de saúde, tarefas domésticas, apoio em tarefas administrativas e apoio monetário. Lin (1986) acrescenta o seu contributo à concetualização deste conceito, definindo-o como uma provisão de carácter instrumental ou emocional que pode ser fornecida pela comunidade geral, pela rede social do indivíduo e/ou parceiros de confiança.

Posto isto, é claro na literatura que o suporte social é um elemento-chave na vida de todos os indivíduos, podendo contribuir para tornar as pessoas mais seguras e confiantes. O suporte social não é exclusivo para os momentos de necessidade ou conflito, é um suporte diário que leva a que os indivíduos

recorram aos membros da sua rede de suporte de forma a estimular sentimentos de confiança e autoestima e que os ajude a ganhar força para continuarem as suas vidas (Fontinha, 2010).

Em suma, a literatura neste domínio ainda não alcançou uma definição consensual no que se refere à concetualização deste conceito, pelo que é importante explorar uma breve revisão sobre o conceito de suporte social, a sua origem e evolução.

Os investigadores sobre o conceito de suporte social e não encontraram uma definição unânime. No entanto, surgiram várias abordagens centradas na estrutura das redes ou na perceção do suporte social, nas fontes de suporte e nas diferenças entre os tipos de suporte existentes (Ornelas, 2008).

De seguida, iremos analisar a evolução deste conceito desde a sua origem na década de 70, operacionalizado por Caplan (1974, como citado em Ornelas, 2008).

Segundo Caplan (1974, como citado em Ornelas, 2008), o sistema de suporte social inclui a família, os amigos e os sistemas informais da comunidade. Este sistema é responsável por três funções de assistência que promovem ganhos para a pessoa, sendo elas: (1) o encorajamento relativo à utilização dos recursos pessoais (psicológicos e emocionais, bem como a capacidade de enfrentar situações específicas); (2) a prestação de ajuda material (na realização de tarefas e partilha de responsabilidades); e (3) a orientação de recursos externos (essenciais para resolver situações complexas).

Os primeiros estudos foram realizados no âmbito da epidemiologia, da psicologia comunitária e da psicologia do desenvolvimento infantil, ligada à vinculação (Pinheiro, 2003). De acordo com Pinheiro (2003), este termo foi explorado pelas diferentes áreas com o objetivo de evidenciar o efeito do suporte social na vida dos indivíduos, construindo deste modo modelos que permitem uma melhor compreensão, nomeadamente o seu modo de atuação e funcionamento numa esfera intra e interindividual.

No âmbito da epidemiologia, Cassel (1976) desenvolveu um estudo com o objetivo de compreender a importância do efeito do suporte social no desenvolvimento de algumas doenças, associados ao stress. A partir deste estudo, a investigação passou a dar mais destaque ao efeito protetor do suporte social na saúde e no bem-estar.

A Psicologia Comunitária também se debruçou sobre o suporte social, focando os seus estudos nos serviços prestados pela comunidade, em especial serviços que prestavam apoio não emocional. De acordo com Pinheiro (2003), este ramo de investigação focou-se na problemática dos indivíduos em situação de isolamento, o que à partida significava que as pessoas não possuíam uma rede social e estavam mais vulneráveis à doença.

A última área de investigação sobre o suporte social é a Psicologia de Desenvolvimento infantil. Esta linha de investigação alicerçou-se na teoria da vinculação na qual é destacado o trabalho de Bowlby (1969,1980). O suporte social é preconizado como uma variável importante na personalidade, em especial na construção das primeiras relações sociais. A relação entre a vinculação e o suporte social foi estudada segundo diferentes autores que partiram do princípio que a criança sente a necessidade de estabelecer relações e de se sentir integrada. Pinheiro (2003) considera que o suporte social do adulto é uma manifestação do padrão de vinculação desenvolvido em criança. Pinheiro (2003) salienta o facto de que existe uma relação entre a procura de integração num grupo e o suporte emocional que este poderá

oferecer, como sentimentos de bem-estar, amor e autoestima, influenciando diretamente o padrão de vinculação da criança que mais tarde se manifestará na rede de suporte social que irá desenvolver.

O suporte social foi concetualizado em três linhas de investigação, no entanto, também existem três perspetivas distintas para demonstrar os diferentes níveis de análise deste conceito multidimensional, sendo elas: a perspetiva pragmática, a perspetiva moral e a perspetiva teórica. Estas três perspetivas são resultado dos trabalhos de Burleson e colaboradores (1994).

A perspetiva pragmática, segundo Pinheiro (2003), remete para diferentes níveis tais como a saúde, o desenvolvimento individual perante situações de exigência e procura compreender a capacidade da pessoa para lidar com as mudanças/transições de vida. Esta perspetiva destaca as interações desencadeadas pelos elementos que asseguram o suporte e que produzem efeitos positivos ou negativos.

A perspetiva moral, na linha de pensamento da mesma autora, estuda essencialmente a representação do suporte social que é o apoio para o indivíduo. Este pode proporcionar ao indivíduo a distinção entre o certo e o errado, o bem e o mal, podendo beneficiar ou prejudicar o bem-estar dos outros. Esta perspetiva assenta no pressuposto defendido por Burleson, Albrecht, Goldsmith e Sarason (1994) de que o comportamento de apoio constitui uma conduta moral. Para estes autores, as atividades de suporte social são responsáveis por manifestações do espírito humano, nomeadamente, o altruísmo, a caridade, a ajuda, o cuidado, o resgate, a bondade, o conforto e o amor.

Por fim, a perspetiva teórica centra-se na necessidade de teorizar as manifestações e os resultados derivados das relações sociais de suporte. De facto, Burleson, Albrecht e Goldsmith (1993) referem que o suporte social é um fator preponderante na saúde individual. Como resultado de ações de suporte social, destaca-se o emocional que permite aos intervenientes sentirem-se importantes e especiais. Novamente os autores apontam para a importância das relações interpessoais como companheirismo, amizade e intimidade (Pinheiro, 2003). Tardy (1985) apresenta um conjunto de cinco dimensões como uma hipótese para esclarecer a abordagem e a definição utilizadas por cada autor. Assim, as cinco dimensões apresentadas pelo autor são: (1) direção do conceito, ou o suporte dado ou recebido; (2) a disposição encarada como a disponibilidade e a utilização de determinado recurso; (3) a descrição do suporte e a avaliação da satisfação do mesmo; (4) o conteúdo, expondo a discriminação daquilo que é ou não o suporte; e (5) a rede, ou seja, os sistemas sociais que fornecem suporte/quem o fornece. A primeira dimensão aponta para a consideração do suporte segundo a perspetiva de quem presta o apoio e a perspetiva de quem o recebe. A segunda dimensão apela para a variação entre o suporte disponível e o procurado pelo indivíduo. A terceira dimensão relaciona-se com o tipo de suporte proporcionado ou solicitado e a satisfação com o mesmo, sendo necessário nesta dimensão, analisar a perceção de quem recebe o suporte para perceber como se sente em relação ao suporte e o nível de satisfação. A quarta dimensão procura compreender o que é considerado e não considerado suporte para cada pessoa. A quinta e última dimensão refere-se aos potenciais grupos que proporcionam suporte e à rede de suporte social de cada indivíduo.

Numa tentativa de explicar o conceito de suporte social, Barrera (1986) operacionaliza o conceito numa linha de análise assente em três aspetos: o envolvimento social (*social embeddedness*), o suporte

social percebido (*perceived support*) e o suporte ativo (*enacted support*). Estas linhas categóricas de análise devem ser entendidas numa relação dinâmica e não como medidas diferentes do mesmo fenómeno de estudo. O envolvimento social salienta a importância da pessoa se sentir socialmente envolvida para a manutenção do sentido de pertença a uma comunidade. Segundo o autor, esta categoria pode ser um recurso de suporte social num momento de crise e está relacionada com as características da rede social de cada pessoa. Segundo Ornelas (2008), o suporte social percebido é caracterizado como sendo a satisfação obtida nas relações com os outros, reportando-se aos sentimentos de confiança e segurança. Por outras palavras, é aferido pela satisfação com o suporte e pela perceção individual da disponibilidade do suporte. A última categoria do suporte refere-se ao suporte ativo, estando ele relacionado com as tarefas e atividades empreendidas na prestação de apoio aos outros. Na perspetiva de Ornelas (2008), esta categoria avalia as ações concretas de prestação de suporte motivadas por situações de stress.

No que se refere ao conceito de suporte social, é importante destacar o contributo de Cohen e Wills (1985) que defendem que este se pode materializar em ações de suporte emocional, informacional, instrumental e de acompanhamento social. Kahn e Antonucci (1980) assumem uma definição semelhante ao referir que o suporte social consiste em transições interpessoais cujas características envolvem a provisão de apoio instrumental, de afeto e afirmação. Shumaker e Brownwell (1984), por sua vez, propõem que o suporte social seja considerado uma troca de recursos entre pelo menos duas pessoas, percecionado pelo emissor e pelo recetor, visando a melhoria do bem-estar do recetor. Lin (1986) acrescenta que o suporte social é contextualizado como as ações instrumentais e/ou emocionais, percebidas ou objetivas, fornecidas pela comunidade, pelas redes sociais e por parceiros de confiança. Assim, de uma forma complementar, o suporte social subentende a existência e/ou a disponibilidade de pessoas nas quais podemos confiar, que se preocupam, valorizam e amam (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983).

Finda a revisão do conceito de suporte social, importa referir um construto a ele associado: as redes sociais de suporte (House, Umberson, & Landis, 1988). Estas são constituídas pelas pessoas ou possíveis prestadores de suporte no ambiente de uma pessoa e representam a teia de relações que a circunda (Schwarzer, Knoll, & Rieckmann, 2003). A análise das características da rede, tais como a extensão e tamanho, a densidade e a proximidade das relações, traçam as relações de suporte vivenciadas por cada pessoa no decorrer do ciclo de vida.

2.2 Funções e Efeitos do Suporte Social

Numa revisão sobre suporte social importa referir as principais funções que assume perante o funcionamento humano e que evidenciam a multidisciplinidade do conceito.

Na linha de pensamento de Sarason, Sarason e Pierce (1990), é necessário compreender os processos sociais, psicológicos e biológicos que relacionam o efeito do suporte social com a saúde. Os autores acrescentam que o suporte social revelou um efeito protetor perante situações de stress, o que se designa por *buffer hypothesis*. Já Cohen e Symer (1985) definiram este constructo como um suporte

que protege as pessoas e influencia acontecimentos stressantes com o propósito de os minimizar. Todavia, os autores consideram que os recursos sociais produzem um efeito benéfico, estando ou não sobre o efeito de stress. Sarason, Sarason e Pierce (1990) acrescentam que as relações interpessoais podem ter efeitos positivos e negativos a todos os níveis – fisiológico, psicológico e social.

No que diz respeito aos efeitos na saúde, Cohen e Syme (1985) estudaram o efeito do suporte social na doença e na recuperação e verificaram efeitos positivos quer na manutenção, quer na recuperação de algumas doenças. O suporte social, indiretamente, atua através da promoção de sentimentos positivos e da melhoria da autoestima, o que poderá ter efeito no sistema imunológico, por um lado, protegendo, de doenças, e por outro, contribuindo para uma recuperação rápida (Cohen & Syme, 1985; Jemmott & Locke, 1984).

Relativamente ao apoio psicológico, o suporte social parece revelar efeito *buffer*, nomeadamente em relação ao stress. Colocando a hipótese que o apoio de determinados indivíduos em situações que envolvam algum stress pode atenuar ou até mudar a situação em si, ajudar um amigo a ver um problema de uma forma diferente, pode diminuir a angústia e o stress (Thoits, 1986). Os principais acontecimentos geradores de stress, tal como referem Antonucci, Birditt e Akiyama (2009), podem passar pela mudança de habitação, a morte de um familiar, aborrecimentos diários, entre outros acontecimentos não normativos. Assim sendo, podemos dizer que a falta ou inexistência de suporte social e/ou de uma rede segura de suporte social, que acalme o indivíduo, poderá ser prejudicial para as pessoas que estejam a sofrer de depressão e ansiedade. Por sua vez, a maioria dos estudos aponta para a revelação do suporte social percebido como muito benéfico, mais ainda que o suporte social em si mesmo (Brandt & Weinert, 1981; Sarason et al., 1983; Wilcox, 1981).

Quanto ao nível social, o suporte social também desenvolve um efeito positivo no indivíduo. Para Cohen e Wills (1985), o suporte social pode acarretar um efeito benéfico generalizado, uma vez que as redes sociais fornecem às pessoas experiências positivas regulares e um conjunto de papéis estáveis e socialmente recompensados na comunidade. Deste modo, segundo o Cohen e Wills (1985) este apoio favorece sentimentos de bem-estar, afeto positivo, assegura uma sensação de estabilidade e previsibilidade na vida, promove a autoestima e fomenta a integração no contexto social.

Em suma, o suporte social mostra ser um fator benéfico na vida dos indivíduos evidenciando-se como *buffer* em determinadas circunstâncias, como é o caso do stress. Para além destas vantagens, segundo Procidano e Smith (1997), o suporte social tende a aumentar a autoestima, o humor positivo e uma visão positiva da vida da vida. Em simultâneo contribui para diminuir, ou mesmo evitar/prevenir, sintomas de ansiedade e de outras doenças, independentemente dos acontecimentos de vida stressantes.

Para além do efeito *buffer*, o suporte social é um extremamente importante para os indivíduos de uma maneira geral, sendo que as relações com família, amigos ou até mesmo vizinhos, podem ser decisivas no bem-estar dos idosos. Hooyman e Kiyak (2011) referem que o bem-estar físico e mental se relaciona com o aumento da motivação e da autoconfiança, diminuindo desta forma a hipótese de depressão; aumento de sentimentos de controlo pessoal, autonomia e competência; promoção de um envelhecimento ativo e resiliência; efeito positivo na vivência de acontecimentos potencialmente

stressantes, como é o caso da viuvez e do luto; e, por último, redução da dependência e do risco de mortalidade. No que concerne ao envelhecimento, Rowe e Kahn (1998) consideram o suporte social um dos principais determinantes para o envelhecimento bem-sucedido.

Além da contextualização e evolução concetual acerca da do suporte social, é importante explorar as funções e os efeitos que tem na vida da pessoa.

Na perspetiva de Cutrona e Russell (1987) existem seis possíveis funções do suporte social: (1) a vinculação (*attachment*), referindo-se à proximidade emocional e segurança das relações interpessoais; (2) integração social (*social integration*), associando-se ao sentimento de pertença a um grupo; (3) o reforço do valor (*reassurance of worth*), ou seja, o reconhecimento pelos outros das competências individuais; (4) aliança (*reliable alliance*), a garantia que podemos contar com os outros sempre que necessário ou na resolução de problemas; (5) orientação (*guidance*), aconselhamento ou à prestação de informações; (6) e, por último, a oportunidade de cuidar (*opportunity for nurturance*) que, consiste no sentido de responsabilidade pelo bem-estar de outra pessoa. O autor defende que estas funções são necessárias para que as pessoas se sintam apoiadas, evitando a solidão, tendo presente a ideia de que as diferentes funções do suporte social assumem uma maior relevância em diferentes situações e/ou fases da vida.

Vaux (1988) estabeleceu uma diferenciação entre as atividades de suporte social e as funções do suporte social. Segundo o autor, as atividades de suporte social referem-se a todas as ações concretizadas pela pessoa, como por exemplo, ouvir, demonstrar preocupação, manifestar afeto, prestar cuidados e aconselhar. As funções de suporte, por sua vez, referem-se às consequências das atividades e às relações continuadas no tempo em que estas se verificam. Como exemplo de funções destacam-se o sentimento de pertença, a intimidade e a integração, sendo que a manifestação da função de suporte apenas pode ser aferida pela interpretação da perspetiva subjetiva de ser amado, de pertencer ou de sentir-se ligado (Ornelas, 2008). Este autor acrescenta uma ligação entre as atividades e as funções de suporte, apresentando a relação entre as atividades de suporte emocional como exemplo – ouvir, expressar preocupação, demonstrar afeto e confortar – e as respetivas funções de suporte – amor, confiança, intimidade e ligação.

O suporte social pode desempenhar uma função de suporte emocional, de ventilação ou de confiança. De acordo com Cohen e Wilis (1985), a valorização pessoal e a aceitação da pessoa pelos que lhe são próximos é também referida pelos autores como um aspeto essencial para melhoria da autoestima e diminuição do stress.

O suporte social assume também a função de provisão de informação, aconselhamento e orientação. Isto pode ocorrer na execução das atividades diárias, na resolução de problemas do quotidiano ou em situações complexas. As pessoas procuram nas suas redes informação e orientação junto das relações mais próximas (relações de confiança e segurança). Estas permitem à pessoa obter sugestões de resolução ou de posicionamento perante as situações e também as podem encaminhar no sentido de alocar recursos disponíveis (Ornelas, 2008).

Segundo Ornelas (2008), o apoio instrumental é também uma função importante do suporte social, sendo uma ajuda tangível ou suporte material que inclui o fornecer transporte, fazer compras, entre outros.

Cohen e Willis (1985) identificaram outra função do suporte social – a função de proteção da pessoa da influência negativa dos eventos stressantes (*buffering hypothesis* já referida anteriormente). O stress, segundo Antonucci, Birditt e Akiyama (2009), pode associar-se aos acontecimentos de vida não normativos, tais como a morte de um familiar próximo e o mudar de casa. Salientamos assim que as relações sociais têm consequências dicotómicas. Por um lado, podem aumentar, por outro atenuar os efeitos do stress no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas. Desta forma, o suporte social possibilita a vivência de experiências emocionais positivas e a redução dos efeitos negativos ao promover a autoestima e o sentimento de controlo sobre o ambiente (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). O suporte social e as redes sociais têm efeitos positivos e negativos na saúde e no bem-estar em todas as idades. Os efeitos positivos do suporte social são aumento da autoestima e do humor positivo, possibilitando uma forma otimista de encarar a vida, diminuindo assim os sintomas de ansiedade provocados pelos eventos e situações stressantes (Procidiano & Smith, 1997).

Em suma, as relações interpessoais que estabelecemos ao longo do ciclo de vida podem assumir funções de suporte cruciais em todos os domínios desde o instrumental e ao socio-afetivo, tipificadas como suporte emocional, informativo, tangível e de pertença (Paúl, 2005).

Os investigadores criaram medidas de avaliação do suporte social, sendo elas sintetizadas em três categorias por Sarason, Sarason e Pierce (1990, como citado em Pinheiro, 2003): medidas da rede social, medidas de suporte recebido e a avaliação da perceção do suporte social. As primeiras centram-se na perspetiva da pessoa e na forma como ela está inserida no grupo e nas relações entre os seus membros. As segundas avaliam num tempo específico os comportamentos de apoio recebido. Por fim, as terceiras verificam a perceção existente do suporte social estar disponível em caso de necessidade.

2.3 Redes de Suporte Social no Envelhecimento

O suporte social é de extrema importância na velhice desde logo porque pode ser o primeiro passo para assegurar o bem-estar e a qualidade de vida. Paúl (s.d) salienta a necessidade crescente da investigação considerar os efeitos das redes de suporte social na saúde, na mortalidade, no bem-estar psicológico e na satisfação com a vida dos idosos.

O efeito do suporte social nos idosos tem sido estudado ao longo do tempo, salientando o potencial na manutenção de bons níveis de saúde, bem-estar e independência dos idosos. Deste modo, é fundamental avançar na investigação com a preocupação de avaliar o suporte social, permitindo delinear estratégias de intervenção para os idosos com redes de suporte social reduzidas e enfraquecidas.

Hooyman e Kiyak (2011) referem que os amigos e os vizinhos são também relações essenciais de suporte social de idosos porque os ajudam a sentirem-se mais seguros e acompanhados, em especial os que vivem sós. Segundo os autores, as relações de amizade tendem a diminuir com o tempo, contudo os idosos mantêm pelo menos um amigo íntimo a que recorrem em situações de emergência. De uma forma

sucinta, os amigos e os vizinhos são elementos importantes para prestar suporte emocional e instrumental na medida em que auxiliam as pessoas idosas através de uma conversa, nos transportes e recados entre outras. Os mesmos autores afirmam que as relações sociais incluem as interrelações estabelecidas entre as pessoas que influenciam o fluxo de recursos e oportunidades.

Assim, as redes sociais mais amplas têm maior possibilidade de permitir às pessoas vivenciar com regularidade experiências positivas, concedendo-lhes um sentimento de estabilidade e assunção de papéis sociais reconhecidos pelos outros na comunidade (Cohen & Willis, 1985). No entanto, no que concerne ao envelhecimento, os contextos de integração social diminuem, as redes sociais tornam-se mais heterogêneas e as necessidades de suporte social podem aumentar, provocadas pelas necessidades e mudanças na saúde, cognição e relações emocionais (Hooyman & Kiyak, 2011b). Por esta razão, Paúl (1997) sintetiza que o apoio aos idosos provém de duas redes de suporte social com características fundacionais distintas – as redes de apoio formal e as redes de apoio informal.

As redes de apoio formal proporcionam cuidados específicos num período limitado, estando enquadradas numa estrutura burocrática e, à partida, sem relação prévia emocional com os clientes (Lipman & Longino, 1982; Litwak & Misseri, 1989, como citados em Wacker & Roberto, 2014). Os serviços prestados por estas redes pertencem maioritariamente a organismos estatais como a segurança social, privados ou público-privados, sendo estes os mais comuns e acessíveis aos idosos, as estruturas residenciais para idosos (ERPI) os serviços de apoio domiciliário (SAD) e os centros de dia (Paúl, 1997).

Por sua vez, Paúl (1997) refere que as redes de apoio informal proporcionam cuidados ao longo do tempo e não representam um encargo financeiro para o idoso nem exigem formação especializada por parte de quem presta os cuidados e fornece apoio. Nesta categoria inserem-se os cuidados pessoais, o suporte emocional, a provisão de transporte, alimentação, informação, entre muitos. Geralmente, estas redes são constituídas pela família (sendo as filhas, mulheres ou o cônjuge os primeiros a assumir o papel de cuidador principal), os amigos e vizinhos do idoso, bem como os serviços comunitários que prestam cuidados a idosos com vista à melhoria do seu bem-estar pessoal e social.

No envelhecimento, o suporte social pode ser analisado, segundo Kohi e Künemud (2010), à luz do *Modelo de compensação hierárquica* (Cantor, 1979) ou do *Modelo de especialização dual* (Litwak, 1985). O primeiro pressupõe que a pessoa idosa possui uma hierarquia de pessoas a quem recorre sempre que necessita de ajuda. Esta hierarquia é seguida, independentemente da natureza da tarefa e nela constam em primeiro lugar os familiares mais próximos, seguidos dos mais afastados e por fim os amigos, vizinhos e outras pessoas que não pertencem à rede familiar. O segundo modelo refere que a pessoa idosa confere a diferentes pessoas a realização de tarefas específicas, podendo estas, dependendo da sua natureza, ser realizadas por pessoas que não pertencem à rede familiar. Em suma, ambas as redes, formal e informais, asseguram funções no cuidado e suporte.

Relativamente ao processo de envelhecimento, com a diminuição e/ou perdas das capacidades funcionais e de autonomia, os familiares da pessoa idosa destacam-se como os principais cuidadores informais no que concerne à prestação de apoio instrumental e bem-estar psicológico (Paúl, 1997). Hooyman e Kiyak (2011b) contrariam a ideia generalizada de que os idosos vivem sozinhos, ao afirmar

que a maioria vive em ambiente familiar com o conjuge, os filhos, irmãos ou outros familiares. As autoras apontam algumas razões que levam os idosos a partilhar residência, tais como o declínio na saúde, a viuvez, a perda do cuidador principal, a necessidade de companhia e os baixos rendimentos. De referir a tendência atual do regresso dos filhos adultos à casa dos pais motivados por questões financeiras, emergentes após o divórcio ou desemprego, gerando assim tensões nas relações familiares (Calasanti & Kiecolt, 2007).

Existem ainda aqueles idosos que nunca casaram nem tiveram filhos. Estes não estão desprovidos de uma rede de suporte social, na medida em que estabelecem relações com outros familiares e membros da comunidade. No caso dos idosos que não estabeleceram relações recíprocas com outros familiares, em particular, irmãos, amigos e vizinhos, vivem, de forma geral, de modo autónomo e socialmente ativo. Já os idosos que nunca tiveram filhos registam menor integração social e redes sociais mais reduzidas. Sempre que necessitam de ajuda, estes idosos solicitam primeiro aos seus conjugues (quando e se estiverem disponíveis), seguidos dos irmãos, sobrinhos e, por fim, amigos. No futuro, o número de idosos sem filhos e idosos que nunca casaram poderá influenciar o alargamento da procura de suporte formal e de respostas alternativas que providenciem suporte (Hooyman & Kiyak, 2011b).

Nas redes sociais dos idosos, os irmãos e os restantes familiares assumem-se como elementos importantes no suporte informal. Segundo os mesmos autores, as relações entre irmãos são o único laço familiar com potencial para durar a vida toda. No processo de envelhecimento, as relações entre irmãos caracterizam-se pela partilha de uma história comum, e pelos sentimentos de proximidade e afeto. Estas relações constituem para os idosos viúvos uma fonte vital de suporte psicológico (Lu, 2007). Os tios, primos e sobrinhos podem atuar como substitutos ou atenuar a falta dos familiares mais próximos. No entanto, a interação com estes familiares aparenta estar relacionada com a proximidade geográfica, bem como a sua disponibilidade e preferência (Hooyman & Kiyak, 2011b).

Paúl (1997) acrescenta que as relações que construímos ao longo do ciclo de vida, e com quem estabelecemos relações significativas, assumem um papel importante na velhice na prestação de suporte social, é o caso dos amigos e vizinhos. Tal como Carstensen (1995) afirma, à medida que a idade avança e a rede de relações tende a diminuir, a qualidade das relações é o que realmente importa. Hooyman e Kiyak (2011b) acrescentam que a maioria dos idosos mantém pelo menos um amigo próximo com quem se relacionam frequentemente e a quem recorrem em caso de necessidade. No caso das relações entre amigos, a intimidade e a partilha de confidências é muito comum e assume uma importância particular após uma situação de viuvez e reforma, motivo pelo qual as amizades podem compensar a falta de um companheiro e ajudar no combate à solidão (Stevens, Martina & Westerhof, 2006). Assim, de acordo com os autores, a manutenção das relações de amizade deve-se ao nível de reciprocidade na relação, à intimidade e à qualidade das interações.

Perante uma situação de solidão, Paúl (1997) considera que esta pode ser consequência da inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio. Assim, a mudança de papéis e estatuto social pode também estar associada a uma alteração na rotina e na participação em atividades provocadas pela viuvez e podem potenciar o aparecimento do sentimento de solidão. A ausência das redes de suporte

social pode aumentar o risco de institucionalização dos idosos. Por esta razão, Paúl (2012) chama à atenção para a necessidade de diferenciar os conceitos de solidão e isolamento social, sendo que o último se refere à inexistência de contactos sociais. O isolamento social deriva das características do contexto de pertença de cada pessoa, como por exemplo o viver em zonas remotas sem vizinhos próximos.

As redes sociais assumem grandes benefícios para as sociedades envelhecidas, desde logo pela sua relevância no cuidado, na continuidade da saúde e na manutenção de uma vida independente nos mais idosos (Antonucci & Akiyama, 1987a). Neste contexto, surge o conceito *Convoy*, usado pela primeira vez com David Plath (1980). Este termo foi utilizado na concetualização do suporte social, uma vez que transmite a ideia de proteção que circunda a pessoa e apoia na resposta aos desafios existentes ao longo do ciclo de vida. Enquanto modelo desenvolvimental do ciclo de vida, o *Convoy of Social Support* (Antonucci, 1976) fornece um quadro teórico que engloba as relações interpessoais estabelecidas ao longo do tempo. No Modelo *Convoy*, o termo *convoy* procura descrever as relações sociais próximas que envolvem o indivíduo, e que proporcionam uma base protetora e segura para o desenvolvimento pessoal e exploração em condições normais. O Modelo *Convoy* sugere que cada pessoa é moldada por características pessoais (idade, género, raça e personalidade) e também características situacionais (papéis sociais, expectativas, normas e exigências), sendo que ambas influenciam as relações de suporte experienciadas. As características objetivas do Modelo *Convoy* são frequentemente designadas por estrutura da rede. A estrutura de rede ou rede social descreve os membros da rede através das suas características estruturais, sendo elas: o número de pessoas, o tamanho da rede, idade, género e relações com o indivíduo alvo; o número de anos de conhecimento, a proximidade geográfica e a frequência do contacto. Por sua vez, a rede funciona como o esqueleto ou estrutura que permite às relações sociais desenvolverem-se. As características estruturais da rede influenciam diretamente as relações de suporte. Quanto maior for a rede, maior é o número de pessoas que pode proporcionar suporte social, o que não garante que seja proporcionado. O suporte social tem sido apresentado na literatura como a provisão de ou receção de algo ou alguma coisa percebida como necessária pelo recetor, transmissor ou ambos.

O Modelo *Convoy* assume que todas as pessoas necessitam das relações sociais, mas nem todas precisam da mesma quantidade ou do mesmo tipo de suporte social. De acordo com Kahn e Antonucci (1980), existem três tipos de suporte social e trocas de suporte: ajuda, afeto e afirmação. A ajuda diz respeito à assistência tangível (que inclui a ajuda concreta, como o dinheiro ou cuidados) e a menos tangível, mas igualmente importante (aconselhamento, assistência a informação). O afeto está diretamente relacionado com o suporte emocional, podendo ser limitado para pessoas próximas e significativas tais como o amor e os cuidados partilhados com companheiro, filhos e pais, ou menos intenso, relacionando-se com a afeição ou carinho sentidos por um amigo próximo ou um membro da família mais afastado. Estes autores assumem ainda a importância de como o suporte social é avaliado podendo ser satisfatório ou insatisfatório. O importante para compreender a natureza das relações sociais é identificar a natureza descritiva e interpretativa das relações sociais. Desta forma, é necessário incluir a avaliação individual e pessoal da experiência da pessoa, reconhecendo assim que as características

subjetivas podem influenciar a interpretação subjetiva de um acontecimento, elas raramente predizem completamente a interpretação do suporte recebido.

No Modelo *Convoy* original, os autores salientaram que as relações sociais tinham efeitos positivos e negativos. Ao longo da investigação acumularam evidências relativas a relações negativas e indicam que a maioria das relações incluem pelo menos um pouco de negatividade ou conflito. As relações muito íntimas podem também apresentar muitas qualidades irritativas, como por exemplo conselhos não solicitados ou criticismo. Desta forma, Luescher e Pillemer (1998) e Suito, Pillemer, Keeton e Robison (1995) introduziram o conceito de ambivalência nas relações íntimas, que significa que com a mesma pessoa a relação pode ser positiva e negativa. A ambivalência é mais frequente nas relações familiares íntimas, uma vez que os indivíduos têm menos probabilidade de terminar estas relações, ao contrário do que acontece com outras relações, como por exemplo, as relações íntimas românticas.

Em suma, a investigação prévia sobre as relações sociais tem apresentado definições concetuais pobres, poucas evidências e poucas explorações teóricas. O Modelo *Convoy* das relações sociais, enquadrando na perspetiva do ciclo de vida, sugere que os indivíduos são moldados por características pessoais e situacionais e que as relações sociais são parte integrante da estrutura de rede, associando-se a trocas de suporte e satisfação com o suporte social recebido. Assim, é importante desenvolver modelos que permitam auxiliar a criação de programas de prevenção e intervenção para maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas mais velhas.

O Modelo *Convoy* procura compreender as diferentes interações sociais, no que toca à vinculação/proximidade; ao papel/tipo de relação; e o apoio social/qualidade da relação (Kahn & Antonucci, 1980). O *Convoy* é influenciado por características pessoais como a personalidade, a raça, o género, a idade entre outras; e por características situacionais tais como os papéis sociais e expectativas do indivíduo. Todos estes fatores influenciam diretamente a rede de relações sociais e o suporte social. Este modelo adota em simultâneo um carácter dinâmico e constante. Segundo ele, todos os seres humanos necessitam de uma rede de suporte social que não exige um número mínimo de indivíduos para a rede, sendo variável de pessoa para pessoa e considerando a quantidade e o tipo de suporte que cada um necessita (Antonucci, Birditt, & Akiyama, 2009).

O Modelo *Convoy* (Antonucci, 2001) sugere que as expectativas de papel são fatores situacionais que influenciam a composição e o apoio de rede de um indivíduo. Os autores concluíram que os múltiplos papéis sociais (como por exemplo, ser trabalhador, cônjuge, paroquiano, amigo, membro de um clube/organização, ou vizinho), contribui para a promoção de uma maior convivência com a comunidade e maior integração social, o que por sua vez pode melhorar a saúde psicológica das pessoas (através da redução do isolamento). Em suma, um indivíduo inserido numa rede diversificada tem melhores resultados de saúde mental do que um indivíduo com uma rede mais restrita. Weigner (1997) concluiu que os indivíduos inseridos numa rede de suporte integrada na comunidade (caracterizada pelo apoio informal prestado por familiares, amigos, vizinhos e envolvimento em grupos comunitários) são propícios a menor risco de problemas de saúde mental como a solidão e a depressão. Em contrapartida, os idosos

com uma rede restrita (caracterizada pela ausência de parentes e apoio informal) estão sujeitos a um risco mais elevado.

2.4. Resultados da investigação sobre o suporte social e pessoas mais velhas

Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (2001) desenvolveram um estudo piloto com o objetivo de analisar e comparar as redes sociais em diversos países europeus (Portugal, Espanha, Itália, Áustria, Polónia e Finlândia), utilizando como instrumento de medida a Escala das Redes Sociais de Lubben (Lubben, 1988). Os principais resultados referem que, em Portugal, no que diz respeito às redes de suporte social, existe uma diminuição do tamanho da rede com o avançar da idade e um aumento no número de confidentes consoante o nível de escolaridade. Neste estudo verificaram-se diferenças de género associadas ao número de familiares e confidentes pertencentes à rede, destacando-se uma predominância de elementos do sexo feminino. Em ambientes rurais observou-se um aumento na rede social família. Relativamente às diferenças transculturais apuradas, notou-se que “Portugal tem uma rede de confidentes menor que a Itália e do que a Polónia e tem uma rede de amigos maior do que a Polónia, mas não difere significativamente, em nenhum dos aspetos da rede social, da Alemanha, Áustria ou Finlândia” (Paúl, s.d., p. 279). Relativamente a estes últimos resultados, Paúl (s.d.) refere não se confirmar a ideia existente de que em Portugal, pelo facto de ser um país mediterrânico, existem redes de suporte social mais extensas.

A investigação assumiu que as relações sociais são um elemento essencial para o envelhecimento bem-sucedido. Através do SHARE - *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, uma investigação multidisciplinar e multinacional (que integra 20 países europeus e Israel) de carácter longitudinal cuja amostra é constituída por pessoas com 50 ou mais anos, verificou-se que com base nos dados recolhidos, Stoeckel e Litwin (2013) caracterizam as redes sociais de idosos de 16 países europeus, incluindo Portugal. A sua análise centrou-se nas redes pessoais subjetivas, aferidas através da indicação das pessoas que desempenham um papel importante nas suas vidas. Na sua análise, verificaram que os idosos europeus mantêm relações próximas com poucas pessoas, sendo as suas redes sociais, em média, compostas por duas pessoas. O tamanho reduzido da rede social parece indicar que os idosos europeus possuem relações de confiança e de proximidade com poucas pessoas. Os autores mencionaram existir um grupo mais pequeno de idosos que afirmou não ter nenhuma rede social pessoal, apresentando limitações na realização de atividades de vida diária, maior vulnerabilidade na saúde e no bem-estar. Quanto à composição das redes sociais, são maioritariamente constituídas por familiares e as suas relações sociais encontram-se emocional e geograficamente próximas e são consideradas como satisfatórias. Os idosos com redes sociais compostas por membros não-familiares reportam viver a maior distância geográfica dos mesmos, ter contactos menos frequentes e sentir menor proximidade emocional. Cerca de 30% da amostra indicou um ou mais amigos como confidentes, tendo 12% indicado vizinhos, colegas antigos ou atuais, pároco, terapeutas ou cuidadores. Na comparação dos resultados entre países, Portugal, Espanha e Itália destacam-se pela forte integração dos filhos nas redes sociais dos idosos e pela crescente possibilidade de estes serem apontados como confidentes, demonstrando uma forte solidariedade

intergeracional. Contrariamente, a solidariedade entre pares é limitada nos países do Sul e do Leste da Europa, evidenciando os idosos portugueses menor probabilidade de considerar os amigos como confidentes.

Fiori, Antonucci e Cortina (2006) desenvolveram um estudo com o objetivo de determinar se a qualidade do suporte é um mecanismo pelo qual os tipos de rede preveem a saúde mental. A amostra tem 1669 adultos mais velhos americanos residentes na comunidade com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 58,8% do sexo feminino e 68% do sexo masculino. Os resultados encontraram cinco tipos de rede: não familiares restritos, não amigos, família diversificada e amigos, que por sua vez, têm implicações para o bem-estar psicológico dos idosos. A sintomatologia depressiva foi mais elevada para os indivíduos da rede não amigos e menor para os indivíduos com uma rede diversificada. Os resultados sugerem ainda que a qualidade de suporte é um mecanismo através do qual os tipos de rede afetam a saúde mental.

Com o objetivo de caracterizar os processos de envelhecimento, destacando os usos do tempo, as redes sociais e as condições de vida de pessoas com 50 e mais anos, Cabral e colaboradores (2013) desenvolveram uma investigação sobre o envelhecimento da população portuguesa. Neste estudo, as redes sociais foram definidas como redes de confiança, compostas pelas pessoas com quem se partilham preocupações e assuntos importantes. A maioria dos participantes (92%) referiu ter alguém com quem partilhar os aspetos relevantes da sua vida, tendo 8% indicado não falar com ninguém. Segundo os autores, as pessoas sem redes sociais caracterizam-se por serem do sexo feminino, terem idade avançada, serem viúvas, viverem sozinhas, serem reformadas, residirem em zonas mais pequenas, entre outros. No que concerne às redes sociais, os investigadores avaliaram a sua dimensão, composição, frequência de contacto e densidade. Constataram existir um predomínio das redes de pequena dimensão (1 ou 2 pessoas), abrangendo as de grande dimensão uma esfera de 37% da amostra. Na análise do tipo de relação estabelecida entre os participantes e as pessoas com quem têm uma relação de confiança aparecem em destaque as redes compostas predominantemente por familiares. Efetivamente, no presente estudo as relações familiares ocupam um lugar preponderante no apoio aos idosos, mas este é também concretizado por relações não-familiares de amigos e vizinhos.

Green, Rebok, Constantine e Lyketsos (2008), desenvolveram uma investigação com o objetivo de determinar se um envolvimento mais frequente em redes sociais maiores e um maior apoio emocional protegem as pessoas mais velhas de declínio cognitivo e funcional. Para isso, os autores desenvolveram um estudo, de modo a examinar a influência das redes sociais na cognição e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), durante um intervalo médio de 10,9 anos, utilizando a escala de medida de Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969) e o Mini Mental State Examination (Folstein&McHugh, 1975). A amostra conta com 864 participantes residentes na comunidade. As características das redes sociais avaliadas incluíram o tamanho da rede, a frequência de contacto e apoio emocional. Os resultados concluíram que as redes maiores foram associadas a um maior score no MMSE. O maior apoio emocional foi associado com melhor estado funcional, antes e após o ajuste. Por outro lado, as redes sociais não foram longitudinalmente associadas com a mudança cognitiva.

O estudo de Alvarenga (2011) fundamenta a importância das relações sociais, nomeadamente o apoio da família como forma de influenciar positivamente o bem-estar psicológico e a saúde, reduzir o isolamento social (e a solidão) e aumentar a satisfação com a vida em idosos. Os autores acrescentam as atividades de grupo para evitar o isolamento dos idosos. No fundo, estas intervenções trabalham a dimensão identitária, treinam habilidades para enfrentar constrangimentos do quotidiano, reforçam a autoestima, valorizam os saberes e potencialidades. O estudo apela para a realocação de recursos e a priorização no investimento em programas de envelhecimento ativo que fortaleçam o apoio social e o bem-estar dos idosos em risco de isolamento social, de forma a repensar o envelhecimento numa ótica que inclui a família como uma estrutura prioritária nesse processo. Para o autor, a família é o núcleo no qual se podem maximizar os ganhos para o envelhecimento ativo, uma vez que nela se encontram as dinâmicas e os arranjos sociais de reciprocidade para a promoção de bem-estar e saúde do idoso.

De acordo com Peterson e colaboradores (2015) as relações sociais são importantes em todas as idades, sendo uma chave para um envelhecimento bem-sucedido. Os autores consideram que a solidão é um estado subjetivo resultante de uma deficiência de contactos sociais, associando ainda uma má qualidade de sono, a diminuição da mobilidade, o aumento da institucionalização como fatores associados à solidão. A investigação associa ainda a solidão a uma diminuição da função cognitiva e, conseqüente, perda de mobilidade e mortalidade. Os acontecimentos de vida podem aumentar o isolamento social, nomeadamente a morte do conjugue, a mudança de residência, entre outros. Ao longo de cinco anos, foi desenvolvido um estudo longitudinal no qual, em primeiro lugar, os participantes foram questionados acerca da sua rede de suporte social e acontecimentos de vida não normativos. A amostra estudada foi de 5.888 participantes com idade igual ou superior a 65 anos. As variáveis em estudo foram a solidão, o isolamento social e os acontecimentos de vida e utilizaram a Escala Breve das Redes Sociais de Lubben (Lubben, 1998) como instrumento de medida. Os resultados indicam uma ligação entre as variáveis em estudo. Os idosos que passaram por um acontecimento de vida não normativo são mais propícios a situação de isolamento social e solidão. Há outros aspetos que influenciam indiretamente o nível de isolamento social como cuidar de uma pessoa doente ou deficiente. A estratégia sugerida pelos autores para combater a solidão é envolver as pessoas em situação de luto em atividades na comunidade para que desta forma possam construir novos relacionamentos.

Bahramnezhad e colaboradores (2017) realizaram um estudo transversal com o objetivo de determinar a relação entre a rede social e da qualidade de vida dos idosos na cidade de Bojnord no Irão. A amostra conta com 201 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. A escala utilizada para avaliar a rede social foi a Escala das Redes Sociais de Lubben (Lubben, 1988). Os resultados mostraram que ter um relacionamento com a família, os amigos e viver numa boa vizinhança leva ao aumento da qualidade de vida dos idosos.

Pimentel, Fernandes, Afonso e Bastos (2009) no âmbito do projeto de investigação multicêntrico AgeNortC, realizaram um estudo com o objetivo de averiguar a relação entre a rede social e a saúde dos idosos do município de Bragança. Os resultados do estudo, em que participaram 100 idosos, apontam para a feminização da amostra, caracterizada por um baixo nível de escolaridade e rendimentos

intermédios, metade tinha alguma doença. Contudo, os idosos que responderam negativamente à questão apresentam uma rede social mais forte, a julgar pelos resultados da Escala das Redes Sociais de Lubben.

3. Fragilidade e Envelhecimento

3.1. Contextualização/Relação entre Envelhecimento e Fragilidade

A comunidade científica tem debatido sobre a temática da fragilidade, considerando-a como uma expressão problemática do envelhecimento da população, não chegando ainda a um consenso universal sobre a sua definição e operacionalização (Gruner, Antunes, Magalhães & Castro, 2014). No entanto, a Geriatria e a Gerontologia têm vindo a demonstrar interesse e a realizar estudos de investigação nesta temática (Duarte, 2015).

A origem da Fragilidade remonta à Geriatria e aos modelos biomédicos de Buchner e Wagner (1992) e Campbell e Buchner (1997). Segundo esta perspetiva, o conceito de fragilidade associava-se a uma dimensão fisiológica assente no controlo neurológico, no desempenho mecânico, na energia, no metabolismo, na função músculo-esquelética, na capacidade aeróbica e no estado nutricional. Assim, a fragilidade resulta de uma perda da capacidade da pessoa para suportar as alterações fisiológicas diminuídas além do limite homeostático. Aqueles que eram considerados frágeis por estes critérios teriam maior probabilidade de ser hospitalizados, desenvolverem incapacidade e morrerem mais cedo do que os indivíduos não frágeis (Duarte, 2015).

Segundo Duarte (2015), a Fragilidade deve ser investigada e associada à longevidade. Sendo o envelhecimento um processo diferenciado, na medida em que, com o aumento dos anos as características individuais da pessoa vão-se destacando, assim, indivíduos com a mesma idade cronológica apresentam idades fisiológicas diferentes.

O envelhecimento e a fragilidade têm sido dois temas relacionados e debatidos pela comunidade científica em linhas paralelas, mas isoladas. Rolfson (2018), na sua revisão sistemática sobre o envelhecimento bem-sucedido e a fragilidade, concluiu que a história dos conceitos é um ponto comum, na medida em que, os modelos clássicos parecem ter bases concetuais semelhantes no *continuum* do envelhecimento da aptidão com a deficiência. Ambos adotaram modelos biomédicos, com vista no curso e ciclo de vida, desempenho funcional e características multidimensionais, tanto a nível intrínseco como extrínseco, incluindo ainda fatores funcionais e sociais. Verifica-se que existem estratégias semelhantes para operacionalizar ambos os conceitos, incluindo biomarcadores físicos (exemplo: velocidade de marcha) e os modelos multidimensionais que incluem aspetos sociais e componentes subjetivos. Ambos os termos suscitam controvérsias ao tentar defini-los. A fragilidade pode ser vista como uma característica observável (fenótipo físico), como uma condição médica, tal como, uma síndrome geriátrica ou como um estado de risco exacerbado. Investigar sobre os dois temas pode contribuir para agilizar a implementação de estratégias no sentido de otimizar a experiência do envelhecimento individual. Ao longo da sua revisão,

o autor apercebeu-se que a fragilidade foi proposta como uma fase de transição entre o envelhecimento bem-sucedido e a deficiência. Mais recentemente, foi proposto que a Fragilidade é nada menos do que uma expressão de sistemas complexos que compreendem a condição humana e requer soluções numa perspetiva transdisciplinar para ser melhor compreendida.

Gobbens e Assen (2014, p.123), após um estudo exaustivo de literatura apresentam a seguinte definição multidimensional de fragilidade: 'A fragilidade é um estado dinâmico que afeta um indivíduo que sofre perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), causada pela influência de uma variedade de variáveis e que aumenta o risco de efeitos adversos”.

Relativamente à prevalência da fragilidade, Gruner, Antunes, Magalhães e Castro (2014) aperceberam-se de que esta síndrome geriátrica está presente em 7% a 16% dos idosos não institucionalizados e a pré-fragilidade em cerca de 40% dos casos, de acordo com o CHS (Cardiovascular Health Study). A ocorrência da fragilidade aumenta progressivamente com a idade, surgindo em cerca de 30% dos indivíduos com mais 90 anos. Os dados indicam que é mais comum em mulheres, indivíduos com menor *status* socioeconómico e nível educacional. Acrescentam ainda que na presença de invalidez e doenças crónicas, embora 7% dos idosos frágeis, não tenham doenças, 25% tenham apenas uma.

A prevalência da fragilidade parece ser maior no Sul da Europa e nos indivíduos de raça negra, sugerindo a necessidade de continuar a investigar a fragilidade com diferentes *cut-offs* para cada população, visto que os estudos foram efetuados sobretudo em indivíduos de raça branca. Cerca de 80% dos idosos é saudável do ponto de vista funcional e cognitivo (Clegg, et al., 2013), necessitando de medidas preventivas que promovam a autonomia e a independência, além dos cuidados médicos orientados para o controlo das morbilidades que já existem.

De acordo com Gruner, Magalhães e Castro (2014) a identificação de idosos frágeis permite organizar os recursos no setor da saúde e de certa forma diminuir os gastos, uma vez que os idosos frágeis têm muitos gastos com os cuidados de saúde. Os idosos frágeis representam uma parte heterogénea da população idosa, com graus variados de dependência e que apresentam quadros de saúde mais graves que a população idosa em geral, revelando maiores complicações e internamentos mais frequentes do que os restantes. O principal desafio para os sistemas de saúde não é, portanto, o envelhecimento em si, mas a síndrome de fragilidade. Desta forma, torna-se imprescindível para a prática clínica diária atuar preventivamente através de um rastreio, prevenção e diagnóstico precoce da síndrome da fragilidade, contribuindo assim para a promoção de um envelhecimento ativo.

3.2 Modelos dinâmicos de fragilidade

Os dois modelos cruciais para operacionalizar o conceito de fragilidade de uma forma dinâmica e interativa são: (1) modelo fenótipo de Fried e colaboradores (2001) e o modelo do índice de fragilidade de Rockwood e colaboradores (1994).

3.2.1 Modelo Fenótipo da Fragilidade (Fried et al., 2001)

Fried et.al (2001) definiram o conceito de fragilidade na presença de três a cinco critérios fenótipos, com base num estudo de saúde cardiovascular (CHS), com uma amostra de 5210 participantes de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 65 anos. No estudo de Fried (2001), foram excluídos os indivíduos com doença de Parkinson, acidente vascular cerebral prévio, depressão ou défice cognitivo. O fenótipo estabelecido pelos autores contou com cinco variáveis. Assim, Fried apontou os cinco critérios fenótipos com a seguinte avaliação: (1) perda ponderal não intencional de 4.5 kg ou superior a 5% do peso corporal no período de um ano (válido para ambos os sexos); (2) avaliação do tempo de marcha de 4,6 metros de acordo com a altura (no caso do sexo masculino, os valores são > 1,73 cm, > 6 segundos / <1,73 cm, >7 segundos; para o sexo feminino > 1,59, > 6 segundos / < 1,59 cm, >7 segundos); (3) força de preensão avaliada por dinamómetro – de acordo com o IMC (no caso do sexo masculino: $IMC \leq 24$, ≤ 29 ; $IMC 24,1-26$, ≤ 30 ; $IMC 26,1-28$, < 30 ; $IMC \geq 28$, ≤ 32 . Quanto ao sexo feminino: $IMC \leq 23$, ≤ 17 ; $IMC 23,1-26$, $\leq 17,3$; $IMC 26,1-29$, ≤ 18 ; $IMC \geq 29$, ≤ 21); (4) diminuição da atividade física (*Questionário de Atividade de Lazer de Minnesota ou/ consumo semanal de quilocalorias*) (no caso do sexo masculino <383 Kcal/semana; para o sexo feminino <270 Kcal/semana); (5) exaustão avaliada por uma pontuação de 2 ou 3 no Questionário CES-D. Os indivíduos com um a três critérios são considerados no grupo intermédio “pré-frágil” (tratando-se de um subgrupo de alto risco de progressão para a fragilidade), e indivíduos com zero critérios são considerados robustos.

Perante estes critérios que fazem parte da síndrome da fragilidade, a preensão palmar está relacionada com a sarcopenia, a perda de peso ponderal com a desnutrição e a exaustão com a depressão, não esquecendo a atividade física e a velocidade da marcha.

3.2.2 Modelo do Índice de Fragilidade (Rockwood et al. 1994)

O modelo dinâmico de fragilidade de Rockwood e seus colaboradores (1994) também conhecido como o efeito cumulativo de défices, resulta num equilíbrio entre componentes biomédicos e psicossociais da pessoa idosa no qual os autores, consideram vários fatores de risco para o desenvolvimento da fragilidade.

Segundo o autor, os fatores determinantes para o equilíbrio são fatores que promovem a independência da pessoa, tais como: a saúde, a capacidade funcional, uma atitude positiva em relação à saúde e a outros recursos. Por outro lado, o desequilíbrio é consequência dos défices que ameaçam a independência da pessoa, ou seja, a doença, a incapacidade, a dependência de outros para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD) e a sobrecarga dos prestadores de cuidados (Rockwood, 2005a).

Segundo os autores, na maioria das pessoas idosas, os recursos sobrepõem-se aos défices; para outras, os défices sobrepõe-se aos recursos e já não conseguem manter a sua independência na comunidade, sendo então consideradas frágeis. O autor destaca um terceiro grupo que inclui aqueles para quem os recursos e os défices estão em equilíbrio precário e que, a qualquer altura, podem tornarem-se frágeis. Nesta abordagem, a fragilidade resulta de um processo dinâmico em que estão envolvidos fatores que mantêm ou ameaçam a independência da pessoa idosa (Rockwood et al.,1994). Assim, este modelo dinâmico fundamenta-se com base nos seguintes parâmetros: capacidade funcional

(associada à mobilidade), a autoavaliação da saúde (atua de forma positiva como compromisso com as AVD's e ajuda a evitar a hospitalização/institucionalização), os recursos sociais (ajudam a assegurar os cuidados diários) e os fatores socioeconômicos (têm efeitos sobre a capacidade funcional e também nos resultados adversos como caso da institucionalização e morte).

Clegg, Young, Iliffe, Rikkert e Rockwood (2013) apresentam-nos o Índice de Fragilidade como um dos instrumentos mais conhecidos para avaliar a fragilidade. Segundo os autores, o índice de fragilidade foi desenvolvido como parte do estudo CSHA (Canadian Study of Health and Aging), que foi um estudo prospectivo de coorte de 5 anos (n=10263), concebido para investigar a epidemiologia e encargos de demência em idosos no Canadá (idade média de 82 anos). As variáveis do estudo englobavam sintomas como o baixo humor, as tremuras, os valores de laboratório anormais, os estados de doença e deficiência (os déficits) e foram utilizados em conjunto para definir a fragilidade. O Índice de Fragilidade foi utilizado para calcular a presença ou ausência de fragilidade para cada variável, partindo do princípio que quantos mais défices a pessoa acumula, aumenta a probabilidade de ser frágil. Gruner, Antunes, Magalhães e Castro (2014) acrescentam que este índice se define como o efeito cumulativo de défices e não é mais do que a proporção do número de variáveis positivas sobre o total de variáveis ou défices, que incluem sinais, sintomas, incapacidades ou alterações analíticas.

Clegg, Young, Iliffe, Rikkert e Rockwood (2013), compararam o modelo fenótipo da fragilidade com o modelo de défices cumulativos e concluíram que ambos os modelos mostram sobreposição na identificação da fragilidade e devem continuar a ser utilizados pelos investigadores para identificar pessoas idosas frágeis de forma precoce, contribuindo para que as intervenções sejam eficazes.

3.2.3 Modelo Integral da Fragilidade (Gobbens et. al. 2010)

O Modelo Integral da Fragilidade (MIF) é um modelo concetual e foi desenvolvido por Gobbens e seus colaboradores em 2010 para tentar explicar as mudanças de paradigma relativa às definições tradicionais da síndrome da fragilidade, sendo um modelo de natureza mutável ao longo do tempo. Para chegarem a um consenso sobre o modelo, os autores definiram como componentes na definição operacional de fragilidade: a força, o equilíbrio, a resistência, a mobilidade, a atividade física, a nutrição, cognição e funções sensoriais. Foram ainda acrescentados componentes no domínio psicológico incluindo neste campo a sintomatologia depressiva, a ansiedade e as estratégias de coping. Por fim, mas não menos importante, os autores acrescentaram a esfera social incluindo as redes de relações sociais e o suporte social. O instrumento estandardizado que operacionaliza o MIF é o *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) (Gobbens, van Assen, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010).

Os autores entendem a fragilidade como um estado de pré-incapacidade, resultante das perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social). Estes domínios são influenciados por determinantes do curso de vida (condições socioeconômicas, nível educacional e fatores sociodemográficos como a idade, sexo, estado civil e etnia) doenças e declínio da reserva fisiológica que influenciam a fragilidade, os resultados adversos (incapacidade, a utilização dos cuidados

de saúde e morte) e a relação entre ambos. (Gobbens et. al.,2010a; Gobbens, Luijckx, Wijnen-Sponselee, Schols, 2010b).

O Modelo Integral de Fragilidade de Gobbens e colaboradores (2011) sustenta que a fragilidade deve englobar três grandes domínios: físico, psicológico e social.

Segundo Duarte (2015) a fragilidade física é entendida como o resultado de um conjunto de alterações a nível fisiológico, podendo ser um predictor mais fiável de morte prematura do que a fragilidade psicológica e social; a fragilidade física está relacionada com as principais causas de morte. Duarte (2015) ressalva que a nível da institucionalização, é a fragilidade social quem assume um papel importante, na medida em que, se alguém perder o parceiro ou a sua rede social, a admissão numa instituição que assegure a prestação de serviços formais de retaguarda à velhice torna-se mais provável para harmonizar estas perdas. Gobbens e colaboradores (2011) verificaram que a percentagem de pessoas fisicamente frágeis desde os 65 aos 70 anos aumentou de 7,3% para 21,4%, sendo que é importante ter em atenção a fragilidade física como principal foco de atuação e potencial área de intervenção.

Com a longevidade e o envelhecimento, a fragilidade psicológica tem vindo a aumentar, nomeadamente através de queixas do foro psicológico (associadas à sintomatologia depressiva e ansiedade), estando também associadas a alterações no nível cognitivo e conseqüente funcionamento global da pessoa idosa (Duarte, 2015). Gobbens e colaboradores (2011) referem que as queixas psicológicas contribuem para um maior risco de desenvolver doenças físicas, devendo analisar-se a fragilidade psicológica através de indicadores de humor, ansiedade e solidão associados à adaptação psicológica desenvolvida pelos mais velhos. No seu estudo, Gobbens e colaboradores (2011) concluíram que cerca de 22% das pessoas idosas referiu sentir-se em baixo, e 17% experienciaram sentimentos de desespero. Os autores encontraram também diferenças entre os percursos de fragilidade psicológica, no que diz respeito aos sentimentos de solidão, verificando que 28% das pessoas mais sozinhas são frágeis. Ao nível do género, as mulheres encontram-se em grupos de fragilidade psicológica mais frequentemente que homens, enquanto que os homens morrem mais frequentemente sem terem vivenciado um estado psicologicamente frágil (Gobbens et. al, 2011).

A fragilidade social surge associada ao contexto social dos indivíduos, referindo-se aos défices nas relações sociais que podem resultar em elevados níveis de solidão. A falta de um parceiro ou confidente, a falta de apoio, uma baixa participação em redes sociais tais como a família, vizinhança e organizações, podem conduzir a elevados níveis de solidão. Um idoso é considerado 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 sozinhas 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. Qualquer situação que afete a sua rede social, como por exemplo, a perda de parceiro, divórcio ou morte, pode trazer ou agravar a fragilidade social (Gobbens et al., 2011b).

Assim, a fragilidade social significa não participar em redes sociais e/ou experimentar perda de contactos e apoio. Além de que, este tipo específico de fragilidade desempenha um papel fundamental na política governamental. Gobbens et.al (2011b) destaca o trabalho das políticas governamentais em proporcionar a utilização de serviços ao nível social; na promoção da participação social independentemente da incapacidade física ou mental e um dos seus principais objetivos – prevenir a solidão das pessoas idosas - através da sua participação em redes sociais, procurando desta forma colmatar a fragilidade social.

A relação entre os fatores sociais e a saúde é explicada pela investigação no domínio. A relação entre ambas explica-se por via da integração social (casamento, relações familiares, amizades, comunidades religiosa e cívica, voluntariado), sendo eles fatores promotores de boa saúde (Berkman et al., 2000). Estas relações sociais permitem às pessoas sentirem-se seguras num contexto familiar e confiantes que irão receber apoio quando necessário. A integração social, por sua vez, previne problemas de saúde, conduz a uma recuperação mais rápida (quando ocorrem problemas de saúde) e prolonga a vida. A investigação sugere ainda que quantas mais relações sociais a pessoa tem, é menor a probabilidade de sofrer problemas de saúde. Ou seja, o início da fragilidade social pode acarretar o aumento ou agravamento 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., 2011b).

Da mesma forma, uma boa saúde é uma pré-condição para manter contactos. 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 (Duarte, 2015). Os problemas de saúde contribuem para que a rede de relações diminua, contudo, Carstensen e colaboradores (2000) explicam com a sua teoria da seletividade sócio-emocional, que nesta fase da vida, a qualidade de relações tende a aumentar, uma vez que os idosos procuram experiências mais significativas e encontrar o sentido para a sua vida, rodeando-se do seu núcleo familiar mais próximo.

Ao nível cognitivo, a presença de défices leva a uma redução em todos os tipos de contactos, incluindo com membros da família próximos, vizinhos e crianças. Os distúrbios psicológicos também impedem a participação social e os contactos sociais: as pessoas com distúrbios depressivos têm redes mais pequenas e recebem menos apoio de outros. Estas descobertas mostram que o desenvolvimento de um distúrbio físico, cognitivo ou psicológico pode levar a défices em relações sociais e, assim, a fragilidade social (Duarte, 2015).

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 casadas, com filhos e com práticas religiosas instituídas) têm mais potenciais prestadores de cuidados do que as pessoas de 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 assume que, se a pessoa tem uma rede social reduzida, isto pode aumentar o desenvolvimento de fragilidade física ou psicológica (Gobbens et al., 2011b).

No âmbito da criação do Indicador de Fragilidade de Tilburg (TFI), os autores definiram que a fragilidade social é medida com base em três critérios: viver sozinho, falta de contactos e falta de apoio. Se a pessoa idosa cotar em pelo menos dois critérios, são classificados como socialmente frágeis. Dos resultados, do estudo, e considerando estes três critérios, viver sozinho revelou-se o fator mais comum (40-45%), seguido da falta de contactos (cerca de 25%) e da falta de pessoas a quem recorrer (cerca de 15%). Em todos os momentos de observação quase um terço dos participantes teve uma das três características de fragilidade social; 17-19% exibiam duas características; e apenas 3-4% tinham todos os três critérios para fragilidade social (Gobbens et al., 2011b). Assim, o autor concluiu que as pessoas idosas que são socialmente frágeis são frequentemente pessoas que vivem sozinhas e relatam falta de contactos e/ou apoio social.

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., 2011b). A amplitude do modelo da fragilidade social expõe como um dos resultados adversos da fragilidade, o comprometimento na qualidade de vida das pessoas idosas. Geralmente, a fragilidade leva a uma baixa qualidade de vida.

3.3 Avaliação da fragilidade

A fragilidade é para muitos autores, a expressão mais problemática do envelhecimento da população. Assim, surge a necessidade de se desenvolverem métodos eficientes para detetar a fragilidade e medir a sua gravidade na rotina clínica, especialmente métodos úteis para os cuidados primários. Clegg, Young, Iliffe, Rikkert e Rockwood (2013), no seu trabalho de investigação, concluíram que se estima que um quarto e meio das pessoas com mais de 85 anos são frágeis, e um maior risco para quedas, incapacidade, cuidados de longa duração e morte. Em contrapartida, três quartos da população com mais de 85 anos podem não ser frágeis, o que levanta questões de como esta síndrome se desenvolve, como pode ser prevenida e detetada de uma forma confiável.

Nos últimos anos, o conceito de fragilidade sofreu uma evolução significativa, trazendo consigo modelos uni e multidimensionais que procuraram explorar esta síndrome em profundidade, apesar das fundamentações teóricas já existentes.

Assim, na concetualização unidimensional surgem dois modelos muito conhecidos e que já exploramos anteriormente: o modelo de acumulação de défices de Rockwood e colaboradores (1994) e o modelo biológico de Fried et al (2001). O primeiro, define a fragilidade como um estado de acumulação de défices e pressupõe um índice de fragilidade. Já o segundo, é de carácter biológico e apresenta a concetualização unidimensional do fenótipo da fragilidade. Os modelos unidimensionais assumem a fragilidade como uma síndrome exclusivamente física, o que não corresponde a uma visão holística do idoso enquanto ser biopsicossocial, levando-os a ser fortemente criticados pela comunidade científica (Coelho, 2015).

Para fazer frente a esta linha, surgiram ao longo do tempo abordagens de caráter multidimensional e resultante de uma interação complexa entre os determinantes do curso de vida e os fatores físicos, psicológicos e ambientais (Markle-Reid & Browne, 2003), nos quais destacamos o Modelo Integral de Fragilidade (MIF).

Segundo Duarte (2015) medir o conceito de fragilidade tem sido um desafio imposto por todos os investigadores que centram a sua atenção nesta problemática. Neste ponto, procuramos reunir um conjunto de ferramentas/instrumentos de medida utilizadas para medir e avaliar a fragilidade e que se encontram na literatura. Dada a evolução significativa da fragilidade e a abundância de instrumentos desenvolvidos pela comunidade científica, optamos por referir somente aqueles que mais se aproximam com os objetivos deste trabalho.

Rockwood e colaboradores (1999) desenvolveram uma escala com base na *Geriatric Status Scale (GSS)* com duas dimensões, utilizada para triagem de pacientes hospitalizados, sendo classificados em quatro níveis (de 0 a 3) consoante a maior aptidão física até à condição de fragilidade.

Brown e colaboradores (2000) procuraram medir a fragilidade através de testes de sensibilidade para força muscular, amplitude de movimentos, coordenação motora e marcha. Acrescentamos o trabalho de Mitniski (2001), que aplicou um índice de fragilidade com 20 défices observados num quadro clínico padronizado (nível auditivo, mobilidade, marcha, sensibilidade... e ainda as tarefas de vida diária), enquadrando a medição da fragilidade nos indicadores a nível físico, sensorial, funcional e patológico.

O estudo *The Epidemiology of Osteoporosis Study – EPIDOS*, da autoria de Nourhashemi e colaboradores (2001), apresentam uma nova definição de fragilidade, associando que ao longo do processo de envelhecimento os fatores fisiológicos, sociais e ambientais sofrem alterações.

Na definição e operacionalização da fragilidade surge especial destaque, o instrumento desenvolvido por Fried (2001) para estudar pessoas idosas a residir na comunidade. Este instrumento foi desenvolvido com inspiração no Modelo Fenótipo da Fragilidade e tem na base 5 critérios, sendo eles: a perda de peso não intencional, baixa força de mão, autorrelato de fadiga, baixa velocidade de marcha e diminuição de prática de atividades físicas. Segundo os autores os indivíduos pré-frágeis apresentam apenas entre 1 a 2 critérios e os frágeis assumem 3 ou mais critérios.

Outro instrumento de medida rápido e de fácil administração desenvolvido foi o Indicador de Fragilidade de Groningen (IFG) de Schuurmans (2004). Este instrumento é composto por 15 itens, divididos em 8 domínios/indicadores do idoso frágil (mobilidade, condição física, visão, audição, alimentação, morbilidade, cognição e aspetos psicossociais).

Anos mais tarde da criação da GSS, Rockwood e colaboradores (2005) operacionalizaram a fragilidade com base noutra instrumento – *Clinical Frailty Scale (CFS)* – uma escala progressiva de declínio da capacidade funcional em 7 pontos (1 ponto: idoso robusto que pratica exercício físico com regularidade; 7 pontos para o idoso com grau severo de fragilidade ou em situação terminal).

Um ano mais tarde, Rolsfon e colaboradores (2006) desenvolveram *The Edmond Scale of Frailty (ESF)*, como tentativa de uniformizar um instrumento de fragilidade validado para a população idosa com idade igual ou superior a 65 anos e que possa ser utilizado em contexto clínico. Esta escala demora menos

de cinco minutos a responder, podendo ser utilizada por diversos profissionais de saúde. Esta é composta pelos seguintes indicadores de fragilidade: cognição, o estado de saúde autoavaliado, a hospitalização, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e capacidade funcional. A pontuação máxima da escala corresponde aos 17 pontos (alto nível de fragilidade).

Em 2008, o grupo *Geriatric Advisory Panel (GAP)* assumiu a fragilidade como um estado de pré-incapacidade que não deve ser avaliado em pessoas com deficiência. Para tal desenvolveram *The "FRAIL" Scale* (Abellan Van Kan, 2008). Esta escala é composta por 5 domínios de *FRAIL* (fadiga, resistência, deambulação, doenças e perda de peso), é um instrumento que não requer qualquer equipamento ou medição, podendo ser auto-administrado pelo paciente ou seus familiares. Os autores assumem que esta escala precisa de ser validada.

Recentemente, a equipa de Gobbens, desenvolveu a *Tilburg Frailty Indicator (TFI)* (Gobbens, et.al, 2012), apresentando uma nova visão sobre a fragilidade e apresentando um conjunto de indicadores de cariz biopsicossocial, tais como: força, equilíbrio, mobilidade, atividade física, nutrição, aspetos cognitivos, processos sensoriais, aspetos psicológicos (a salientar o humor e o *coping*) e as funções sociais (Gobbens et. al, 2010). Em Portugal este instrumento foi validado com base no trabalho desenvolvido por Coelho e colaboradores (2014). Resultante do Modelo Integral de Fragilidade (MIF), o Tilburg Frailty Indicator (TFI) (Gobbens, et. al. 2010) é um instrumento multidimensional, construído para avaliar a fragilidade através das componentes essenciais à qualidade de vida das pessoas idosas, distribuídas pelos domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Desta forma, este instrumento contém 15 questões divididas em duas partes e destinado ao autorrelato. A parte A inclui questões sobre os determinantes de fragilidade, divididos por dez questões sobre os dados sociodemográficos, estilos de vida, morbilidade, acontecimentos de vida e ambiente. Estas variáveis não são pontuadas, nem fazem parte do score final na avaliação da fragilidade. A parte B avalia a fragilidade através de 15 itens repartidos pelas dimensões física, psicológica e social da fragilidade. Segundo Gobbens e Assen (2014), o TFI mostrou uma boa fiabilidade e validade de construção em estudos anteriores; uma boa validade preditiva para identificar resultados de deficiência e indicadores de utilização de cuidados de saúde; também é referido como um "poderoso preditor de morte independentemente da idade, sexo e escolaridade" (Gobbens e Assen, 2014, p.123).

Cesari e colaboradores (2013) e Clegg, Young, Iliffe, Rikkert e Rockwood (2013) cruzaram o modelo fenótipo da fragilidade (Fried et. al, 2001) com o índice de fragilidade (Rockwood et. al, 2005), chegando à conclusão de que as medidas estabelecidas são para diferentes finalidades e ambos demonstram grandes potenciais de serem aplicados à população idosa. Enquanto o modelo fenótipo parece o mais adequado para uma identificação imediata de pessoas em alto risco de incapacidade, quedas, hospitalização e morte; o índice de fragilidade evidencia os resultados de uma avaliação multidimensional geriátrica que permitem averiguar a acumulação de défices (Clegg et. al, 2013).

A escala *Frailty Trait Scale (FTS)* (García-García, et. al, 2014) desenvolvida no *Estudo de Toledo* (Espanha), para 1972 pessoas idosas com 65 ou mais anos, considera 7 dimensões de fragilidade,

distribuídas por 12 itens, sendo elas: nutrição, equilíbrio, energia para atividade física, sistema nervoso e velocidade de marcha. Os resultados concluíram uma boa validade preditiva associada a fatores adversos.

O *Gérontopôle Frailty Screening Tool* (Tavassoli et. Al, 2014) foi desenvolvido para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, sem incapacidade ou doença clínica aguda. Este instrumento é composto por um questionário inicial dividido em seis componentes da fragilidade (viver sozinho, perda de peso, fadiga, mobilidade, memória e lentidão) que permitem ao investigador detetar a presença de sintomas/sinais da fragilidade. Na primeira parte verificamos a presença da componente social com uma questão alusiva à presença de isolamento social. Já na segunda parte do instrumento, compete ao avaliador tecer uma avaliação subjetiva sobre o paciente, classificando-o como frágil ou não frágil.

Em suma, é evidente a existência de múltiplos instrumentos para avaliar a condição de fragilidade, com uma base comum, mas diferente nos fatores e domínios que os integram.

3.4 Prevenção e Intervenção

A síndrome da fragilidade deve ser diferenciada de outras patologias, no entanto, perante o quadro clínico de manifestações, a que surge habitualmente primeiro é a diminuição da atividade física, seguida da diminuição de força muscular e lentidão, que precedem a exaustão, perda de peso, criando um círculo vicioso (Gruner, Antunes, Magalhães & Castro, 2014).

Segundo Gruner e colaboradores (2014) ainda não existem orientações definitivas para a prevenção e tratamento da síndrome e fragilidade no idoso, contudo, as intervenções que envolvam vários sistemas podem trazer mais benefícios tanto na prevenção como tratamento da fragilidade do que aquelas que se limitam a um único sistema. Neste sentido, as intervenções são divididas em três tipos: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

A prevenção primária engloba o exercício físico, as alterações no estilo de vida para estilos e hábitos de vida mais saudáveis (luta contra o tabagismo e alcoolismo), uma nutrição adequada, vacinação, controlo do perfil lipídico e da hipertensão. A literatura recomenda a prática de exercício físico de 30 a 60 minutos, com a periodicidade de três vezes por semana, de modo a contribuir para a prevenção da sarcopenia através de exercícios fortalecedores dos músculos como treino de resistência, alongamentos e até mesmo o Tai Chi. Após seis meses, a prática de exercício físico já mostrou melhorar o nível de marcadores inflamatórios, acrescentando ainda benefícios no aumento da mobilidade, aumento na *performance* nas atividades da vida diária, melhoria na marcha, menor número de quedas, aumento da densidade mineral óssea e aumento do bem-estar geral, contudo, não há influência na mortalidade. Quanto à nutrição recomenda-se que seja diversificada e adequada, para melhoria da qualidade de vida e estado de saúde das pessoas idosas. Relativamente à vacinação, os autores recomendam várias, entre as quais a pneumonia, de modo a evitar expor o idoso frágil a um *stress* acrescido (Gruner, Magalhães e Castro, 2014).

A prevenção secundária é mais limitada, contudo, o seu principal objetivo é a prevenção e o controlo de toda a patologia médica que possa estar associada à fragilidade. A literatura recomenda que a terapêutica deve ser: paliativa (se tanto a doença como a fragilidade se agravarem); conservadora se

houver apenas controlo da doença mas agravamento da fragilidade; ou interventiva se houver melhoria da qualidade de vida e sobrevida. Neste ponto, deve considerar-se a relação entre a fragilidade e as doenças crónicas, nomeadamente a anemia, hipertensão arterial (cujo controlo deve fazer parte da prevenção da fragilidade, com moderação), uma doença cardiovascular (destaque para o uso de medicação para melhorar a função cardíaca, a prática de exercício físico e a qualidade de vida), a doença renal crónica (deve evitar-se o consumo de nefrotóxicos), a diabetes, osteopenia, fratura e quedas, doenças orais, alterações cognitivas, doença de Parkinson, alteração do sono e depressão. Ao desenvolver terapias de intervenção, deve ter-se em atenção que a população idosa é polimedicada, embora a medicação não se dirija à fragilidade. O caso da insónia, por exemplo, deve ser feito com técnicas comportamentais como a higiene do sono, meditação e relaxamento (Gruner, Magalhães e Castro, 2014).

Por último, a prevenção terciária, caracteriza-se pela reabilitação com o objetivo de manter a melhor qualidade de vida possível, no maior período de tempo possível. Na depressão, devem ser utilizados preferencialmente indicadores de recaptção de serotonina, e no caso de ser necessário, antidepressivos tricíclicos.

Um ponto de partida para atuar na prevenção e deteção da fragilidade será através da Avaliação Multidimensional Gerontológica das pessoas idosas de modo a desenvolver um plano de cuidados integrados de tratamento e *follow-up* a médio/longo prazo. Na realidade, a sua utilização já demonstrou ter um impacto benéfico para as pessoas idosas em termos de qualidade de vida e défices cognitivos, redução dos tempos médios de internamento e readmissões, institucionalização, mortalidade e custos. Porém, não se estabeleceu uma relação clara entre a definição da fragilidade e os benefícios da avaliação multidimensional da pessoa idosa (Gruner et al., 2014).

O encaminhamento de pacientes que apresentam sintomas de fragilidade, para profissionais especializados ocorre quando a pessoa apresenta: (a) possíveis condições médicas que justifiquem uma avaliação mais aprofundada, por exemplo, anemia ou perda de peso significativa; (b) possível comprometimento cognitivo ou depressão; (c) quedas ou declínio funcional; (d) rede de apoio social insuficiente; (e) um declínio mais gradual na função que pode beneficiar de uma revisão fisioterapeuta ou um programa mais intensivo em um centro de reabilitação (Chen, Gan & How, 2018).

A prevenção desta síndrome deve ser feita pela combinação dos profissionais da Educação e da Saúde, através dos postos de saúde comunitários, centros de dia, residências séniores entre outros, que possam educar as pessoas para esta síndrome e vigiá-la, através da medição da pressão arterial, controlo do peso e IMC. Além disso, podem aconselhar as pessoas acerca de uma dieta adequada, a adoção de estilos e hábitos de vida saudáveis e a prática de exercício físico com vista a promover a saúde e o bem-estar da população idosa (Chen et al, 2018).

Portanto, uma abordagem multidimensional que vai além da fragilidade física e reconhece elementos cognitivos e psicossociais é importante para produzir uma melhoria significativa e sustentada. O sucesso da gestão de fragilidade na comunidade depende da construção de parcerias entre profissionais de saúde e do social (incluindo assistentes sociais, gerontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicomotricistas) e a rede mais ampla da comunidade social. Juntamente com a relação do paciente e da

família, os idosos podem viver de forma independente dentro de seus ambientes individuais. Isso dependeria do idoso e da sociedade como um todo para aumentar a resiliência e, assim, combater a fragilidade (Chen et al, 2018).

3.5 Investigação no domínio

Neste ponto, procuramos analisar de que forma a comunidade científica tem vindo a explorar a temática da fragilidade, os tipos/natureza de estudos e os contextos em que têm sido realizados. Importa salientar a relação entre o envelhecimento e a fragilidade e o modo como a comunidade científica se tem pronunciado sobre estes dois grandes fenómenos da atualidade.

A fragilidade tem sido estudada frequentemente pelos profissionais da Gerontologia e da Geriatria para descrever uma síndrome clínica caracterizada por uma maior suscetibilidade a doenças, quedas e declínio funcional do envelhecimento. Por existir uma diversidade de definições sobre o conceito, torna-se mais difícil atuar de forma preventiva face à fragilidade e promover a saúde e o envelhecimento bem-sucedido dos idosos (Teixeira, 2008).

Segundo Teixeira (2008), a fragilidade é definida na literatura como um estado de alta vulnerabilidade para condições adversas de saúde, nos quais se inserem as quedas, incapacidade, necessidade de cuidados por período indeterminado de tempo e mortalidade precoce. Assim, o critério de maior frequência nas definições de fragilidade é a dependência nas AVDs, associado à dimensão física – o domínio predominante nas definições de fragilidade. Este associa-se a uma condição de saúde que envolve perdas na capacidade funcional e perda de massa muscular, decorrentes da diminuição da atividade física. Posto isto, a autora acrescenta que a síndrome da fragilidade pode ser reversível, caso as intervenções se diferenciem do declínio fisiológico decorrente do envelhecimento.

Em segundo lugar, nas definições de fragilidade aparecem as componentes da idade e a existência de doenças. Neste campo, a fragilidade diferencia-se do processo de envelhecimento patológico e reporta-se às condições de idade avançada, declínio funcional (novamente a necessidade de cuidados para satisfazer as AIVDs e AVD), quedas, défice nutricional, declínio cognitivo, doenças crónicas, condição social (dependência de cuidador), elevado número de consultas médicas, entre outros (Teixeira, 2008).

A fragilidade física foi fortemente criticada pela comunidade científica, que apresentou uma classificação de fragilidade assente em seis modelos concetuais: (1) fragilidade e incapacidade; (2) física da fragilidade; (3) ciclo da fragilidade; (4) modelo original das ciências físicas; (5) modelo dinâmico de fragilidade; (6) fragilidade como construção social. Em suma, assumiu-se a fragilidade como uma síndrome multidimensional que deve ser considerada pelos profissionais de saúde como a interação entre os componentes biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Teixeira, 2008).

No seu estudo, Teixeira (2008) procurou analisar a definição do conceito da fragilidade, chegando à conclusão de que uma diversidade e multiplicidade de conceitos e definições aumentam a dificuldade na elaboração de uma definição consensual de fragilidade. A autora concluiu a existência de três tipos de estudos: os que enfatizam a vertente biomédica e física; os que enfatizam a influência dos fatores

biopsicossociais na saúde dos idosos; e por fim, aqueles que encaram a fragilidade como uma síndrome multidimensional. Enquanto não houver uma definição consensual sobre o conceito, a comunidade científica terá muitas dificuldades em resolver conflitos perante resultados divergentes em estudos que utilizam o mesmo conceito.

Na pesquisa sobre fragilidade, encontramos revisões sistemáticas de literatura que estudaram a definição e conceito de fragilidade, a sua operacionalização, a prevalência deste fenómeno em idosos residentes na comunidade, analisando as dimensões da fragilidade – fragilidade física e biológica (Binotto, Lenardt & Martínez 2018; Tribess & Oliveira 2011); fragilidade psicológica e fragilidade social (Gobbens, 2011; Duarte 2015).

A fragilidade física foi estudada por Binotto e colaboradores (2018), na sua revisão sistemática de literatura com o objetivo de avaliar a fragilidade física e a velocidade de marcha em idosos residentes na comunidade. Os autores referem que a partir dos 75-80 anos a fragilidade é resultado adverso grave pois aumenta substancialmente. Este grupo etário identifica os idosos com baixa resistência e alto risco de dependências, quedas e mortalidade.

Na revisão sistemática de Binotto, Lenardt e Martínez (2018), é clara a associação entre a velocidade de marcha e as variáveis de incapacidade, fragilidade, funcionamento cognitivo, dependência, mortalidade, sedentarismo, perda de massa muscular e uma baixa saúde e diminuição da qualidade de vida. Os autores concluíram que a fragilidade física em idosos residentes na comunidade apresentam a velocidade de marcha como um resultado adverso a associação de incapacidades, fragilidade, sedentarismo, quedas, fraqueza muscular, doenças, gordura corporal, comprometimento cognitivo, mortalidade, *stress*, menor satisfação com a vida, menor qualidade de vida e duração do sono e baixo desempenho em parâmetros quantitativos de marcha nos idosos estudados. Perante estes resultados, os autores recomendaram incluir a medição da velocidade de marcha nas avaliações gerontológicas, perante a importância desta na prevenção e intervenção da fragilidade em idosos.

Tribess e Oliveira (2011) concluíram com a sua revisão que não existe um único padrão para avaliar a fragilidade humana. Contudo, a prevalência de idosos expostos a fragilidade teve uma ampla variação, sendo as mulheres classificadas como mais frágeis do que os homens. Para os investigadores coloca-se um novo desafio, o de construir um instrumento padrão para medir a fragilidade humana de forma prática e validada para as populações e que possa avaliar o grau de fragilidade nas pessoas idosas no seu ambiente natural.

Relativamente à síndrome da fragilidade em idosos, encontramos duas revisões sistemáticas de literatura (Certo, Kleiver, Galvão & Fernandes, 2016; Correia, 2017) cujo objetivo é através da análise de artigos científicos publicados entre 2004- 2015 e 2006-2016, respetivamente, identificar os antecedentes, manifestações, características e consequências da síndrome da fragilidade nos idosos (Certo et al, 2016); sistematizar o conhecimento adquirido sobre a síndrome da fragilidade e os seus impactos nos cuidados de saúde (Correia, 2017).

Através de uma investigação de natureza qualitativa descritiva, exploratória e transversal, Certo e colaboradores (2016), realizaram uma revisão sistemática de literatura através da recolha e análise de

vários artigos científicos entre 2004 e 2015 relativos ao tema escolhido. Face aos objetivos estabelecidos, as autoras propuseram-se identificar antecedentes, manifestações, características e consequências da síndrome da fragilidade em idosos.

Os principais antecedentes que potenciam o surgimento da fragilidade referidos pelos artigos analisados de Certo, Kleiver, Galvão e Fernandes (2016) são: a idade avançada (25% com idade igual ou superior a 85 anos), o sexo feminino (denota-se 8% para mulheres face a 5% dos homens), as circunstâncias económicas, a raça negra (apresenta o dobro da propensão à presença da fragilidade comparando com a raça caucasiana), os sintomas depressivos, função cognitiva deteriorada, índice de massa corporal baixo, tabagismo e uso de álcool. Porém, outros estudos acrescentam como indicadores o uso de medicação excessiva/polimedicação, o número de patologias e a perceção de saúde reduzida (Pegorari & Tavares, 2014). Está claro na investigação que os antecedentes da fragilidade estão diretamente associados às repercussões do envelhecimento biológico, social e cronológico (Certo et al, 2016).

Relativamente às manifestações da fragilidade, estas relacionam-se com as características fenotípicas: a perda de peso não intencional, a fraqueza muscular, fadiga, perceção de exaustão, anorexia, inatividade física, alterações de marcha e equilíbrio. Relembramos que para o diagnóstico de fragilidade basta a presença de três a cinco critérios fenotípicos. O estado de pré-fragilidade por sua vez é assumido na presença de uma ou duas destas características fenotípicas. As manifestações da síndrome da fragilidade podem ser reduzidas através de estratégias preventivas, realizadas por uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais de saúde, enfermeiros, gerontólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais através de um trabalho diário na estimulação cognitiva, social e física da população idosa. Detetar precocemente a síndrome permite tratar e reabilitar as pessoas idosas, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida (Certo, Kleiver, Galvão e Fernandes, 2016).

Para finalizar, Certo, Kleiver, Galvão e Fernandes (2016) referiram as consequências da síndrome da fragilidade, sendo as mais evidenciadas as consequências negativas na qualidade de vida das pessoas idosas que tornam o idoso um ser vulnerável, dependente e incapaz. Face a este negativismo, os autores referem a necessidade da prática de exercício físico para preservar a mobilidade e consequentemente prevenir o declínio funcional em idosos.

No que diz respeito à prevalência da fragilidade, Tribess e Oliveira (2011) realizaram uma revisão sistemática para identificar a prevalência do síndrome da fragilidade e as respetivas estratégias/critérios de avaliação. Após uma exaustiva revisão de literatura, os autores encontraram 35 artigos que correspondem aos critérios de inclusão na revisão. Dos instrumentos utilizados para operacionalizar a fragilidade, dos artigos analisados de Tribess e Oliveira (2011) o mais citado é o Fenótipo da Fragilidade do CHS (Cardiovascular Health Study) (Fried, 2001), seguido do Índice da Fragilidade (Gobbens, 2012). Os resultados deste estudo indicaram que as mulheres com índices que variam entre os 7,3% a 21,6% são mais frágeis do que os homens, cujos percentuais variam de 4% a 19,2%.

Ao analisar a prevalência da fragilidade, Tribess e Oliveira (2011) destacaram variações na definição operacional das categorias da fragilidade (frágil e pré-frágil). Os resultados dos 18 estudos analisados

indicam uma ampla variação da prevalência da fragilidade, com uma variação de 6,9% a 21,0% para o estado frágil e 33 a 55% para o estado pré-frágil. Ao separar a amostra por sexos, evidenciou-se nos homens uma fragilidade de 4 a 19,2% e 33 a 55,6% de estado pré-frágil, enquanto nas mulheres, a prevalência varia entre 6,8% a 22% para idosas frágeis e de 23,3 a 54,1% de idosas pré-frágeis.

A síndrome da fragilidade tem vindo a ser estudada em diferentes países de todos os continentes e populações, cujos participantes em estudo são idosos com idade igual ou superior a 65 anos.

Entre 2000 e 2009, Tribess e Oliveira (2011) encontraram 24 estudos realizados, sendo a maioria deles na América do Norte (17 nos Estados Unidos e 6 Canadá), seguidos da Europa (6 na Inglaterra, Itália, Holanda e França), na China (4 estudos) e um na Oceânia (Austrália). Nos estudos internacionais, a prevalência da fragilidade física é descrita em estudos realizados em idosos residentes na comunidade em diversos países. Na Coreia do Sul/Ásia são classificados como 9,3% frágeis e 42% pré-frágeis. No Japão são 6,3% frágeis e 49,5% pré-frágeis. Em França apenas 7% dos idosos é considerado como frágeis. Em Toledo/Espanha a classificação passa para 8,4% frágeis e 41,8% pré-frágeis. As percentagens para idosos residentes na comunidade do Taiwan/ China indica 8,3% frágeis e 45,9% pré-frágeis. Por fim, na América Latina, os investigadores realizaram uma revisão sistemática de meta-análise a 29 estudos com uma amostra de 43.083 idosos residentes na comunidade. Os resultados indicaram percentuais de 19,6% com variação de 7,7% e 42,6% (Binotto, Lenardt & Martínez, 2018).

Importa referir um estudo de investigação que compara o índice de fragilidade em duas populações distintas, americanos com origem mexicana e americanos com origem europeia, utilizando escalas adaptadas à etnia correspondente. Este estudo tem com o objetivo clarificar a hipótese se a discrepância antes encontrada na prevalência de fragilidade aumentada nos Afro-Americanos relativamente aos europeus era de facto verdadeira. Concluiu-se neste estudo que os critérios aplicados universalmente para deteção de fragilidade sobrevalorizam a sua incidência na população com origem mexicana, devido às grandes diferenças culturais entre as duas populações estudadas, uma vez que quando ajustados os valores à etnia a diferença da sua prevalência diminui. Assim, propuseram a modificação destes critérios de modo a englobar todas as etnias (Espinoza & Hazuda, 2008).

Correia (2017) refere a dificuldade de estabelecer a prevalência exata desta síndrome na população, uma vez que ainda não existe nenhuma definição universal aceite pela comunidade científica. No entanto, vários investigadores debruçaram-se na tentativa de identificar a prevalência da fragilidade junto da população idosa. Um estudo muito conhecido e referido pela maioria dos investigadores realizou-se nos Estados Unidos, The Cardiovascular Health Study (CHS), mostrou que a fragilidade afetava cerca de 7% da população americana com mais de 65 anos, sendo que a incidência se manteve em 7% nos três primeiros anos e nos quatro anos seguintes. Já neste estudo se concluiu que a incidência da fragilidade é maior no sexo feminino que no sexo masculino.

No contexto europeu, os estudos sobre a prevalência da fragilidade são escassos e para combater esta lacuna, Eggimann, Cuénoud, Spagnoli, Junod (2009) realizaram um estudo em 10 países (Áustria, Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Itália, Holanda, Espanha, Suécia e Suíça), sendo que Portugal não integrou o estudo. Os autores verificaram que na faixa etária dos 50 aos 56 anos, a prevalência da

fragilidade e pré-fragilidade correspondiam aos 4,1% e 37,4% respetivamente. No grupo dos doentes com mais de 65 anos, a prevalência da fragilidade foi de 17% e a pré-fragilidade de 42,3%. Neste estudo e à semelhança dos anteriores, as mulheres apresentam maior incidência de fragilidade e pré-fragilidade (5,2% ou 42,0% respetivamente), quando comparadas aos homens (2,9% e 32,7% respetivamente). Relativamente aos países em estudos, podemos verificar que a a prevalência de pré-fragilidade é particularmente superior em países como Espanha (50,9%), Grécia (44,9%), Itália (45,6%), Suíça (46,5%) e Suécia (45,3%) ao invés de países como Alemanha (34,6%) e Dinamarca (38,4%). Quanto à prevalência de fragilidade, os países com resultados mais elevados foram Espanha (23,7%) e Itália (23,0%), contrastando com países como a Suíça e Suécia, que apresentaram 5,8% e 8,6% de prevalência respetivamente. Nos outros países incluídos no estudo esses valores encontram-se entre os 10 e os 12%. Em suma, os dados indicam uma maior prevalência de fragilidade nos países do sul da Europa.

3.6 Fragilidade, Suporte Social e Relações Sociais

Amaral, Guerra, Nascimento e Maciel (2013) referem que a fisiopatologia da síndrome da fragilidade pode ser agravada devido à rutura de laços sociais, já que, para alguns autores, a ausência do apoio social afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo se torna mais suscetível a doenças. De acordo com este conceito, os laços sociais e o apoio recebido por idosos teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo comportamentos adaptativos em situações de stress. Apesar dos mecanismos de ação exercidos pelo apoio social no sistema imunológico ainda não terem sido elucidados, duas hipóteses são apresentadas. A primeira sugere que o apoio social atuaria como “tampão”, impedindo a resposta do organismo em forma de doença, face a grandes perdas emocionais. Na segunda hipótese, o apoio social apresenta efeitos positivos para a saúde, podendo reforçar a sensação de controlo sobre a própria vida e a autonomia das pessoas.

3.6.1 Domínio Social como um indicador psicossocial da fragilidade

Este conceito estudado na população idosa e referenciando-se aos modelos de índole social que se destinam a estudar o contributo de indicadores sociais para o construto de fragilidade nos idosos, destaca-se a teoria antropológica da construção social da fragilidade (Kaufman, 1994). Nesta perspetiva, a fragilidade é vista como resultado social vivido e experienciado pelo sujeito. A fragilidade reflete uma visão social do envelhecimento como uma luta entre a independência e dependência, dentro do contexto ambiental onde o indivíduo está inserido, destacando-se o contexto familiar, o sistema de saúde e a sociedade em geral. Nesta linha de pensamento, a fragilidade surge associada à diminuição de capacidades para desempenhar as atividades sociais de vida diária da pessoa idosa juntamente com a sua rede relacional envolvente, outros idosos, prestadores de cuidados e profissionais de saúde.

Duarte (2015) aponta alguns estudos de investigação baseados no Índice de Fragilidade (IF) para estudarem a relação entre a condição de pessoa idosa frágil e os aspetos sociais. A autora refere-se ao estudo de Andrew (2008) sobre vulnerabilidade social e relacionaram-na com a fragilidade e morte. Concluíram do estudo que vulnerabilidade social está relacionada com a condição de pessoa frágil e está

igualmente relacionada com a morte. O English Longitudinal Study of Aging (ELSA), conta com uma amostra representativa das pessoas com mais de 50 anos, residentes no domicílio, na Inglaterra, e teve como objetivo avaliar como o status económico e a rede de vizinhança afetam a fragilidade. Estes construtos demonstraram que pessoas mais pobres e privadas de vizinhança são mais frágeis. Deste modo, propõem políticas e linhas de intervenção de forma a reduzir esta exposição, considerando as circunstâncias individuais de cada pessoa, bem proporcionarem-se contextos sociais mais amplos.

3.6.2 A Fragilidade em idosos em vulnerabilidade social

Segundo Jesus, Orlandi, Grazziano e Zazzetta (2017) a fragilidade presente nas pessoas idosas tem aspetos multidimensionais, heterogéneos e instáveis que a tornam complexa quando recebe influências de fatores característicos da vulnerabilidade social.

A vulnerabilidade social, segundo os autores, é o resultado da combinação de como o indivíduo consegue informações, recursos materiais, enfrenta barreiras culturais e imposições violentas. Os fatores sociais como morar em contextos de maior vulnerabilidade, um baixo nível de escolaridade, nível socioeconómico e limitado de acesso aos serviços públicos podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade (Jesus et al., 2017).

O estudo realizado pelos autores teve como principal objetivo identificar a relação entre fragilidade, características sociodemográficas e vulnerabilidade social de idosos que usufruem de um serviço de atendimento primário. Em termos metodológicos, trata-se de um estudo exploratório, comparativo e transversal, com abordagem quantitativa de investigação realizado com 247 idosos inscritos num serviço de atendimento primário. Como instrumentos de recolha de dados, recorreu-se a um questionário para a caracterização sócio demográfica dos participantes e Escala de Fragilidade de Edmonton, para avaliar a fragilidade. A vulnerabilidade foi classificada segundo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. Os resultados sugerem que houve maior prevalência de idosos frágeis pertencentes ao género feminino, com média de idade de 68,5 (dp=7,3) anos, baixa escolaridade e aposentados. Salientam-se ainda diferenças estatisticamente significativas entre fragilidade e número de doenças relatadas ($p<0,001$). A fragilidade correlacionou-se negativamente com a vulnerabilidade social ($r=-0,043$) (Jesus et al., 2017).

A correlação entre fragilidade e vulnerabilidade social neste estudo não é estatisticamente significativa. No entanto, indica que existe maior prevalência de idosos frágeis em regiões com elevada vulnerabilidade social (21,2%). Os investigadores apelam para a importância de continuar a estudar a fragilidade nos contextos vulneráveis, uma vez que é um fator que contribui para o desenvolvimento desta síndrome. A vulnerabilidade social surge associada a fatores relativos às condições financeiras, escolaridade, acesso aos serviços de saúde e ausência de suporte social, possibilitando o desenvolvimento da fragilidade acompanhada de limitações físicas, funcionais e comorbidades. Considera-se que a vulnerabilidade social numa determinada área se caracteriza pelo grau de escolaridade da população, renda *per capita*, idade do chefe de família e presença de crianças. Em contexto de maior vulnerabilidade

social o idoso é a fonte de rendimentos do seu núcleo familiar, necessitando em caso de fragilidade, de proteção de modo a manter a sua autonomia, integridade moral e dignidade humana.

Estudos na área de vulnerabilidade social ganham especial relevância, quando se faz necessária deter a situação concreta do idoso frágil e do contexto em que ele se encontra. Em regiões vulneráveis em que a população usufrui de serviços sociais, a acessibilidade no serviço dá-se de forma pontual e específica, em busca de resolução de problemas.

3.6.3 Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade

Segundo Amaral, Guerra, Nascimento e Maciel (2013), o apoio social pode atuar como “tampão”, impedindo o desenvolvimento de doenças no organismo como consequência de grandes perdas emocionais. Além disso, os investigadores sugerem que o apoio social pode reforçar a sensação de controlo sobre a própria vida, implicando efeitos positivos sobre a saúde.

O estudo desenvolvido pelos autores tem como objetivo analisar a associação entre o apoio social e a síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. A amostra contou com a participação de 300 idosos com idades iguais ou superiores a 65 anos e foram excluídos do estudo os idosos que se recusaram a completar todas as fases da entrevista ou que apresentaram resultado inferior a 17 pontos no Mini-Exame do Estado Mental (MMSE). Para a avaliação dos aspetos biopsicossociais, foi utilizado pelos autores, um questionário estruturado para estudar as variáveis sociodemográficas e económicas (idade; rendimento; escolaridade; e hábitos de vida; saúde física (presença de comorbidades; percepção geral da saúde, sendo classificada como satisfatória e insatisfatória); e avaliação antropométrica, mediante cálculo do índice de massa corporal (IMC). Para avaliação do apoio social, foram utilizados o questionário da pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) e o Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI). Perante o questionário da pesquisa SABE, foram avaliados os aspetos estruturais e funcionais do apoio social que incluíam o status de coabitação, indicando se o idoso vivia só ou não; situação conjugal, classificando o idoso como casado ou não casado; índice de frequência de contactos (IFC), que avaliou o grau em que o idoso estava socialmente com outros e correspondeu ao número de contactos mensais com filhos, irmãos, outros familiares e com amigos; índice de diversidade de contactos (IDC), que avaliou a amplitude da rede social e foi construído a partir das mesmas questões do índice anterior, mas calculado como o número de diferentes tipos de contactos ocorridos mais de duas vezes ao mês; índice de frequência de ajudas recebidas (IFAR) e prestadas (IFAP), que correspondeu ao somatório das ajudas mensais efetivamente recebidas ou prestadas por todas as pessoas que faziam parte da rede social do idoso.

Observou-se predomínio de idosos do sexo feminino, com renda pessoal de 1 a 3 salários mínimos e baixo nível de escolaridade, com média de 4,7 anos de estudo. No presente estudo, não foram observadas associações da fragilidade com as variáveis do apoio social, com exceção da modalidade tarefas domésticas do questionário de MMRI. Além disto, observou-se que os idosos do presente estudo estão bem socialmente, com uma maior variedade de contactos e ajuda oferecida por estes. Somado a estes fatores, a opção de viver só e possuir estado civil “não casado”, considerados fatores de

vulnerabilidade social, podem ser reflexos de preferências pessoais e sensação de bem-estar, visto que muitos idosos também recebiam visitas e possuíam companhia de familiares, amigos e pessoas da comunidade. Já a elevada proporção de idosos com baixa frequência de ajuda financeira no presente estudo justifica-se pelo facto da maioria desses possuírem renda (Amaral et al.,2013).

Os autores justificam os resultados do estudo através da operacionalização do apoio social ser baseada em auto-relatos. Sendo assim, é possível que alguns indivíduos tenham superestimado ou subestimado suas frequências e diversidades de contatos e o apoio estabelecido por estas. Além disto, não foi avaliada a qualidade do apoio social fornecido, como também se as trocas sociais foram positivas ou negativas para os idosos. Portanto, são necessários estudos mais aprofundados das distinções entre os aspetos objetivos e subjetivos do apoio social. Por fim, o presente estudo investigou a associação entre a síndrome da fragilidade e o apoio social em uma população de idosos comunitários, e mostrou que, dentre as variáveis relacionadas com o apoio social, apenas a ajuda nas tarefas domésticas esteve associada significativamente à fragilidade. No entanto, mais investigações precisam ser desenvolvidas para caracterização da vulnerabilidade social, como também serviços de saúde e representantes governamentais necessitam reconhecer a importância do apoio social como parte integrante da prestação de cuidados aos idosos (Amaral et al.,2013).

4. Investigação sobre Fragilidade e Redes Sociais

Hoogendijk e colaboradores (2016) desenvolveram um estudo com o principal objetivo de estudar a associação entre a fragilidade física e o funcionamento social em adultos mais velhos. Este estudo conta com uma amostra de 1115 participantes com idade igual ou superior a 65 anos. A fragilidade foi avaliada de acordo com os indicadores do fenótipo que inclui a perda de peso, força de prensão, exaustão, lentidão de marcha, suporte instrumental, suporte emocional e solidão. Os principais resultados sugerem que os idosos em situação de pré-fragilidade e a fragilidade tinham uma rede menor e níveis mais altos de solidão em comparação com os seus pares não frágeis. A análise de regressão linear baseada no funcionamento social concluiu que a fragilidade está associada a um aumento da solidão ao longo de 3 anos. No entanto, o tamanho da rede de suporte social não diminuiu ainda mais ao longo do tempo.

A investigação sobre fragilidade e suporte social ainda é escassa. Hoogendijk e colaboradores (2016) denotam a importância da rede de suporte social na providência de suporte necessário para a manutenção de uma vida com mais autonomia e independência e ainda como um apoio perante acontecimentos de vida normativos e stressantes (exemplo do declínio na saúde e viuvez). Os autores consideram a possibilidade da fragilidade ser um fator predominante para a diminuição do suporte social nos mais velhos.

Utilizando dados do Estudo Longitudinal do Envelhecimento de Amsterdão (LASA), o presente estudo examinou a associação entre fragilidade física e funcionamento social de idosos, tanto de forma transversal como prospetiva, em três anos. O funcionamento social incluiu o tamanho da rede, o apoio instrumental e emocional recebido e a solidão, que cobrem os aspetos estruturais e funcionais das redes sociais.

A solidão foi referida pelos autores como um importante fator de risco para a mortalidade e morbidade nos mais velhos e pode ser um determinante para o bem-estar desta população. Neste sentido, é importante analisar a vulnerabilidade social e as necessidades psicossociais nas intervenções que visem diminuir a solidão na velhice. Daí a importância de relacionar o conceito de suporte social à fragilidade. A fragilidade na comunidade em adultos mais velhos surge na literatura associada a indivíduos com poucas redes de suporte social, o que aumenta, por sua vez a solidão ao longo do tempo. Neste estudo, os autores encontraram indicadores de que a vulnerabilidade física de fragilidade nos idosos deve ser considerada para os cuidados e intervenções junto desta população.

Cramm e Nieboer (2013) realizaram um estudo com uma amostra de 945 idosos residentes na comunidade, com 70 anos de idade em Rotterdam, Holanda. Este estudo teve como principal objetivo compreender as relações entre a fragilidade e os recursos sociais na comunidade e a qualidade das relações de vizinhança. Os autores utilizaram o Indicador da Fragilidade de Tilburg (Gobbens et al., 2010a) e classificaram quase metade da amostra (48,8%) como frágil. Os resultados sugerem que existe uma relação inversa entre fragilidade e segurança na vizinhança, além de que a relação também se verifica entre a coesão social e o sentido de pertença. De acordo com os autores, a fragilidade é um estado dinâmico que afeta todos aqueles que experimentaram uma ou mais perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano – físico, social ou psicológico. Por outro lado, o sentimento de segurança, a coesão social e o sentimento de pertença podem atuar de uma forma preventiva e protetora da fragilidade. Uma boa rede de vizinhos pode prevenir a fragilidade social através da manutenção de redes sociais ativas e, ao mesmo tempo, pode diminuir o declínio na saúde.

De acordo Cramm e Nieboer (2013), uma das condições importantes para a prevenção da fragilidade em idosos residentes na comunidade é a existência de uma rede social que funcione bem, na qual as pessoas mais velhas sintam que recebem o apoio necessário às suas necessidades. Assim, os mais velhos ficam menos deprimidos, podem viver vidas mais longas e mais saudáveis. Em contrapartida, a investigação comprova que idosos frágeis podem não receber o apoio social de que precisam para serem capazes de viver de forma independente na sua casa por mais tempo, o que aumenta a probabilidade de serem institucionalizados. O sentimento de pertença à comunidade numa rede social de acolhimento contribui para uma melhor condição de vida, num envelhecimento mais ativo com dignidade.

Capítulo II – Método

Neste capítulo são apresentadas as opções metodológicas que estão na base do presente estudo. Retomam-se aqui os objetivos do estudo: (1) caracterizar sociodemograficamente os participantes em estudo; (2) identificar indicadores de fragilidade nos participantes; (3) caracterizar as redes de suporte social dos idosos em estudo; e (4) analisar a relação entre fragilidade e redes sociais em pessoas mais velhas.

1.1. Plano de investigação e participantes

O presente estudo é de natureza quantitativa de tipo descritivo/correlacional. Tendo em consideração os objetivos do estudo, tornou-se necessário definir os participantes no estudo, ou seja, o universo de indivíduos que estamos interessados em estudar. Na impossibilidade de estudar toda a população, o presente estudo incidiu sobre uma amostra obtida a partir de um universo de idosos inscritos em três IPSS's, nas respostas sociais de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, na região Norte do país e outros a residir na comunidade na mesma região. Recorreu-se a uma amostra, não probabilística, que de acordo com Fortin (2009), consta de um procedimento de seleção, mediante o qual cada elemento da população não possui a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Assim, os participantes do estudo são 100 idosos a residir na comunidade, sendo que 50 recebem apoio de serviços formais de retaguarda à velhice (Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário) - Grupo A, enquanto os restantes 50 não recebem apoio deste tipo de serviços formais de retaguarda à velhice - Grupo B. Trata-se assim de uma amostra acidental, constituída pelos idosos voluntários que se ofereceram para participar.

Como critérios de inclusão definiu-se: pessoas com mais de 65 anos de idade, sem problemas de comunicação e sem patologia mental grave/observável, que aceitassem participar na investigação. Foi aplicado o Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009) para verificar o défice cognitivo nos participantes em estudo e foram retirados da amostra os participantes que apresentavam défice.

1.2. Instrumentos de recolha de dados

O protocolo de recolha de dados é constituído pelos seguintes instrumentos.

A **Ficha Sociodemográfica** é constituída por 6 questões da parte A do instrumento do Tilburg Frailty Indicator (TFI) (Gobbens et al, 2010; versão portuguesa de Coelho, Santos, Paúl, Gobbens & Fernandes, 2014), questões de resposta aberta e fechada que permitem caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico, nomeadamente aspetos como idade, género, escolaridade, estado civil, escolaridade e rendimentos.

A **Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6** (Lubben, 1988; versão portuguesa de Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) é um instrumento que permite avaliar 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 da escala varia entre 0 e 30 pontos. As pontuações inferiores a 12 indicam maior risco de isolamento social. Por sua vez, os indivíduos que apresentam maior pontuação, revelam menor risco de isolamento social. No que diz respeito às características psicométricas, a LSNS-6 apresenta uma consistência interna adequada com um alfa de Cronbach de 0,80, no estudo da validação.

O **Tilburg Frailty Indicator (TFI)** (Gobbens et al., 2010a; versão portuguesa de Coelho, Santos, Paúl, Gobbens, & Fernandes, 2014) é um instrumento de medida resultante do Modelo Integral de Fragilidade (MIF) e está dividido em duas partes. A parte A inclui questões sobre os determinantes de fragilidade, divididos por dez questões sobre os dados sociodemográficos, estilos de vida, morbilidade, acontecimentos de vida e ambiente. Estas variáveis não são pontuadas, nem fazem parte do score final na avaliação da fragilidade. A parte B avalia a fragilidade através de 15 itens repartidos pelas dimensões física, psicológica e social da fragilidade. As respostas têm por base o autorrelato dos inquiridos. Quanto maior a pontuação obtida (entre 0 e 15) maior será a fragilidade. Na validação para a população portuguesa, o TFI obteve uma boa consistência interna ($KR-20=0.78$) e fiabilidade ($r=0.91$), com um ponto de corte de seis pontos para definir o estado de “frágil” (Coelho et al, 2014)

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, a recolha de dados realizou-se durante o ano letivo 2018/2019, em dois contextos: (1) centro de dia e serviço de apoio domiciliário e (2) domicílio.

No primeiro contexto, foi estabelecido o contacto inicial com as direções técnicas das IPSS's com as duas respostas sociais (centro de dia e serviço de apoio domiciliário) em estudo, tendo sido solicitado autorização para aplicar o protocolo de investigação aos clientes que preenchessem os requisitos para a investigação. De seguida, o estudo foi apresentado a todos os clientes das respostas sociais referidas, sendo solicitada a sua participação. Foi condição imprescindível para a obtenção dos dados o consentimento livre e informado por parte dos participantes, que foi obtido após ser fornecida toda a informação relativa ao investigador, à natureza da investigação e objetivos da mesma. Foi-lhes claramente informado do direito de recusar a participação na investigação e foi garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida e na análise dos dados. A recolha de dados realizou-se durante o ano letivo de 2018/2019, nos meses de dezembro a abril, no contexto institucional, através da hétero-aplicação dos instrumentos do protocolo de investigação. O tempo de duração de aplicação deste protocolo de avaliação rondou os 45 minutos.

No segundo contexto, a recolha de dados realizou-se por conveniência e foram convidados a participar na investigação os idosos residentes nas freguesias ao redor da investigadora, com dois critérios

de inclusão: (1) não receber serviços formais de retaguarda à velhice, ou seja, não frequentar nenhuma resposta social; (2) não apresentar déficit cognitivo, para não por em causa a veracidade dos dados em estudo. A recolha de dados seguiu a mesma metodologia do contexto institucional, no entanto, a recolha foi efetuada durante junho, julho e agosto de 2019, no domicílio dos participantes em estudo. À semelhança do primeiro contexto, repetiu-se a hétero-aplicação dos instrumentos do protocolo de investigação. O tempo de duração de aplicação deste protocolo de avaliação nos domicílios excedeu os 45 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 conforme a tendência da investigação nos domínios sob estudo. Para todos os procedimentos estatísticos, o valor mínimo de significância estabelecido foi de 0.05. Na análise descritiva foram tidos 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 (r_{sp}) pelo tamanho global da amostra, e também porque, nem todas as variáveis de análise do perfil de funcionamento individual (e.g., rede de suporte social) seguiam distribuição normal. Para comparar os grupos que recebem ou não serviços formais de retaguarda à velhice, relativamente às características sociodemográficas, foram realizados testes de comparação de grupos através do qui-quadrado (para comparação de variáveis categóricas), assim como o teste t para amostras independentes (para variáveis contínuas, que seguiam distribuição normal, tal como avaliado pelo teste Kolmogorov-Smirnov).

Foram também exploradas diferenças entre as pontuações nas escalas de avaliação das variáveis do perfil de funcionamento individual, com algumas características sociodemográficas dos participantes (e.g., género, idade, estado civil – casados vs. outros), através do teste t student, quando as variáveis seguiam distribuição normal tal como avaliado pelo teste Kolmogorov-Smirnov, recorreu-se ao uso da estatística não paramétrica. A comparação de dois grupos independentes foi realizada com os testes Mann-Whitney Kruskalis, post-hoc Pairwise:Bonferroni.

Capítulo III – Apresentação dos Resultados

No presente capítulo serão apresentados os resultados obtidos. Num primeiro momento descrever-se-ão os resultados relativos às características sociodemográficas dos participantes, seguidos dos resultados relativos à fragilidade e à rede social. Por fim, explorar-se-á a relação existente entre fragilidade e rede social.

1.1. Características sociodemográficas dos participantes

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Total n (%) = 100(100)	Serviços Sociais de Apoio		χ^2	p-valor
		Sim n (%) = 50(50,0)	Não n (%) = 50(50,0)		
Género					
Homens	36(36,0)	18(36,0)	18(36,0)	0,000	1,000
Mulheres	64(64,0)	32(64,0)	32(64,0)		
Idade (anos), M \pm DP	77,2 \pm 6,6	80,5 \pm 6,1	73,9 \pm 5,5	524,500 ^a	<0,001
65-75	41(41,0)	11(26,8)	30(73,2)	14,924	<0,001
\geq 76	59(59,0)	39(66,1)	20(33,9)		
min-máx	65-90	66-84	65-90		
Estado civil					
Casado(a)/vive com companheiro(a)	62(62,0)	21(33,9)	41(66,1)	16,978	<0,001
Solteiro(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	38(38,0)	29(76,3)	9(23,7)		
Educação (anos), M \pm DP	3,5 \pm 2,01	2,8 \pm 1,6	4,1 \pm 2,2	822,000 ^a	0,002
0	11(11,0)	9(81,8)	2(18,2)	6,168	0,046
1 a 4	79(79,0)	38(48,1)	41(51,9)		
\geq 5	10(10,0)	3(30,0)	7(70,0)		
Rendimentos mensais (EUR)					
500€ ou mais	39(39,0)	28(71,8)	11(28,2)	12,148	<0,001
500€ ou menos	61(61,0)	22(36,1)	39(63,9)		

^aTeste U de Mann-Whitney

Este estudo foi realizado com uma amostra de 100 idosos a viver em comunidade. Destes, 50% recebem apoio de serviços formais de retaguarda à velhice (Centro de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário) – Grupo A, e os restantes 50% não recebem apoio formal – Grupo B. A idade média dos participantes é 77 (DP=6,6) anos, sendo na sua maioria do género feminino (64%), casados(as) ou a viver com companheiro(a) (62%), com escolaridade entre 1 e 4 anos (79%) e rendimentos iguais ou inferiores a 500€ mensais (61%).

Os resultados indicam que os participantes que recebem apoio de serviços formais possuem uma média de idades superior (M=80,5; DP=6,1; $p<0,001$) e um menor número de anos de escolaridade (M=2,8; DP=1,6; $p=0,002$) em comparação com os que não recebem apoio. De igual forma, verifica-se que os participantes com idade \geq 76 anos ($n=39(66,1\%)$; $\chi^2=14,924$; $p<0,001$), sem um(a) companheiro(a) ($n=29(76,3\%)$; $\chi^2=16,978$; $p<0,001$), com 1 a 4 anos de escolaridade ($n=38(48,1\%)$; $\chi^2=6,168$; $p=0,046$) e com rendimentos inferiores a 500€ mensais ($n=28(71,8\%)$; $\chi^2=12,148$; $p<0,001$) são os que recebem mais apoio de serviços formais (Tabela 1).

1.2. Fragilidade

Tabela 2. Relação entre utilização de Serviços Sociais de Apoio, Determinantes de Fragilidade e Fragilidade.

	Não Frágil n(%)	Frágil n(%)	χ^2	p-valor
Serviços Sociais de Apoio				
Não	21(62,5)	29(34,1)	7,955	0,005
Sim	35(37,5)	15(65,9)		
Género				
Homens	23(41,1)	13(29,5)	1,421	0,233
Mulheres	33(58,9)	31(70,5)		
Idade (anos)				
65-75	75,7±7,0	79,2±5,7	857,500 ^a	0,009
≥76	30(53,6)	11(25,0)	8,315	0,004
Estado civil				
Casado(a)/vive com companheiro(a)	39(69,6)	23(52,3)	3,156	0,076
Solteiro(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	17(60,4)	21(47,7)		
Educação (anos)				
0	3,9±2,36	3,0±1,3	837,500 ^a	0,004
1 a 4	7(12,5)	4(9,1)	5,875	0,053
≥5	40(71,4)	39(88,6)		
Rendimentos mensais (EUR)				
500€ ou mais	9(16,1)	1(2,3)		
500€ ou menos	37(66,1)	24(54,5)	1,376	0,241
Estilo de vida				
Saudável	19(33,9)	20(45,5)	12,443	0,002
Nem muito nem pouco saudável	38(67,9)	20(45,5)		
Não saudável	18(32,1)	16(36,4)		
Comorbilidade				
Não	0(0,0)	8(18,2)		
Sim	39(69,6)	13(29,5)	15,872	<0,001
Acontecimentos de vida				
Morte de uma pessoa querida				
Não	35(62,5)	30(68,2)	0,350	0,554
Sim	21(37,5)	14(31,8)		
Doença grave				
Não	51(91,1)	34(77,3)	3,680	0,051
Sim	5(8,9)	10(22,7)		
Doença grave numa pessoa querida				
Não	43(76,8)	24(54,5)	5,512	0,019
Sim	13(23,2)	20(45,5)		
Fim de uma relação importante				
Não	52(92,9)	40(90,9)	0,127	0,501
Sim	4(7,1)	4(9,1)		
Acidente de viação				
Não	53(94,6)	40(90,9)	0,528	0,367
Sim	3(5,4)	4(9,1)		
Satisfação com o ambiente habitacional				
Não	2(3,6)	4(9,1)	1,331	0,249
Sim	54(96,4)	40(90,9)		

^aTeste U de Mann-Whitney

Explorando as relações existentes entre utilização de Serviços Sociais de Apoio, Determinantes de Fragilidade e Fragilidade (Tabela 2), podemos constatar que a utilização de serviços ($\chi^2=7,955$; $p=0,005$), a idade ($\chi^2=8,315$; $p=0,009$), estilo de vida ($\chi^2=12,443$; $p=0,002$), comorbilidade ($\chi^2=15,872$; $p<0,001$) e doença grave numa pessoa querida ($\chi^2=5,512$; $p=0,019$) se encontram associados com Fragilidade, não se verificando outras associações estatisticamente significativas. Mais concretamente, os resultados indicam que 70% dos utilizadores de serviços são considerados frágeis, assim como os que têm idade ≥ 76 anos (55,9%), um estilo de vida não saudável (100%), mais do que duas doenças ou perturbações crónicas (64,6%) e por quem reportou o aparecimento de uma doença grave numa pessoa querida durante o ano passado (60,6%). Acrescenta-se ainda que, o grupo dos idosos considerados frágeis apresenta uma idade média superior ($M=79,2$; $DP=5,7$; $U=857$; $p=0,009$) e menor número de anos de escolaridade ($M=3,0$; $DP=1,3$; $U=837,500$; $p=0,004$) comparando com o grupo de idosos não frágeis.

Tabela 3: Relação entre Determinantes da Fragilidade e utilização de Serviços Sociais de Apoio.

	Total	Serviços Sociais de Apoio		χ^2	p-valor
	n(%) =100(100)	Sim n (%) =50(50,0)	Não n (%) = 50(50,0)		
Estilo de vida					
Saudável	58(58,0)	27(54,0)	31(62,0)	2,276	0,320
Nem muito nem pouco saudável	34(34,0)	17(34,0)	17(34,0)		
Não saudável	8(8,0)	6(12,0)	2(4,0)		
Comorbilidade					
Não	52(52,0)	24(48,0)	28(56,0)	0,641	0,423
Sim	48(48,0)	26(52,0)	22(44,0)		
Acontecimentos de vida					
Morte de uma pessoa querida					
Não	65(65,0)	29(58,0)	36(72,0)	2,154	0,142
Sim	35(35,0)	21(42,0)	14(28,0)		
Doença grave					
Não	85(85,0)	43(86,0)	42(84,0)	0,078	0,779
Sim	15(15,0)	7(14,0)	8(16,0)		
Doença grave numa pessoa querida					
Não	67(67,0)	30(60,0)	37(74,0)	2,216	0,137
Sim	33(33,0)	20(40,0)	13(26,0)		
Fim de uma relação importante					
Não	92(92,0)	45(90,0)	47(94,0)		0,357 ^a
Sim	8(8,0)	5(10,0)	3(6,0)		
Acidente de viação					
Não	93(93,0)	48(96,0)	45(90,0)		0,218 ^a
Sim	7(7,0)	2(4,0)	5(10,0)		
Crime					
Não	99(99,0)	50(100,0)	49(98,0)		0,500 ^a
Sim	1(1,0)	0(0,0)	1(2,0)		
Satisfação com o ambiente habitacional					
Não	6(6,0)	4(8,0)	2(4,0)		0,339 ^a
Sim	94(94,0)	46(92,0)	48(96,0)		
Fragilidade, M \pm DP [Min-Máx]	5,1 \pm 3,1 [0-13]	6,0 \pm 3,2[0-13]	4,1 \pm 2,7[0-12]	805,000	0,002^b

^aTeste de Fisher

^bTeste U de Mann-Whitney

De seguida, explorando a relação entre Determinantes da Fragilidade e utilização de Serviços Sociais de Apoio (Tabela 3), observa-se a inexistência de associações estatisticamente significativas. Porém, verifica-se que o grupo de idosos que utilizam os serviços de apoio apresentam uma pontuação de Fragilidade superior ($M=6,0$; $DP=3,2$; $U=805,000$; $p=0,002$) comparado com os não utilizadores.

Tabela 4. Relação entre utilização de Serviços Sociais de Apoio, Determinantes de Fragilidade e Fragilidade

	Pontuação total do TFI			Domínio Físico do TFI			Domínio Psicológico do TFI			Domínio Social do TFI		
	M±DP	U ^a	p-valor	M±DP	U ^a	p-valor	M±DP	U ^a	p-valor	M±DP	U ^a	p-valor
Serviços Sociais de Apoio												
Não	4,14±2,73	805,000	0,002	2,20±2,10	843,000	0,005	1,22±1,08	1057,500	0,165	0,72±0,76	939,000	0,022
Sim	6,04±3,23			3,38±2,16			1,50±0,93			1,16±0,98		
Género												
Homens	4,36±2,83	921,000	0,095	2,42±2,01	989,500	0,237	1,14±0,93	930,500	0,096	0,81±0,75	1045,500	0,419
Mulheres	5,50±3,23			3,00±2,28			1,48±1,039			1,02±0,97		
Idade (anos) ^b												
		0,308	0,002		0,402	<0,001		0,041	0,683		0,064	0,528
65-75	3,90±2,82	749,500	0,001	1,68±1,82	591,500	<0,001	1,32±1,11	1138,500	0,603	0,9±0,89	1161,000	0,717
≥76	5,92±3,09			3,56±2,11			1,39±0,98			0,97±0,91		
Estado civil												
Casado(a)/vive com companheiro(a)	4,68±2,97	935,500	0,083	2,66±2,14	1077,000	0,468	1,29±1,03	1055,000	0,361	0,73±0,71	836,500	0,010
Solteiro(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	5,76±3,29			3,00±2,29			1,47±0,98			1,29±1,06		
Educação (anos) ^b												
		-0,316	0,001		0,361	<0,001		-0,096	0,341		-0,159	0,114
0	5,45±3,86	2,255 ^c	0,324	3,18±2,71	3,521 ^c	0,172	1,33±0,97	0,139 ^c	0,933	0,82±0,75	1,668 ^c	0,434
1 a 4	5,22±3,06			2,89±2,15			1,33±0,97			1,00±0,93		
≥5	3,70±2,75			1,60±1,71			1,50±1,51			0,60±0,70		
Rendimentos mensais (EUR)												
500€ ou menos	6,10±3,52	872,000	0,024	3,44±2,54	916,000	0,049	1,46±0,97	1078,000	0,410	1,21±0,95	876,000	0,018
501€ ou mais	4,44±2,69			2,38±1,85			1,30±1,04			0,77±0,82		
Estilo de vida												
Saudável	4,26±2,75	16,425 ^c	<0,001	2,21±1,91	13,891 ^c	0,001	1,26±1,02	10,253 ^c	0,006	0,79±0,81	4,709 ^c	0,095
Nem muito nem pouco saudável	5,56±3,13			3,21±2,31			1,26±0,90			1,09±1,03		
Não saudável	9,13±2,30			5,25±1,67			2,50±0,76			1,38±0,74		
Comorbilidade												
Não	4,04±2,90	711,500	<0,001	2,15±1,91	823,000	0,003	1,15±1,02	945,000	0,029	0,73±0,84	903,000	0,011
Sim	6,23±3,00			3,48±2,29			1,58±0,96			1,17±0,91		
Acontecimentos de vida												
Morte de uma pessoa querida												
Não	4,98±3,25	1054,500	0,546	2,74±2,33	1051,000	0,527	1,26±1,02	969,500	0,201	0,98±0,91	1048,500	0,493
Sim	5,29±0,93			2,89±1,98			1,54±0,98			0,86±0,88		
Doença grave												
Não	4,78±3,08	383,000	0,014	2,66±2,19	480,500	0,025	1,25±0,99	389,500	0,012	0,87±0,90	434,500	0,037
Sim	6,87±2,90			3,53±2,13			2,00±0,93			1,33±0,82		
Doença grave numa pessoa querida												
Não	4,52±3,01	742,000	0,007	2,54±2,22	860,500	0,069	1,19±1,04	783,500	0,014	0,79±0,79	838,000	0,037
Sim	6,24±3,08			3,30±2,08			1,70±0,95			1,24±1,03		
Fim de uma relação importante												
Não	5,05±3,03	367,000	0,990	2,76±2,19	330,000	0,625	1,36±1,00	365,500	0,974	0,93±0,89	363,000	0,946
Sim	5,50±4,31			3,13±2,36			1,38±1,89			1,00±1,07		
Acidente de viação												
Não	5,05±3,15	275,500	0,497	2,74±2,21	255,500	0,338	1,33±1,00	257,500	0,337	0,98±0,91	217,000	0,118
Sim	5,57±2,99			3,43±1,99			1,71±1,11			0,43±0,54		
Satisfação com o ambiente habitacional												
Não	7,17±3,49	177,500	0,127	3,83±2,56	204,500	0,255	2,00±0,89	176,000	0,108	1,33±1,37	240,000	0,516
Sim	4,96±3,08			2,72±2,17			1,32±1,01			0,91±0,86		

^aTeste U de Mann-Whitney; ^bRó de Spearman; ^cTeste H de Kruskal-Wallis

Na Tabela 4 podemos observar as relações existentes entre utilização de Serviços Sociais de Apoio, Determinantes de Fragilidade e Fragilidade total, física, psicológica e social avaliada pelo TFI.

Os resultados indicam que os utilizadores de serviços apresentam uma pontuação superior na fragilidade total ($M=6,04$; $DP=3,23$; $U=805,000$; $p=0,002$), física ($M=3,38$; $DP=2,16$; $U=843,000$; $p=0,005$) e social ($M=1,16$; $DP=0,98$; $U=939,000$; $p=0,022$) comparado com os não utilizadores. Existe uma relação entre idade e fragilidade total ($r=0,308$; $p=0,002$) e entre idade e fragilidade física ($r=0,402$; $p<0,001$), sendo o grupo com idade ≥ 76 anos o que apresenta pontuações de fragilidade total ($M=5,92$; $DP=3,09$; $U=749,500$; $p=0,001$) e fragilidade física ($M=3,56$; $DP=2,11$; $U=591,500$; $p<0,001$) superiores comparado com o grupo dos 65 e 75 anos.

Relativamente ao estado civil, somente existem diferenças na pontuação no domínio social da fragilidade, sendo o grupo dos que não possuem um companheiro(a) o que apresenta uma pontuação superior ($M=1,29$; $DP=1,06$; $U=836,500$; $p=0,010$).

Podemos também observar que existe uma relação inversa entre o número de anos de escolaridade e fragilidade total ($r=-0,316$; $p=0,001$) e física ($r=0,361$; $p<0,001$), e que também é o grupo com rendimentos mensais do seu agregado familiar inferiores a 500€ que apresenta pontuações superiores na fragilidade total ($M=6,10$; $DP=3,52$; $U=872,000$; $p=0,024$) e física ($M=3,44$; $DP=2,54$; $U=916,000$; $p=0,049$).

Existem diferenças quanto ao estilo de vida reportado e fragilidade total ($H=16,425$; $p<0,001$), física ($H=13,891$; $p=0,001$) e psicológica ($H=10,253$; $p=0,006$). Aplicando os testes post-hoc de comparação por método *pairwise* com correção de Bonferroni, só não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que reportou um estilo de vida saudável e o que reportou um estilo de vida nem muito, nem pouco saudável. De forma geral, o grupo dos não saudáveis apresenta sempre uma pontuação superior ao grupo dos que reportaram ter um estilo de vida nem muito, nem pouco saudável (Fragilidade total: $p=0,023$; Domínio Físico: $p=0,070$; Domínio Psicológico: $p=0,008$), e superior ao grupo que reportou ter um estilo de vida saudável (Fragilidade total: $p<0,001$; Domínio Físico: $p=0,001$; Domínio Psicológico: $p=0,005$).

Os resultados também indicam que o grupo que reportou a existência de duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas possui pontuações mais elevadas de fragilidade total ($M=6,23$; $DP=3,00$; $U=711,500$; $p<0,001$) e em todos os seus domínios, tal como se pode verificar na tabela. Por último, relativamente aos acontecimentos de vida durante o último ano, verifica-se que os que reportaram o aparecimento de uma doença grave em si próprio e numa pessoa querida apresentam pontuações superiores de fragilidade total, física, psicológica e social comparado com os que não reportaram estes acontecimentos de vida.

Nas tabelas seguintes, exploram-se as relações existentes entre Fragilidade Física, Psicológica e Social, os respetivos critérios que fazem parte de cada domínio de fragilidade do TFI e a utilização de Serviços Sociais de Apoio.

Tabela 5. Relação entre Fragilidade Física e utilização de Serviços Sociais de Apoio

	Total <i>n (%)=100(100)</i>	Serviços Sociais de Apoio		χ^2	p-valor
		Sim <i>n(%)=50(50,0)</i>	Não <i>n(%)=50(50,0)</i>		
TFI, M \pm DP [Min-Máx]	2,8 \pm 2,2[0-8]	3,4 \pm 2,2[0-8]	2,2 \pm 2,1[0-8]	843,000 ^a	0,005
Não saudável fisicamente					
Não	27(27,0)	20(74,1)	7(25,9)	8,574	0,003
Sim	73(73,0)	30(41,1)	43(58,9)		
Perda de peso					
Não	81(81,0)	42(51,9)	39(48,1)	0,585	0,444
Sim	19(19,0)	8(42,1)	11(57,9)		
Dificuldade em andar					
Não	53(53,0)	23(43,4)	30(56,6)	1,967	0,161
Sim	47(47,0)	27(57,4)	20(42,6)		
Dificuldade no equilíbrio					
Não	63(63,0)	28(44,4)	35(55,5)	2,102	0,147
Sim	37(37,0)	11(59,5)	15(40,5)		
Dificuldade de audição					
Não	65(65,0)	29(44,6)	36(55,4)	2,154	0,142
Sim	35(35,0)	21(60,0)	14(40,0)		
Dificuldade de visão					
Não	63(63,0)	26(46,0)	34(54,0)	1073	0,300
Sim	37(37,0)	21(56,8)	16(43,2)		
Falta de força nas mãos					
Não	75(75,0)	36(48,0)	39(52,0)	0,480	0,188
Sim	25(25,0)	14(56,0)	11(44,0)		
Cansaço físico					
Não	48(48,0)	14(29,2)	34(70,8)	16,026	<0,001
Sim	52(52,0)	36(69,2)	16(30,8)		

^aTeste U de Mann-Whitney

A Tabela 5 explora as relações entre fragilidade física e seus respectivos componentes com a utilização de Serviços Sociais de Apoio. Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos quanto à receção de apoio formal na pontuação do domínio físico da fragilidade avaliada pelo TFI (U=843,000; p=0,005). Verifica-se que os idosos que recebem apoio apresentam uma pontuação superior (M=3,4; DP=2,2) no domínio físico da fragilidade.

Por sua vez, em relação aos critérios físicos de fragilidade, observa-se que a utilização de serviços de apoio está associada com a autoperceção negativa de saúde e cansaço físico. Os idosos que relatam não se sentirem fisicamente saudáveis (n=20(74,1%); $\chi^2=8,574$; p=0,003) e com cansaço físico (n=36(69,2%); $\chi^2=16,026$; p<0,001) são aqueles que mais recorrem aos serviços sociais de apoio.

Não foram encontradas outras associações entre os critérios físicos de fragilidade e a utilização de serviços.

Tabela 6. Relação entre Fragilidade Psicológica e utilização de Serviços Sociais de Apoio

	Total <i>n</i> (%) =100(100)	Serviços Sociais de Apoio		χ^2	p-valor
		Sim <i>n</i> (%) =50(50,0)	Não <i>n</i> (%)=50(50,0)		
TFI M±DP [Min-Máx]	1,4±1,1[0-4]	1,5±0,9[0-4]	1,2±1,1[0-4]	1057,500 ^a	0,165
Problemas de memória					
Não/por vezes	83(83,0)	42(50,6)	41(49,4)	0,071	0,790
Sim	17(17,0)	8(47,1)	9(52,9)		
Sentir-se em baixo					
Não	48(48,0)	19(39,6)	26(60,4)	4,006	0,045
Sim/por vezes	52(52,0)	31(59,6)	21(40,4)		
Nervoso ou ansioso					
Não	45(45,0)	19(52,2)	26(57,8)	1,980	0,159
Sim/por vezes	55(55,0)	31(56,4)	24(43,6)		
Dificuldade em lidar com problemas					
Não	12(12,0)	5(41,7)	7(58,3)	0,379	0,538
Sim	88(88,0)	45(51,1)	43(48,9)		

^aTeste U de Mann-Whitney

Explorando a relação entre Fragilidade Psicológica e a utilização de Serviços Sociais de Apoio, na tabela 6 podemos verificar que apenas o item “sentir-se em baixo” do domínio psicológico da Fragilidade se encontra associado com a utilização de serviços ($\chi^2=4,006$; $p=0,045$), onde 59,6% relatam terem-se sentido em baixo durante o último mês (Tabela 6).

Tabela 7. Relação entre Fragilidade Social e utilização de Serviços Sociais de Apoio

	Total <i>n</i> (%) =100(100)	Serviços Sociais de Apoio		χ^2	p-valor
		Sim <i>n</i> (%)=50(50,0)	Não <i>n</i> (%)=50(50,0)		
TFI domínio Social, M±DP [Min-Máx]	0,9±0,9[0-3]	1,2±0,9[0-3]	0,7±0,8[0-3]	939,000 ^a	0,022
Vive sozinho					
Não	82(82,0)	36(43,9)	46(56,7)	6,775	0,090
Sim	18(18,0)	14(77,8)	4(22,2)		
Sente falta de pessoas					
Não	51(51,0)	18(35,3)	33(64,7)	9,004	0,003
Sim/por vezes	49(49,0)	32(65,3)	17(34,7)		
Recebe apoio insuficiente					
Não	27(27,0)	12(44,4)	15(55,6)	0,457	0,499
Sim	73(73,0)	38(52,1)	35(47,9)		

^aTeste U de Mann-Whitney

De acordo com a Tabela 7, sobre a relação entre Fragilidade Social e utilização de Serviços Sociais de Apoio, os resultados mostram que existem diferenças na pontuação no domínio social da Fragilidade ($U=939,000$; $p=0,022$) e que apenas o item “sente falta de pessoas” se encontra associado com a utilização de serviços ($\chi^2=9,004$; $p=0,003$). Neste sentido, os utilizadores de serviços apresentam uma pontuação mais elevada no domínio social da fragilidade ($M=1,2$; $DP=0,9$) comparando com os não utilizadores e que 65,3% sentem a falta de pessoas à sua volta.

1.3. Redes Sociais

Tabela 8. Escala Breve das Redes Sociais e variáveis de caracterização

	Lubben Total			Lubben Família			Lubben Amigos		
	M±DP	U	p-valor	M±DP	U	p-valor	M±DP	U	p-valor
Contexto									
Comunidade	18,86±4,30	652,000	<0,001	9,66±2,63	910,500	0,019	9,24±3,22	665,000	<0,001
Serviços Sociais de Apoio	13,60±6,37			7,86±3,61			5,74±3,80		
Género									
Homens	18,42±6,00	755,000	0,004	9,42±3,33	923,000	0,098	9,00±3,74	685,000	0,001
Mulheres	15,00±5,72			8,36±3,19			6,64±3,79		
Idade (anos), M±DP		-0,030 ^a	0,769		0,078 ^a	0,441		-0,090 ^a	0,371
65-75	16,56±6,20	1123,000	0,558	8,61±2,91	1175,000	0,808	7,95±4,12	1066,000	0,312
≥76	16,00±5,93			8,83±3,51			7,17±3,77		
min-máx									
Estado civil									
Casado(a)/Vive com companheiro(a)	17,85±5,30	693,000	0,001	9,48±2,76	795,000	0,006	8,37±3,72	792,000	0,006
Solteiro(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	13,58±6,25			7,53±3,67			6,05±3,86		
Educação (anos), M±DP		0,152 ^a	0,131		0,001 ^a	0,991		0,236 ^a	0,018
0	14,91±6,40	0,883	0,643	9,00±3,29	0,078	0,962	5,91±3,62	2,518	0,284
1 a 4	16,52±5,83			8,77±3,28			7,75±3,83		
≥5	15,40±7,44			8,20±3,39			7,20±4,89		
min-máx									
Rendimentos mensais (EUR)									
500€ ou mais	14,67±6,74	956,000	0,099	8,44±3,94	1126,500	0,654	6,23±4,14	858,500	0,019
500€ ou menos	17,23±5,33			8,93±2,77			8,30±3,58		
Estilo de vida									
Saudável	16,78±5,91	4,812	0,090	9,10±2,98	5,398	0,067	7,67±3,93	2,411	0,299
Nem muito nem pouco saudável	16,32±6,22			8,74±3,52			7,59±4,13		
Não saudável	11,88±4,70			6,13±3,31			5,75±2,71		
Comorbilidade									
Não	16,81±6,27	1110,000	0,340	9,00±3,24	1131,000	0,417	7,81±4,28	1137,500	0,444
Sim	15,60±5,74			8,46±3,30			7,15±3,51		
Acontecimentos de vida									
Morte de uma pessoa querida									
Não	15,77±6,67	1017,500	0,385	8,12±3,29	808,500	0,017	7,65±4,39	1053,500	0,542
Sim	17,09±4,53			9,89±2,94			7,20±2,89		
Doença grave									
Não	16,00±6,24	554,500	0,422	8,51±3,29	468,000	0,100	7,49±4,11	631,000	0,950
Sim	17,53±4,50			10,07±2,84			7,47±2,75		
Doença grave numa pessoa querida									
Não	15,18±6,19	742,000	0,008	8,06±3,08	700,000	0,003	7,12±4,23	882,000	0,100
Sim	18,36±5,11			10,12±3,24			8,24±3,12		
Fim de uma relação importante									
Não	16,08±5,98	306,000	0,430	8,65±3,31	293,500	0,341	7,42±3,87	309,500	0,455
Sim	18,00±6,63			9,75±2,71			8,25±4,72		
Acidente de viação									
Não	16,18±6,08	292,000	0,650	8,63±3,30	232,000	0,204	7,55±3,98	282,500	0,559
Sim	16,86±5,58			10,14±2,61			6,71±3,15		
Satisfação com o ambiente habitacional									
Não	11,83±6,15	160,000	0,076	7,00±3,58	188,000	0,170	4,83±3,66	165,500	0,089
Sim	16,51±5,94			8,85±3,23			7,66±3,89		

^aRô de Spearman;

Os resultados apresentados na Tabela 8 revelam diferenças estatisticamente significativas ao nível dos valores médios da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (total e/ou sub-escalas) para a variável Contexto (receber ou não serviços formais), género, estado civil, rendimentos e acontecimentos de vida, especificamente morte de pessoa próxima e doença grave de pessoa próxima. Assim, os participantes que não recebem serviços sociais de apoio apresentam valores médios significativamente superiores no score total da Escala, na subescala Família e na subescala Amigos (U=652,000; p<0,001; U=910,500; p=0,019; U=665,000; p<0,001, respetivamente) comparativamente com os que recebem este tipo de apoio. Os homens apresentam um valor global superior na Escala global, assim como na subescala Família (U=755,000; p=0,004; U=685,000; p=0,001, respetivamente) do que as mulheres. Também os participantes casados/viver com companheiro apresentam valores médios significativamente superiores no score total da Escala, na subescala Família e na subescala Amigos (U=693,000; p=0,001; U=795,500; p=0,006; U=792,000; p=0,006, respetivamente) face aos solteiros/separados/viúvos. Ao nível dos rendimentos, são os participantes com rendimentos iguais ou inferiores a 500 euros o que apresentam valores médios superiores na subescala Amigos (U=858,000; p=0,019). Por fim, no que se refere aos acontecimentos de vida, os participantes que vivenciaram a perda de uma pessoa próxima têm valores médios superiores na subescala Família (U=808,500; p=0,017), assim como que que vivenciaram a doença grave de uma pessoa queria (U=700,500; p=0,003), os quais também têm valores médios superiores na Escala global (U=742,000; p=0,008).

Ainda de acordo com a tabela 8, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre anos de escolaridade e Rede Social Amigos (r=0,236; p=0,018), sendo que mais anos de escolaridade estão associados a valores superiores na subescala Amigos, ou seja, rede social Amigos mais forte.

Tabela 9. Risco de Isolamento Social e variáveis de caracterização

	Sem risco de isolamento social	Risco de isolamento social	χ^2	p-valor
	n(%)=81(81)	n(%)=19(19)		
Serviços Sociais de Apoio				
Não	31(38,3)	19(100,0)	23,457	<0,001
Sim	50(61,7)	0(0,0)		
Género				
Homens	33(40,7)	3(15,8)	4,159	0,034
Mulheres	48(59,3)	16(84,2)		
Idade (anos), M±DP	77,1±6,5	77,8±7,4	717,000 ^a	0,644
65-75	34(42,0)	7(36,8)	0,168	0,682
≥76	47(58,0)	12(63,2)		
min-máx	66-90	65-88		
Estado civil				
Casado(a)/vive com companheiro(a)	56(69,1)	6(31,6)	9,214	0,002
Solteiro(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	25(30,9)	13(68,4)		
Educação (anos), M±DP	3,6±2,1	3,0±1,7	605,500 ^a	0,125
0	8(9,9)	3(15,8)	0,580	0,748
1 a 4	65(80,2)	14(73,7)		
≥5	8(9,9)	2(10,5)		
min-máx	0-12	0-6		
Rendimentos mensais (EUR)				
500€ ou mais	27(33,3)	12(63,2)	5,754	0,016
500€ ou menos	54(66,7)	7(36,8)		
Estilo de vida				

Saudável	49(60,5)	9(47,4)	5,493	0,064
Nem muito nem pouco saudável	28(34,6)	6(31,6)		
Não saudável	4(4,9)	4(21,1)		
Comorbilidade				
Não	43(53,1)	9(47,4)	0,202	0,653
Sim	38(46,9)	10(52,6)		
Acontecimentos de vida				
Morte de uma pessoa querida				
Não	49(60,5)	16(84,2)	3,805	0,051
Sim	32(39,5)	3(15,8)		
Doença grave				
Não	67(82,7)	18(94,7)		0,291 ^b
Sim	14(17,3)	1(5,3)		
Doença grave numa pessoa querida				
Não	51(63,0)	16(84,2)	3,142	0,076
Sim	30(37,0)	3(15,8)		
Fim de uma relação importante				
Não	74(91,4)	18(94,7)		0,528 ^b
Sim	7(8,6)	1(5,3)		
Acidente de viação				
Não	75(92,6)	18(94,7)		1,000 ^b
Sim	6(7,4)	1(5,3)		
Satisfação com o ambiente habitacional				
Não	3(3,7)	3(15,8)		0,081 ^b
Sim	78(96,3)	16(84,2)		

^aTeste U de Mann-Whitney;

^bTeste de Fisher

Como é possível verificar na Tabela 9, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o risco de isolamento social e receber ou não serviços de apoio formais, género, estado civil e rendimentos. Isto é, no grupo sem risco de isolamento social existem mais participantes a receber apoio dos serviços formais (61,7%), ao passo que no grupo com risco de isolamento social existem mais participantes (100%) que não recebem este tipo de serviços ($\chi^2=23,457$; $p<0,001$); existem mais mulheres em risco de isolamento social ($\chi^2=4,159$; $p=0,034$) do que homens; há maior percentagem de participantes solteiros/separados/viúvos são em maior número em risco de isolamento social ($\chi^2=9,214$; $p=0,002$); e os participantes em risco social são maioritariamente os que têm rendimentos de 500 ou mais euros ($\chi^2=5,754$; $p=0,016$).

Tabela 10. Relação entre TFI e Lubben-6*

TFI	Escala de Rede Social de Lubben-6		
	Total	Família	Amigos
TFI Total	-0,321***	-0,242*	-0,289**
TFI Domínio Físico	-0,221*	-0,161	-0,214*
TFI Domínio Psicológico	-0,255**	-0,107	-0,300**
TFI Domínio Social	-0,223*	-0,276**	-0,099

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

*Correlações de Spearman

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre Fragilidade e Rede Social. Ou seja, à medida que os níveis de fragilidade total aumentam, a Rede Social total diminui (valor global, subescala Família e subescala Amigos), assim maior fragilidade está associada a Rede Social mais pobre, e redes Família e Amigos também mais pobres ($r=-0,321$, $p<0,001$; $r=-0,242$, $p<0,05$; $r=-0,289$, $p<0,01$). Já níveis superiores de fragilidade física estão associados a Rede Social total e Amigos mais pobres ($r=-0,221$, $p<0,05$; $r=-0,214$, $p<0,05$), sendo o mesmo verdade para a fragilidade psicológica ($r=-0,255$, $p<0,01$; $r=-0,300$, $p<0,01$). Por fim, níveis mais elevados de fragilidade social estão associados a níveis mais baixos de Rede Social total e Rede Família ($r=-0,223$, $p<0,05$; $r=-0,276$, $p<0,01$) (Tabela 10).

Capítulo IV – Discussão de Resultados e Conclusão

Discussão dos Resultados

Face aos resultados obtidos no presente estudo, passaremos à sua análise e discussão segundo o quadro conceptual e empírico apresentado anteriormente, tendo em linha de conta os objetivos do estudo: (1) caracterizar sociodemograficamente os participantes em estudo; (2) identificar indicadores de fragilidade nos participantes; (3) caracterizar as redes de suporte social dos idosos em estudo; e (4) analisar a relação entre fragilidade e redes sociais em pessoas mais velhas.

Globalmente, os participantes são maioritariamente do género feminino (64%), casados (62%), com escolaridade entre 1 e 4 anos (79%) e rendimentos iguais ou inferiores a 500€ mensais (61%), com idade média de 77 anos (DP=6,64). Os participantes que recebem os serviços de apoio são mais velhos, menos escolarizados, não possuem companheiro/cônjuge e com baixo rendimentos. No que se refere à fragilidade, aproximadamente 70% são utilizadores de serviços, 55,9% têm idade ≥ 76 anos, 100% apresenta um estilo de vida não saudável, 64,6% mais do que duas doenças ou perturbações crónicas. Já ao nível da rede social, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o risco de isolamento social e receber ou não serviços de apoio formais, género, estado civil e rendimentos, sendo que os participantes que recebem apoio dos serviços não apresentam risco de isolamento social (0%); a percentagem de homens em risco de isolamento social é inferior à das mulheres; assim como a percentagem de casados/viver com companheiro(a) é inferior à dos solteiros/separados/viúvos. Por fim, verificou-se uma correlação negativa significativa entre fragilidade e Rede Social, em que, globalmente redes sociais (total, família e amigos) mais pobres estão negativamente associadas a valores mais elevados e fragilidade (total, física, psicológica e social). 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 em estudo é do género feminino, casada, com baixa escolaridade e baixos rendimentos, podemos considerar um resultado pertinente para o estudo tendo em consideração as características sociodemográficas do envelhecimento da população portuguesa em meio rural. Ao comparar as características sociodemográficas dos participantes em estudo com as características sociodemográficas da população da região do Alto Minho, verificamos, relativamente ao género, a predominância do sexo feminino em ambos os grupos. No presente estudo, 64% dos participantes são mulheres, aproximando-se dos Censos (2011), cujo valor correspondia a 53%. Como podemos verificar nos dados dos últimos Censos (INE, 2011), esta tendência predomina na região pelo menos desde a década de 80.

Quanto à média de idades esta situa-se nos 77 anos (DP=6,64), sendo que são os participantes mais velhos aqueles que recebem serviços formais de retaguarda à velhice. Pereira (2013) realizou um estudo com 140 idosos residentes na comunidade de um perímetro urbano em Santo Tirso, verificando que a maioria dos participantes é do sexo feminino (54%), cuja média de idades é de 77 anos, o que igualmente se verifica no presente estudo. Embora definíssemos como critério de inclusão os participantes com idade igual ou superior a 65 anos, a média de idades situa-se nos 77 anos, o que indica que a distribuição dos

grupos etários com idade igual ou superior a 76 anos representa 59% do total da amostra. Os dados da Pordata (2018a) sugerem que em 2017, a população com 75 ou mais anos, representava 4,9% do total para a região do Alto Minho, indicando claramente um elevado envelhecimento na região, confirmado pelo Índice de Envelhecimento – 174,2% em 2011 (Pordata, 2018b). Tendo em conta a investigação no domínio, é expectável que à medida que a idade avança, aumente o grau de incapacidade e, consequentemente, a necessidade de serviços formais de retaguarda à velhice, o que não se verifica nos resultados obtidos. A razão possível para tal achado pode decorrer do facto destes idosos residirem em meio rural, mantendo a sua autonomia e boas redes de suporte familiar e de vizinhança.

No que concerne à fragilidade, os nossos resultados são relevantes na medida em que a literatura no domínio considera a fragilidade como um estado de pré-incapacidade, resultante das perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social). Estes domínios são influenciados por determinantes do curso de vida (condições socioeconómicas, nível educacional e fatores sociodemográficos como a idade, sexo, estado civil e etnia), doenças e declínio da reserva fisiológica que influenciam a fragilidade, resultados adversos (incapacidade, a utilização dos cuidados de saúde e morte) e a relação entre ambos (Gobbens et.al, 2011).

As pessoas que recebem serviços formais de retaguarda à velhice são mais frágeis comparativamente às que não recebem este tipo de serviço. Este resultado é muito pertinente, uma vez que indica que os serviços formais de retaguarda à velhice dão resposta a uma população idosa mais frágil e funcionam como fonte de suporte que permite melhorar a vida de pessoas frágeis. Este aspeto é reforçado pelos resultados relativos às diferenças na fragilidade física, psicológica e social entre idosos que recebem apoio dos serviços formais e os que não recebem. Ou seja, são os idosos que recebem apoio dos serviços os que apresentam maior fragilidade física e social (Gobbens et al., 2011; Duarte, 2015). Estes resultados aprecem reforçar a pertinência deste tipo de serviço no âmbito da intervenção na fragilidade.

Além disso, também são as pessoas mais velhas, com estilos de vida menos saudáveis e com comorbilidades as mais frágeis. Mais uma vez, estes resultados encontram-se em linha com a teoria e investigação no domínio (ex., Certo et al, 2016; Binotot et al, 2018). Considerando estes resultados, importa salientar que a natureza da relação entre fragilidade e tais variáveis (idade, estilo de vida ou comorbilidade) não é passível de ser aferida pela natureza do nosso estudo, transversal. Efetivamente pode acontecer que, por exemplo, estilos de vida pouco saudáveis pautados por sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, consumos impróprios (ex., álcool, drogas, tabaco) possam criar vulnerabilidades na pessoa deixando mais suscetível a desenvolver fragilidade, ou a presença de fragilidade poderá deixar a pessoa mais suscetível a adotar estilos e vida inadequados decorrentes das limitações associadas à sua condição frágil. O mesmo raciocínio pode ser aplicado às outras variáveis. Assim, os principais antecedentes que potenciam o surgimento da fragilidade referidos por Certo e cols. (2016) são: a idade avançada (25% com idade igual ou superior a 85 anos), o sexo feminino (denota-se 8% para mulheres face a 5% dos homens), as circunstâncias económicas, os sintomas depressivos, função cognitiva deteriorada, índice de massa corporal baixo, tabagismo e uso de álcool. Está claro na literatura que os antecedentes da fragilidade estão diretamente associados às repercussões do envelhecimento

biológico, social e cronológico (Certo, Kleiver, Galvão e Fernandes, 2016). Binotto, Lenardt e Martínez (2018), na sua revisão sistemática de literatura com o objetivo de avaliar a fragilidade física e a velocidade de marcha em idosos residentes na comunidade concluíram que a partir dos 75-80 anos a fragilidade é resultado adverso grave pois aumenta substancialmente. Este grupo etário identifica os idosos com baixa resistência e alto risco de dependências, quedas e mortalidade.

Outro resultado que nos parece relevante é o que se refere às diferenças na fragilidade em função do estado civil, com os solteiros a apresentar valores médios mais elevados na fragilidade social. Trata-se de um resultado pertinente para o estudo, uma vez que nos apresenta um indicador de fragilidade social, referindo-se aos défices nas relações sociais que podem resultar em elevados níveis de solidão. Duarte (2015) ressalva que a nível da institucionalização, é a fragilidade social que assume um papel importante, na medida em que, se alguém perder o parceiro ou a sua rede social, a admissão numa instituição que assegure a prestação de serviços formais de retaguarda à velhice torna-se mais provável para harmonizar estas perdas. Paralelamente, Gobbens (2011b) assume que, se a pessoa tem uma rede social reduzida, isto pode aumentar o desenvolvimento de fragilidade física ou psicológica. No âmbito da criação do Indicador de Fragilidade de Tilburg (TFI), Gobbens e colaboradores, (2011b) definiram que a fragilidade social é medida com base em três critérios: viver sozinho, falta de contactos e falta de apoio. Se a pessoa idosa cotar em pelo menos dois critérios, são classificados como socialmente frágeis. Dos resultados do estudo, e considerando estes três critérios, viver sozinho revelou-se o fator mais comum (40-45%), seguido da falta de contactos (cerca de 25%) e da falta de pessoas a quem recorrer (cerca de 15%). Assim, podemos concluir que as pessoas idosas que são socialmente frágeis são frequentemente pessoas que vivem sozinhas e relatam falta de contactos e/ou apoio social. Surge a necessidade de promover a participação social das pessoas idosas independentemente da incapacidade física ou mental para prevenir a solidão no envelhecimento através da sua participação em redes sociais, no envolvimento com a comunidade ou através dos serviços formais de retaguarda à velhice. Desta forma podemos colmatar a fragilidade social e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

Constatamos que os participantes com rendimentos iguais ou superiores a 500€ mensais são os mais frágeis em termos totais, físicos e sociais. Este resultado é dissonante com a literatura no domínio. Ao estudar a condição da pessoa idosa frágil e os aspetos sociais, Duarte (2015) referiu o English Longitudinal Study of Aging (ELSA), em que se verificou estatuto económico e a rede de vizinhança afetavam a fragilidade. Ou seja, os resultados demonstraram que pessoas mais pobres e privadas de vizinhança eram mais frágeis, o que não se verifica nos resultados do presente estudo. Parece-nos que este resultado pode relacionar-se com especificidades da nossa amostra, nomeadamente em termos de condições de vida. Por vezes, na coorte avaliada rendimentos superiores na velhice estão associados a mais anos de trabalho, particularmente em profissões exigentes e desgastantes, o que poderá ter contribuído para a maior fragilidade. Este é, muito provavelmente, um aspeto a aprofundar em estudos futuros.

Relativamente aos acontecimentos de vida, apresentam maior fragilidade no TFI total, psicológico e social, os idosos que sofrem de uma doença grave e os que têm uma pessoa querida doente. A

investigação no domínio indica que com a longevidade e o envelhecimento, a fragilidade psicológica tem vindo a aumentar, nomeadamente através de queixas do foro psicológico (associadas à sistematologia depressiva e ansiedade), estando também associadas a alterações no nível cognitivo e consequente funcionamento global da pessoa idosa (Duarte, 2015). Gobbens e colaboradores (2011) referem que as queixas psicológicas contribuem para um maior risco de desenvolver doenças físicas, devendo analisar-se a fragilidade psicológica através de indicadores de humor, ansiedade e solidão associados à adaptação psicológica desenvolvida pelos mais velhos. Por outro lado, as doenças físicas agravam a fragilidade psicológica. No estudo de Gobbens e colaboradores (2011) concluiu-se que cerca de 22% das pessoas idosas referiu sentir-se em baixo, e 17% experienciaram sentimentos de desespero.

No que se refere aos resultados relativos à Rede Social, importa destacar que são os participantes que não recebem serviços formais os que apresentam uma rede social mais forte (global, Família e Amigos). Estes resultados vão de encontro à literatura no domínio (ex., Ribeiro et al., 2012), uma vez que a presença de limitações físicas, psicológicas e/ou sociais está associada a maiores dificuldades de manter os contactos e interações sociais, o que se pode refletir na quantidade e qualidade de relações sociais. Assim, habitualmente receber serviços de apoio formais implica maiores limitações e dificuldades, pelo que é plausível assumir que estas pessoas estarão também mais condicionadas na sua capacidade para manter a sua rede social (ex., Grazziano & Zazzetta, 2017). Como referimos anteriormente, a ausência de redes de suporte social conduz a um aumento na procura de apoio formal para satisfazer as necessidades de suporte social. Segundo Paúl (2012) o isolamento social refere-se à inexistência dos contactos sociais, podendo aumentar a procura por serviços formais e assim o risco de institucionalização de idosos. Assim, os idosos que vivem em zonas rurais sem vizinhos próximos estão em maior risco de isolamento social.

Também ao nível do género, foram encontradas diferenças, com as mulheres a apresentar valores inferiores. Estes resultados são similares a outros encontrados no domínio (ex., Ribeiro et al., 2012), como o estudo de Cabral e colaboradores (2013) em que as pessoas com redes sociais mais pobres eram do género feminino, com idade avançada, viúvas, solteiras, reformadas e a residir em zonas rurais.

Relativamente ao estado civil, observa-se que são os solteiros (DP=6,25) os que apresentam uma rede social mais pobre. De acordo com a literatura no domínio, Hooyman e Kiyak (2011) referem que os idosos que nunca casaram nem tiveram filhos, apesar de não estarem desprovidos de uma rede social, podem apresentar maiores dificuldades a este nível pois podem ficar mais limitados no acesso e contacto a diferentes contextos e pessoas.

Um resultado que nos parece interessante refere-se aos participantes que sofreram a perda de uma pessoa próxima e os que vivenciaram a doença grave de uma pessoa próxima apresentarem valores médios superiores na Escala total e na subescala Família. Parece-nos que tal se pode dever ao facto de, perante uma perda significativa ou um acontecimento exigente como a doença de alguém próximo, a família se mobiliza no sentido de proporcionar suporte e ajuda. Paúl (1997) refere que as relações que construímos ao longo do ciclo de vida, e com quem estabelecemos relações significativas, assumem um papel importante na velhice na prestação de suporte social, particularmente em situações exigentes como as perdas. Além disso, tal como Carstensen (1995) afirma, à medida que a idade avança, a rede de relações

tende a diminuir essencialmente nas relações menos significativas e recíprocas, mas mantêm-se as relações mais próximas e íntimas, como pode ser o caso da família nuclear.

Quando analisamos em resultados em função da presença de risco de isolamento social, verifica-se que há mais participantes que não recebem apoio dos serviços formais, mais mulheres, mais solteiros/separados/viúvos e com mais capacidade económica. Assim, a este nível o resultado que nos parece mais surpreendente, tendo em conta a literatura e investigação prévia, é o relativo aos rendimentos. Frequentemente se associa a maior capacidade financeira a melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, a um maior número de relações sociais. No caso do nosso estudo, são as pessoas com rendimentos superiores a 500 euros as que estão em maior risco de isolamento social. Tendo em conta o contexto onde os dados foram recolhidos, é muito provável que os participantes com mais rendimentos tenham sido emigrantes, daí um rendimentos superior, pois esta região apresentou na década de 60/70 níveis elevados de emigração. Muito provavelmente estes idosos, quando se reformaram, regressaram a Portugal, mas deixaram a sua família (filhos, netos, irmãos) no país onde estiveram emigrados. Além disso, devido aos anos (décadas) que viveram emigrados não tiveram oportunidade de alimentar relações de proximidade com os vizinhos ou até mesmo de contruir e manter relações de amizade. Todos estas aspetos podem ter culminado numa escassez de relações e contactos regulares com a família e com amigos nesta fase da vida.

Por fim, quando analisamos a associação entre fragilidade e rede social, os nossos resultados claramente expressam a relação entre estas duas variáveis. Assim, quanto mais forte for a rede social (total, Família, Amigos) menor são os níveis de fragilidade (total, física, psicológica e social). A este propósito, Hooyman e Kiyak (2011) referem que na etapa final do curso de vida, as necessidades de suporte social podem aumentar provocadas pelas necessidades e mudanças na saúde, cognição e relações emocionais. Desta forma, Paúl (1997) sintetiza que o apoio a idosos provém de duas redes distintas de suporte social, mas igualmente importantes na prestação de apoio, sendo elas os serviços de apoio formal e informal. As redes de apoio formal proporcionam cuidados específicos num período limitado, estando enquadradas numa estrutura burocrática, e à partida, sem relação prévia emocional com os clientes (Lipman & Longino, 1982; Litwak & Misseri, 1989, como citados em Wacker & Roberto, 2014). Os serviços proporcionados por estas redes pertencem maioritariamente a organismos estatais como a segurança social; privados ou público-privados, sendo os mais comuns e acessíveis aos idosos as estruturas residenciais para idosos (ERPI), os serviços de apoio domiciliário (SAD) e os centros de dia (Paúl, 1997). Segundo Cramm e Nieboer (2013), uma das condições importantes para a prevenção da fragilidade em idosos residentes na comunidade é a existência de uma rede social que funcione bem, na qual as pessoas mais velhas sintam que recebem o apoio necessário às suas necessidades. Desta forma, os idosos ficam menos deprimidos, podendo viver vidas mais longas e mais saudáveis. Por outro lado, a investigação comprova que idosos frágeis podem não receber o apoio social de que precisam para serem capazes de viver de forma independente na sua casa por mais tempo, o que aumenta a probabilidade de serem institucionalizados. Assim, o sentimento de pertença à comunidade com uma rede social acolhedora contribui para melhorar as condições de vida das pessoas idosas e prevenir a fragilidade. Chen e cols.

(2018) assumem que a prevenção da síndrome da fragilidade deve ser feita pela combinação dos profissionais da Educação e da Saúde, através dos postos de saúde comunitários, centros de dia, residências seniores entre outros, que possam educar as pessoas para esta síndrome e vigiá-la no sentido de promover a saúde e o bem-estar da população idosa.

Também Alvarenga (2011) refere a importância das relações sociais, nomeadamente o apoio da família, como forma de influenciar positivamente o bem-estar psicológico e a saúde dos mais velhos. Na linha de pensamento de Sarason, Sarason e Pierce (1990), as relações interpessoais podem ter efeitos positivos a todos os níveis – fisiológico, psicológico e social. No que diz respeito aos efeitos na saúde, Cohen e Syme (1985) estudaram o efeito do suporte social na doença e na sua recuperação e verificaram efeitos positivos quer na manutenção, quer na recuperação de algumas doenças. O suporte social atua através da promoção de sentimentos positivos e da melhoria da autoestima, o que protege de doenças e contribui para uma recuperação mais rápida (Cohen & Syme, 1985; Jemmott & Locke, 1984). No que diz respeito aos acontecimentos de vida geradores de stress, como referem Antonucci, Birditt e Akiyama (2009), estes podem passar pela mudança de habitação, a morte de um familiar, ou a presença de doença numa pessoa querida. Assim sendo, podemos dizer que a falta ou inexistência de suporte social e/ou de uma rede segura de suporte social, que apoie e ajude a pessoa, poderá agravar a fragilidade psicológica, na medida em que é prejudicial para as pessoas que estejam a sofrer de depressão e ansiedade. Procidano e Smith (1997) acrescentam que o suporte social tende a aumentar a autoestima, o humor positivo e uma visão positiva da vida. Assim sendo, o suporte social contribui para diminuir, evitar ou prevenir sintomas de ansiedade e outras doenças do foro físico e psicológico, independentemente dos acontecimentos de vida stressantes, que se associam ao desenvolvimento da fragilidade.

Antonucci (2001) refere que os múltiplos papéis sociais (entre os quais pertencer a uma organização) na velhice contribuem para a promoção de uma maior convivência com a comunidade e maior integração social, promovendo o bem-estar psicológico e reduzindo o risco de isolamento. Weigner (1997) concluiu que pessoas inseridas numa rede social integrada na comunidade (caracterizada pelo apoio informal prestado por familiares, amigos, vizinhos e envolvimento em grupos comunitários) são propícias a menor risco de problemas de saúde mental como a solidão e a depressão. Em contrapartida, os idosos com uma rede restrita (caracterizada pela ausência de familiares e/ou amigos) estão sujeitos a um risco mais elevado. Também Peterson e colaboradores (2015), num estudo realizado ao longo de cinco anos, verificou que os idosos que vivenciaram um acontecimento de vida não normativo estavam mais sujeitos a isolamento social e solidão. Já Pinheiro (2003) refere que as pessoas que não possuem uma rede social estão mais vulneráveis à doença e à incapacidade, o que Gobbens e colaboradores (2011) consideraram um indicador de fragilidade.

Assim, globalmente estes resultados estão em linha com os resultados do estudo de Hoogendijk e colaboradores (2016) e Cramm e Nieboer (2013). Embora a investigação sobre fragilidade e suporte social seja escassa, Hoogendijk e colaboradores (2016) verificaram pré-fragilidade e a fragilidade em adultos mais velhos que tinham de redes sociais menores e níveis mais altos de solidão em comparação com seus pares não frágeis. Neste contexto, os autores consideraram a possibilidade de a fragilidade ser um fator

predominante para a diminuição do suporte social nos mais velhos. Por fim, Cramm e Nieboer (2013) constaram a existência de uma relação inversa entre fragilidade e segurança na vizinhança, além de que a relação também se verifica entre a coesão social e o sentimento de pertença. De acordo com os autores, a fragilidade é um estado dinâmico que afeta todos aqueles que experimentaram uma ou mais perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano – físico, social ou psicológico. Deste modo, o sentimento de segurança, a coesão social e o sentimento de pertença podem atuar de uma forma preventiva e protetora da fragilidade. Uma boa rede de vizinhos pode prevenir a fragilidade social através da manutenção de redes sociais ativas e, ao mesmo tempo, pode diminuir o declínio na saúde.

Conclusão

O envelhecimento é um fenómeno atual das sociedades desenvolvidas, tanto a nível populacional como individual, sendo um processo multidimensional, multidisciplinar numa vertente biopsicossocial. Vidas cada vez mais longas são uma das maiores conquistas da Humanidade, contudo não basta viver mais, é fundamental que os anos vividos tenham qualidade de vida, saúde e bem-estar. Por um lado, envelhecer é sinónimo de uma vida longa, com melhores condições de saúde, económicas, educativas e sociais. Por outro lado, o envelhecimento torna-se um grande desafio para os políticos, investigadores e profissionais. Os serviços formais de retaguarda à velhice todos os dias trabalham com o bem-estar das pessoas idosas, numa sociedade que não está devidamente preparada para este fenómeno. Tendo em consideração as características das sociedades atuais, torna-se cada vez mais pertinente estudar a fragilidade em idosos para poder identificar sinais e intervir nesta síndrome através da criação de medidas que contribuam para a criação de melhores condições para que a população idosa possa envelhecer bem. Assim, os resultados obtidos no presente estudo tornam-se muito relevantes, na medida em que contribuem para a investigação no âmbito de pessoas idosas frágeis residentes na comunidade, considerando-se útil do ponto de vista das implicações para a prática gerontológica no domínio.

Após a análise da literatura, e considerando as abordagens apresentadas, são várias as conceções acerca do conceito de fragilidade, sendo comum para os investigadores que esta síndrome multidimensional é um desafio para a longevidade. Por um lado, a fragilidade coloca em causa o número de anos vividos pelos resultados adversos que podem ser desencadeados, mas também pelas circunstâncias alocadas ao envelhecimento que as pessoas idosas têm de enfrentar - mudanças físicas, psicológicas e sociais. O presente estudo foca as dimensões do Modelo Integral de Fragilidade, o domínio físico, psicológico e social, procurando estabelecer uma relação entre a síndrome da fragilidade e o papel das redes sociais no envelhecimento. Ao nível das redes sociais, parece evidente que os resultados dos vários estudos no domínio apontam para uma relação bidirecional associada aos serviços de retaguarda à velhice, o que é confirmado no nosso estudo. Estar em risco de isolamento social leva às pessoas idosas solicitar serviços formais de retaguarda à velhice, para combater a solidão e, conseqüentemente, diminuir o risco de desenvolver fragilidade social. As pessoas que não recebem serviços formais de retaguarda à velhice são aquelas que têm redes sociais mais alargadas. Importa ainda referir o resultado do presente estudo para a associação entre as duas variáveis, uma vez que os estudos existentes no domínio têm vindo a confirmar a associação entre fragilidade e redes sociais. Enquanto os níveis de fragilidade total aumentam, a rede social total diminui, conseqüentemente maior fragilidade está associada a rede social mais pobre tanto ao nível dos amigos como família, indicando claramente uma associação entre as duas variáveis.

Em modo de conclusão, e tendo em conta que a fragilidade é considerada um desafio para a longevidade, torna-se cada vez mais importante reconhecer esta condição, através da identificação de idosos vulneráveis em situação de risco elevado com múltiplos quadros clínicos, reforçando a necessidade

de estudar e refletir sobre os modos de prevenção e intervenção na fragilidade. Desta forma, o diagnóstico adota especial destaque ao nível dos cuidados primários, podendo ser realizado por um gerontólogo social de modo a estabelecer áreas de prevenção e intervenção eficazes (Duarte, 2015).

Para os profissionais da gerontologia social, o presente estudo contribui para a disseminação do conhecimento no sentido de identificar sinais e delinear estratégias de intervenção específicas no âmbito da fragilidade, tendo as redes sociais como ponto de partida para esta atuação. O gerontólogo social assume, neste contexto, um papel fundamental, uma vez que é capaz de olhar para o envelhecimento, o velho e a velhice com conhecimentos específicos e amplos, de modo a identificar limitações e potencialidades da pessoa idosa, assim como discriminar sinais de alerta de processos não normativos na velhice. Assim sendo, o gerontólogo social pode intervir na promoção do envelhecimento bem-sucedido através da otimização das oportunidades de educação, saúde, participação e segurança (Fernández-Ballesteros, 2009), mobilizando os recursos necessários para a criação de redes de suporte social que promovam o sentimento de pertença à comunidade, aumentando o bem-estar físico, psicológico e social das pessoas idosas e, conseqüentemente, prevenir a fragilidade.

A Gerontologia Social enquanto ciência aplicada (Fernandez Ballesteros, 2000), num mundo em mudança que se preocupa em alargar as suas fronteiras (Paúl, 2012), pode ser uma via essencial de sensibilização, compreensão e intervenção, com vista à promoção de um envelhecimento bem-sucedido da população. Consideramos fundamental continuar a construir conhecimentos sólidos através da investigação sistemática, com recurso a metodologias robustas e ajustadas às temáticas sob investigação, para que seja possível o desenvolvimento de estratégias de intervenção cientificamente sustentadas, que cumpram os objetivos estabelecidos em prol do envelhecimento bem-sucedido. Importa salientar o papel de grande responsabilidade que a Gerontologia Social assume através da formação de profissionais capazes de intervir no sentido da inovação e mudança face a problemáticas e fenómenos de hoje com grande impacto no amanhã.

Referências Bibliográficas

- Afonso, C. M. F., Pimentel, M. H., Monteiro, A. M., & Preto, L. S. R. (2018). El deterioro de los recursos sociales de las mujeres ancianas: Reflexiones sobre viudedad y conyugalidad. *Revista Prisma Social*, (21), 28-42.
- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. de C., Domingues, M. A. R., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2603–2611.
- Amaral, F. L. J. D. S., Guerra, R. O., Nascimento, A. F. F., & Maciel, Á. C. C. (2013). Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1835-1846.
- António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M. I. Carvalho (Ed.), *Serviço social no envelhecimento* (81-103). Lisboa: Pactor.
- Antonucci, C. T., Birditt, S. K. & Akiyama, H. (2009). Convoys of Social Relations: An Interdisciplinary Approach. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2^a ed., pp. 247-261). New York: Springer Publishing Co.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex roles*, 17(11-12), 737-749.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of gerontology*, 42(5), 519-527.
- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., & Akiyama, H. (2009). *Convoys of social relations: An interdisciplinary approach*. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Pulney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (p. 247–260). New York: Springer Publishing Co.
- Austad, N. S. (2009). Making Sense of Biological Theories of Aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2^a ed., pp. 147-163). New York: Springer Publishing Co.
- Bahramnezhad, F., Chalik, R., Bastani, F., Taherpour, M., & Navab, E. (2017). The social network among the elderly and its relationship with quality of life. *Electronic physician*, 9(5), 4306. Doi: [10.19082/4306](https://doi.org/10.19082/4306)
- Baltes, P. (2000). *Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology*. Washington: American Psychological Association.
- Baltes, P., & 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. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Barrera Jr, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Bass, A. S. (2009). Toward an Integrative Theory of Social Gerontology. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2^a ed., pp. 347-375). New York: Springer Publishing Co.

- Bastos, M. A. C., Faria, C. M., & Moreira, E. M. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107–127). Lisboa: Lidel.
- Bengtson, V. L., & Settersten Jr, R. (Eds.). (2016). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Co.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., Merrill, (Eds.). (2009). *Handbook of theories of aging*. (2ª ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Bergston, L. V., Gans, D., Putney, M. N., & Silverstein, M. (2009). Theories About Age and Aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª ed., pp. 3-25). New York: Springer Publishing Co.
- Binotto, M. A., Lenardt, M. H., & del Carmen Rodríguez-Martínez, M. (2018). Physical frailty and gait speed in community elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03392-e03392. DOI: [10.1590/S1980-220X2017028703392](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028703392)
- Blanchard-Fiels, F. & Kalinauskas, A. (2009). Theoretical Perspectives on Social Context Cognition, and Aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª ed., pp. 261-277). New York: Springer Publishing Co.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3: Loss*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ - A social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Brown, M., Sinacorea, D.R., Bindera, E.F. & Kohrta, W.M. (2000). Physical and performances measures for the identification of mild to moderate frailty. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(6), 350-355. DOI: [10.1093/gerona/55.6.m350](https://doi.org/10.1093/gerona/55.6.m350)
- Buchner, D. M., & Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. *Clinics in geriatric medicine*, 8(1), 1–17.
- Burleson, B. R., Albrecht, T. L., & Goldsmith, D. (1993). Social support and communication: New directions for theor, research and practice. *International Society for the Study of Personal Relationships (ISSPR) Bulletin*, 9, 5-9.
- Burleson, B. R., Albrecht, T. L., Goldsmith, D. J., & Sarason, I. G. (1994). The communication of social support. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht, & I. G. Sarason. *Communication of Social Support: Messages, Interactions* (pp. 11-30). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processo de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campbell, A. J., & Buchner, D. M. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*, 26, 315-318.

- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. (2000). Emotion experience in the daily lives of older and younger adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 1-12.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of personality and social psychology*, 79(4), 644.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American journal of epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Certo, A., Kleiver, S., Galvão, A. M., & Fernandes, H. (2016). A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. In *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social* (Vol. 2, pp. 1-11). Actas de Gerontologia, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Chen, C. Y., Gan, P., & How, C. H. (2018). Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. *Singapore medical journal*, 59(5), 240.
- Cicirelli, V. G. (2009). Sibling death and death fear in relation to depressive symptomatology in older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(1), 24-32.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The lancet*, 381(9868), 752-762.
- Coelho, T. (2015). *Modelo Integral de Fragilidade do Idoso (do constructo à avaliação - Tilburg Frailty Indicator)*. (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Porto. Disponível em <https://hdl.handle.net/10216/84687>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Correia, C. (2009). *O apoio Social e a Qualidade de Vida dos idosos do Concelho de Faro*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro, Portugal.
- Costa, E. C., Nakatani, A. Y. K., & Bachion, M. M. (2006). Capacidad de los ancianos de una da comunidad en desenvolver Actividades de Vida Diaria y Actividades Instrumentales de Vida Diaria. *Acta paulista de enfermagem*, 19(1), 43-48.
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). Relationships between frailty, neighborhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people. *Geriatrics & gerontology international*, 13(3), 759-763.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Depp, C., & Jeste, d. (2006). definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Duarte, M. (2015). *Fragilidade em Idosos*. Modelos, Medidas e Implicações Práticas. Lisboa: Coisas de Ler.
- Duarte, Y. A. D. O. (2009). Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, (47), 49-52.

- Effros, B. R. (2009). The Immunological Theory of Aging Revisited. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª ed., pp. 163–179). New York: Springer Publishing Co.
- Ermida, J. G. (2014). Avaliação geriátrica global. In Veríssimo (Coords). *Geriatría fundamental: Saber e praticar*, 103-117. Lisboa: LIDEL
- Felippe, L. A., & Campos, D. M. (2017). Perfil da Fragilidade em Idosos Participantes de um Centro de Convivência em Campo Grande-MS. *Journal of Health Sciences*, 18(4), 224-8.
- Fernandez-Ballesteros, R. F. (2000). Gerontología social. Una introducción. In *Gerontología social* (pp. 31-54). Madrid: Pirámide.
- Ferraro, F. K., Shippee, P. T. & Schafer, H. M. (2009). Cumulative Inequality Theory for Research of Age and the Life Course. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª ed., pp. 413-435). New York: Springer Publishing Co.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P25-P32.
- 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.
- Fontinha, M. C. R. (2010). *Perspectiva de morte: relação entre suporte social e solidão em idosos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Freedman, A., & McDougall, L. (2019). Frailty 5 Checklist: Teaching primary care of frail older adults. *Canadian Family Physician*, 65(1), 74-76.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, 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.
- García-García, F. J., Carcaillon, L., Fernandez-Tresguerres, J., Alfaro, A., Larrion, J. L., Castillo, C., & Rodriguez-Mañas, L. (2014). A new operational definition of frailty: the Frailty Trait Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(5), 371-e7.
- Gobbens, R. J. J., van Assen, M. A. L. M., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2010a). The tilburg frailty indicator: Psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 344–355. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.003>
- Gobbens, R. J., & van Assen, M. A. (2014). The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 23(8), 2289–2300. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0672-1>

- Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010b). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58(2), 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.09.005>
- Gobbens, R. J., Van Assen, M. A., Luijkx, K. G., & Schols, J. M. (2012). Testing an integral conceptual model of frailty. *Journal of advanced nursing*, 68(9), 2047-2060.
- Gobbens, R.J. (2011b). Frail older persons in the Netherlands. Hague: The Netherlands Institute for Social Research.
- Gobbens, R.J. (2011b). Frail older persons in the Netherlands. The Netherlands Institute for Social Research, Hague.
- Gomes, M. J., & Mata, M. A. (2017). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. In F. A. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1st ed., pp. 163–173). Viseu: Psicossoma.
- Gonidakis, S. & Longo, D. V. (2009). Programmed Longevity and Programmed Aging Theories. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª ed., pp. 216-257). New York: Springer Publishing Co.
- Green, A. F., Rebok, G., & Lyketsos, C. G. (2008). Influence of social network characteristics on cognition and functional status with aging. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(9), 972-978.
- Gruner, H., Antunes, M., Magalhães, F., Castro, S. (2015). O idoso frágil. In Veríssimo (Coords). *Geriatría Fundamental: Saber e praticar*. Lisboa: LIDEL
- Hendricks, J. & Hatch, R. L. (2009). Theorizing Lifestyle: Exploring Agency and Structure in the Life Course. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª ed., pp. 435-455). New York: Springer Publishing Co.
- Heuberger, R. A. (2011). The frailty syndrome: a comprehensive review. *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*, 30(4), 315-368.
- Hoogendijk, E. O., Suanet, B., Dent, E., Deeg, D. J., & Aartsen, M. J. (2016). Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Maturitas*, 83, 45-50.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2011). The importance of social supports: Family, friends, neighbors, and communities. In N. R. Hooyman, & H. A. Kiyak. *Social Gerontology: A multidisciplinary perspective* (9ªed.) (pp. 339-391). Boston: Pearson.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology*, 14(1), 293-318. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço social no envelhecimento* (pp.81-103). Lisboa: Pactor.
- Jemmott, J. B., & Locke, S. E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin*, 95, 78-108.
- Jesus, I. T. M. D., Orlandi, A. A. D. S., Grazziano, E. D. S., & Zazzetta, M. S. (2017). Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(6), 614-620.

- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: A life course approach. In P. B. Baltes, & O. G. Brim (Eds.). *Life span development and behavior*, 253-286. New York: Academic Press.
- Katherine L. Fiori, Toni C. Antonucci, Kai S. Cortina, Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 61, Issue 1, January 2006, (pp. 25-32), <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P25>
- Kryla-Lightall, N. & Mather, M. (2009). The Role of Cognitive Control in Older Adults Emotional Well-Being. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª ed., pp. 323-345). New York: Springer Publishing Co.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*, 9(3_Part_1), 179-186.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. M. Ensel (Eds.) *Social support, life events, and depression* (pp. 17-30). Orlando, FL: Academic Press.
- Lubben, N. (1988). Lubben social network scale. *Family and Community Health*, 11, 44-53.
- Luescher, K., & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 413-425.
- Luescher, K., & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 413-425.
- Markle – Reid, M., & Browne, G. (2003). Conceptualization of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 58-68.
- Mitnitski, A. B. (2001). Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *Scientific World Journal*, 1, 323-336.
- Morley, J. E., Vellas, B., Van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., ... & Fried, L. P. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392-397.
- Nazareth, J. M. (2010). *Demografia: A Ciência Da População* (4ª ed.). Lisboa: Presença.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Nourhashemi, F., Andrieu, S., Gillette- Guyonnet, S., Vellas, B., Albarède, J.L. & Grandjean, H. (2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7354 community-dwelling elderly women (The EPIDOS Study). *The Journals of Gerontology*, 56A (7), 448-453
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa : Fim de Século.
- Ornelas, J. H. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise psicológica*, 12, 333-339.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. *Manual de gerontologia*, 1-40. Lisboa: LIDEL
- Paúl, C. (2012a). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-17). Lisboa: LIDEL.

- Paúl, C. (2012b). A solidão em pessoas mais velhas. *Rediteia. Revista de Política Social*, 45, 33-44. Retirado de <https://www.cidadaniaemp Portugal.pt/wp-content/uploads/recursos/eapn/Rediteia%20-%20Envelhecimento%20Ativo.pdf>
- Paúl, C., & Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Cruz, F., & Cerejo, A. (2001). *EXCELSA - Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal*. *Psicologia, Teoria Investigação e Prática*, 2, 415-426.
- Pegorari, M. S., & Tavares, D. M. D. S. (2014). Factors associated with the frailty syndrome in elderly individuals living in the urban area. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(5), 874-882.
- Pegorari, S. & Tavares, S. (2014). Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(5), 874-82.
- Pereira, V. (2013). *Avaliação multidimensional da população com 65+ anos no perímetro urbano de Santo Tirso: Contributos para o plano gerontológico municipal*. (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Perez-Cuevas, R., Doubova, S. V., Bazaldúa-Merino, L. A., Reyes-Morales, H., Martinez, D., Karam, R., ... & Muñoz-Hernández, O. (2015). A social health services model to promote active ageing in Mexico: design and evaluation of a pilot programme. *Ageing & Society*, 35(7), 1457-1480. doi:10.1017/S0144686X14000361
- Petersen, J., Kaye, J., Jacobs, P. G., Quinones, A., Dodge, H., Arnold, A., & Thielke, S. (2016). Longitudinal relationship between loneliness and social isolation in older adults: Results from the cardiovascular health study. *Journal of Aging and Health*, 28(5), 775-795.
- Phelan, E., & Larson, E. (2002). Successful aging: Where next? *Journal of American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308.
- Pimentel, M. H., Fernandes, H., Afonso, C. M. F., & Bastos, M. A. M. D. S. (2019). Importância da rede social para o envelhecimento bem sucedido e a saúde do idoso. *Journal of Aging and Innovation*, 8, 68-84.
- Pinheiro, M. D. R. D. C., & Manteigas, N. (2004). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. (Tese de Doutoramento), Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Pordata (2018a). População residente: total e por grupo etário. Retirado de <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5756140>
- Pordata (2018b). Índice de envelhecimento segundo os Censos. Retirado de <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-348>
- Procidano, M. E., & Smith, W. W. (1997). Assessing perceived social support: The importance of context. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Eds.). *Sourcebook of social support and personality* (93-106). New York: Plenum.

- Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *Canadian Medical Association Journal*, 150, 489-495.
- Rockwood, K., Standnyk, K., Macknight, C., McDoweel, I., Hebert, R., & Hoogan, D. B. (1999). A brief clinical instrument to classify in elderly people. *Lancet*, 353, 205-206.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização serviços*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Rolfson, D. (2018). Successful aging and frailty: a systematic review. *Geriatrics*, 3(4), 79.
- Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, R. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and Ageing*, 35(5), 526-529.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Saczynski, J. S., Pfeifer, L. A., Masaki, K., Korf, E. S., Laurin, D., White, L., & Launer, L. J. (2006). The effect of social engagement on incident dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. *American journal of epidemiology*, 163(5), 433-440.
- Santos-Eggimann, B., Cuénoud, P., Spagnoli, J., & Junod, J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *The Journals of Gerontology: Series A*, 64(6), 675-681.
- São José, J. D., & Teixeira, A. R. (2014). Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, (210), 28-54.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Schuurmans, H., Steverink, N., Lindenberg, S., Frieswijk, N., & Slates, J. P. (2004). Old or Frail: What tells us More? *Journal of Gerontology*, 59A(9), 962-965.
- Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2003). Social Support. In A. Kaptein, & J. Weinman (Eds.). *Introduction to health* (pp. 1-23). Oxford: Blackwell.
- Shringarpure, R. & Davies, A. J. K. (2009) Free Radicals and Oxidative Stress in Aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2^a ed., pp. 229-245). New York: Springer Publishing Co.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Sociat Issues*, 40, 11-36. TÍTULO DAREVISTA EMITÁLICO E CONFIRMAR SE É NÚMERO DA REVISTA OU VOLUME
- Stevens, N., Martina, C., & Westerhof, G. (2006). Meeting the need to belong: Predicting effects of a Friendship Enrichment Program for older women. *The Gerontologist*, 46(4), 495-502.
- Stoeckel, K. J., & Litwin, H. (2013). Personal social networks in Europe: do people from different countries have different interpersonal solidarities. In A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin, & G. Weber (Eds.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis* (pp. 277-287). <https://doi.org/10.1515/9783110295467.277>

- Suitor, J. J., Pillemer, K., Keeton, S., & Robison, J. (1995). Aged parents and aging children: Determinants of relationship quality. In R. Blieszner, & V. Bedford (Eds.), *Handbook on aging and the family* (pp. 223–242). Westport, CT: Greenwood.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American journal of community psychology*, *13*(2), 187-202.
- Tavassoli, N., Guyonnet, S., Van Kan, G. A., Sourdet, S., Krams, T., Soto, M. E., ... Vellas, B. (2014). Description of 1, 108 older patients referred by their physician to the “Geriatric Frailty clinic (G.F.C) for assessment of frailty and prevention of disability” at the gerontopole. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, *18*(5), 457–464. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0462-z>
- Teixeira, I. N. D., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, *19*(1), 81-94.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 416-423
- Tribess, S., & Oliveira, R. J. D. (2011). Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. *Revista de Salud Pública*, *13*, 853-864.
- Turner, G., & Clegg, A. (2014). Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age and ageing*, *43*(6), 744-747.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.228.* New York: United Nations
- Valer, D. B., Bierhals, C. C. B. K., Aires, M., & Paskulin, L. M. G. (2015). O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *18*(4), 809-819.
- Van Kan, G. A., Rolland, Y., Bergman, H., Morley, J. E., Kritchevsky, S. B., & Vellas, B. (2008). The I.A.N.A. task force on frailty assessment of older people in clinical practice. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, *12*(1), 29–37. <https://doi.org/10.1007/BF02982161>
- Wacker, R.R, & Roberto, K. A. (2014). *Community Resources for Older Adults: Programs and Services in an Era of Change.* London: Sage.
- Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, *9*, 371-386.
- Willies, L. S., Schaie, W. K. & Martin, M. (2009). Cognitive Plasticity. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª ed., pp. 295-323). New York: Springer Publishing Co.
- Woodruff-Pak, S. D., Foy, R. M. & Thompson, F. R. (2009). Contribution of a Mouse Model System to Neuroscientific Theories of Learning. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silversteis (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª ed., pp. 197-216). New York: Springer Publishing Co.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of personality assessment*, 52, 30-41.