

02



Revista Ibero-americana
de Gerontologia



FICHA TÉCNICA

Número 2 - Dezembro de 2013

Copyright:

Versão online: ANGES - Associação Nacional de Gerontologia Social, www.anges.pt/riag Periodicidade: Semestral

ISSN: 2183-0010

Indexada nas bases de dados: em processo de submissão

Diretor: Eduardo Santos – FPCE – Universidade de Coimbra, Portugal

Diretora Adjunta: Junia de Vilhena – LIPIS & Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Sub-Diretora: Esperanza Navarro-Pardo – Universidade de Valencia, Espanha

Editor: Ricardo Pocinho – IPCDVS – Universidade de Coimbra, Portugal

Design: Ana Mafalda Santos

Distribuição: Gratuita

e-mail: riag@anges.pt

www.anges.pt/riag

Submissão de textos: santoseduardo56@gmail.com [consultar normas na penúltima página]

Solicita-se permuta/Exchanged requested

Sede de redação:

Rua Dom João III Solum

Escola Superior de Educação de Coimbra

3030 - 329 Coimbra

NIF do Proprietário: 206309740

Inscrita na Entidade Reguladora da Comunicação Social com o número: 126331

CONSELHO EDITORIAL

Ana Belen Navarro – Universidade de Salamanca
Ana Cleide Guedes Moreira – Universidade Federal do Pará
Anabela Martins – Escola Superior de Tecnologias da Saude de Coimbra
Anabela Panão Ramalho – Escola Superior de Educação de Coimbra
Carlos M^a Alcover de la Hera – Universidad Rey Juan Carlos
Carmen Moret Tatay – Universidad Católica de Valencia
Carmen Triadó Tur – Universitat de Barcelona
Cristina Jenaro Río – Universidad de Salamanca
Emilia Serra Desfilis – Universidad de Valencia
Eustaquio Martín Rodríguez – Universidad Nacional de Educación a Distancia
Feliciano Villar Posada – Universitat de Barcelona
Henrique Figueiredo Carneiro – Universidade Federal de Pernambuco
Hilda Mabel Guevara – Universidad Nacional de San Juan, Argentina
Irani Iracema de Lima Argimon – Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Joana V. Novaes – LIPIS & Universidade Veiga de Almeida
Juan José Zacarés González – Universidad de Valencia
Karla P. Holanda Martins – Universidade Federal do Ceará
Marco Depolo – University of Bologna
Maria Ángeles Tortosa Chuliá – Universidad de Valencia
Maria Helena Zamora – Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Marta Gerez Ambertin – Universidade Universidade Tucuman
Mike Murphy – University of Cork – School of Applied Psychy
Montserrat Celdrán Castro – Universitat de Barcelona
Nadja Barbosa Pinheiro – Universidade Federal do Paraná
Noelia Flores Robaina – Universidad de Salamanca
Rosa Redolat Iborra – Universidad de Valencia
Sofia Rosas Silva – Escola Superior de Educação de Coimbra
Tania Dauster – Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Tomas Las Peñas Vallejo – Universidad Nacional de San Juan, Argentina
Vera Lopes Besset – Universidade Federal do Rio de Janeiro
Zaida Azeredo – UNIFAI-ICBAS – Universidade do Porto

EQUIPA TÉCNICA

Ana Alves da Silva, IPCDVS_UC, Portugal
Ana Rita Trindade, IPCDVS_UC, Portugal
Ana Sofia Nunes, IPCDVS_UC, Portugal
Gisela Santos, IPCDVS_UC, Portugal
Cristina Cruz, Fundação ADFP_Miranda do Corvo, Portugal
João Pedro Gaspar, IPCDVS_UC, Portugal
João Pedro Leitão, IPCDVS_UC, Portugal
Pedro Belo, IPCDVS_UC, Portugal

ÍNDICE

Editorial: Percepção da sobrecarga e alteração da qualidade de vida dos cuidadores informais de pessoas idosas , Andrea Vázquez-Martínez, Esperanza Navarro-Pardo, Eduardo Santos, Ricardo Pocinho, Noelia Flores Robaina	5
Envelhecimento e cuidados familiares: fatores de stress para os cuidadores e de risco para os seniores , Isabel Dias	12
Psicologia Comunitária e Promoção da Saúde: Mulheres partindo para a convivência , Carlos Alberto Rodrigues Bizarro, Lurdes Perez Oberg	25
Promoção do bem-estar num grupo de desenvolvimento pessoal através da aplicação de uma intervenção baseada nos princípios do mindfulness , M.P. Lima, J.J. Costa, C. Silva, M. Maia de Carvalho, P. Simões	38
L'impact psychosocial de l'anosognosie dans la Démence de Type Alzheimer , Elodie Bertrand, J. Landeira-Fernandez, Daniel Mograbi	52
O Idoso fragilizado e a prevenção da fragilidade , Zaida Azeredo	70

EDITORIAL: PERCEÇÃO DA SOBRECARGA E ALTERAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS

Andrea Vázquez-Martínez anvazma2@alumni.uv.es ^{1,2,3}

Esperanza Navarro-Pardo esperanza.navarro@uv.es ^{1,2}

Eduardo Santos eduardo.santos@fpce.uc.pt ⁴

Ricardo Pocinho pocinho@hotmail.com ^{2,4}

Noelia Flores Robaina nrobaina@usal.es ⁵

1. InterTech Interdisciplinary Modeling Group. Universidad de Valencia / Universidad Politécnica de Valencia (España)
2. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia (España)
3. Instituto Universitario de Matemática Pura y Aplicada. Universidad Politécnica de Valencia (España)
4. Instituto de Psicología Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social, Universidade de Coimbra (Portugal)
5. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Salamanca (España)

Palavras chave: Cuidadores, Sobrecarga, Qualidade de Vida

INTRODUÇÃO

Um dos marcos mais importantes dos nossos tempos é o progressivo aumento da esperança de vida, o que implica um envelhecimento da população. Pela magnitude que apresenta, este tema é hoje em dia central na sociedade. Em Espanha a população com mais de 65 anos correspondia, no início de 2009, a 16.7 % do total da população (Libro Blanco, 2011). Segundo Dooghe (1993), entre 10%-20% destes sujeitos apresentam problemas graves de dependência em todos os países ditos desenvolvidos. Alguns dados do IMSERSO (2005) revelam que 17% das pessoas com mais de 65 anos precisam de ajuda para realizar as suas atividades diárias (Roger-Garcia, 2009). Fernandez de Larrinoa et al. (2011) referem-se ao cuidador como aquela pessoa que assume as tarefas de cuidado, atividade que é não remunerada e que é assumida pela família, vista como a única responsável da pessoa dependente. Devido à quantidade de obstáculos que uma situação de dependência gera, o cuidador dedica o seu tempo a cuidar do seu familiar. Esta situação provoca uma série de repercussões associadas com a sobrecarga percebida pelo cuidador, uma vez que esta influencia diversos aspetos da saúde, vida social, pessoal económica (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980). É assim uma medida global do efeito de stress a situação do cuidador e que pode afetar a qualidade de vida, entendida como a satisfação geral que estes têm em todos os âmbitos da sua vida: laboral, social e familiar.

Os objetivos do presente estudo são dois. Por um lado, pretende-se examinar a sobrecarga percebida pelos cuidadores/familiares que utilizam um centro de dia, por outro lado, descrever a valorização que o cuidador manifesta em termos da sua qualidade de vida, antes e depois de “cuidar”.

ABSTRACT

Perception of overload and quality of life changes of elderly informal caregivers.

One of the most important issues of nowadays is the increasing of life expectancy implying an aging population. Taking account this magnitude, this is an important topic on the current society life. In Spain, at the beginning of 2009, the population over 65 years represented 16.7 % of the total population (Libro Blanco, 2011). According to Dooghe (1993), between 10 % - 20 % of these individuals have serious addiction problems, considering all developed countries. Some data of IMSERSO (2005) reveal that 17 % of people over 65 years need help to make their daily activities (Rogerero - Garcia, 2009). Fernandez de Larrinoa et al. (2011) refer to the caregiver as the person who assumes the care duties, activity that is unpaid and is taken by the family, seen as the only responsible of the dependent person. Due to the amount of obstacles associated to dependency situation, the caregiver devotes his time to take care of your family. This causes a number of effects associated with the perceived caregiver's burden, since it influences many aspects of health, social, economic and personnel life (Zarit , Reeve & Bach - Peterson , 1980) . This caregiver' status is an overall measure of the stress effect and can affect the quality of life, understood as the general satisfaction that they have in all domains of their life: professional, social and family.

The objectives of this study are the follow: we intend to examine the perceived overburden of caregivers/family that use a day care center; and describe the appreciation of caregivers' quality of life before and after "look after".

METODOLOGIA

Participantes e procedimento

Foram avaliados 40 cuidadores que residem na Comunidade Valenciana, onde os seus familiares são utilizadores de um Centro de Dia. Manteve-se como critério de inclusão que o cuidador fosse maior de 18 anos e que estivesse a prestar cuidados a uma pessoa idosa em situação de dependência durante (ou há mais de) 6 meses. A maioria foram mulheres (85%) com uma idade média de 53,55 anos ($dp=15,90$). Os dados foram recolhidos entre Setembro de 2011 e Janeiro de 2012. Para o contacto com os cuidadores foi obtida a ajuda do Centro de Dia onde estes tinham os seus familiares dependentes. Através de contacto telefónico, informou-se os objetivos e a finalidade da investigação, sendo que a participação no estudo era voluntária. Em caso afirmativo, fazia-se um acordo com o cuidador para se realizar a entrevista no Centro de Dia, ou através do envio do protocolo por correio, de forma a se garantir o anonimato e a confidencialidade.

Instrumentos

O protocolo de avaliação incluía uma entrevista semiestruturada referindo-se a variáveis sociodemográficas e contextuais relacionadas com as características do cuidador familiar e da pessoa dependente. Estavam também incluídas nesse protocolo perguntas sobre o valor atribuído à qualidade de vida, antes e depois do início dos cuidados.

Para avaliar a carga subjetiva aplicou-se o Zarit Burden Inventory, versão espanhola (Martin, et al., 1996). O questionário é formado por 22 itens formatados numa escala tipo Likert de cinco opções de resposta, cuja pontuação variade "0-nunca" até "4-quase sempre". A pontuação total obtém-se somando as pontuações de cada item e oscila entre 0-88. Pontuações inferiores a 45 indicam *ausência de sobrecarga*, entre 46-55 demonstram a existência de *sobrecarga leve* e as superiores a 56 manifestam uma *sobrecarga intensa*. Este instrumento foi usado por ser uma das escalas mais utilizadas para avaliar a intensidade da sobrecarga do cuidador (Vitaliano, Young & Russo, 1991; García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004) e pela existência duma versão em língua espanhola. A fiabilidade do instrumento apresentava um alpha de cronbach de .92 o alpha foi de .91 na prova original de Martin et al., 1996).

Análise

Para efetuar o tratamento dos dados foi usado o programa SPSS, na sua versão 19. Foram realizados os estudos descritivos habituais (frequências, médias, desvios-padrão) para a análise exploratória das variáveis sociodemográficas e contextuais mais importan-

tes relativamente aos cuidados. O estudo do CBI-Zarit Burden Inventory permitiu avaliar a sobrecarga subjetiva dos cuidadores familiares.

Resultados

Na Tabela n.º 1 descrevem-se as características sociodemográficas e contextuais mais importantes da amostra. São maioritariamente mulheres (85%), com uma idade média de 53,55 anos ($dp=15,9$), casadas (65%), com estudos primários (45%) e trabalhadoras (47,5%).

TABELA Nº 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS CUIDADORES

	N	%
Sexo		
Homem	6	15 %
Mulher	34	85 %
Estado Civil		
Viúvo	4	10 %
Divorciado	5	12,5 %
Solteiro	5	12,5 %
Casado	26	65 %
Nível de Estudos		
Sem Estudos	2	5 %
Estudos Primários	18	45 %
Secundário/Graduado	12	30 %
Bacharelato	6	15 %
Universitários	2	5 %
Situação Laboral		
Ativo	19	47,5 %
Desempregado	5	12,5 %
Reformado	9	22,5 %
Outras (p.e.: doméstica)	7	17,5 %

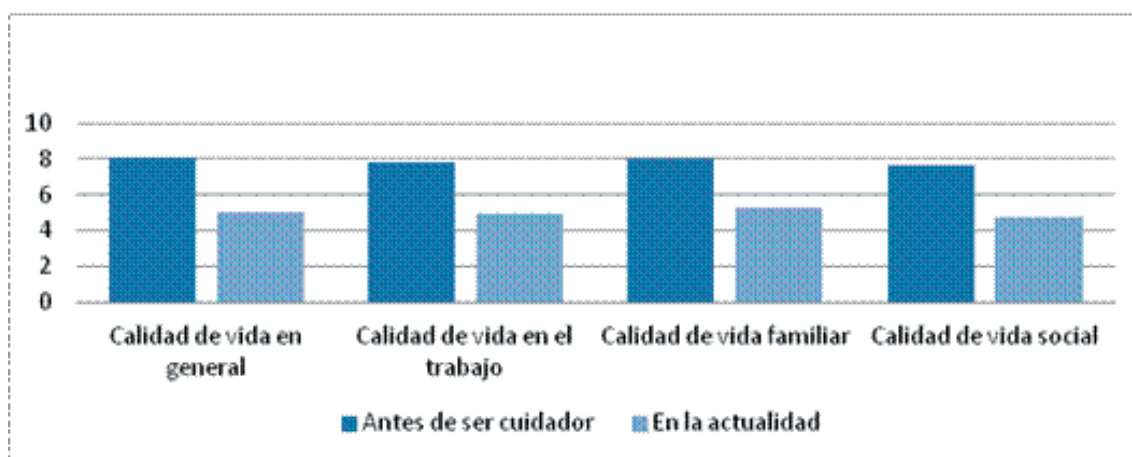
No que diz respeito às características específicas do cuidador, 18% destes afirmaram que tiveram que deixar de trabalhar para poder cuidar do seu familiar, sendo que uma percentagem igual solicitou uma redução da carga horária. Na amostra recolhida, o grau de parentesco do cuidador é maioritariamente “filho” (80%) e 17% é “o/a parceiro/a” da pessoa dependente. A maioria dos cuidadores (85%) apenas tem um familiar dependente, enquanto 15% manifestam ter mais de um, isto é, filhos ou outros parentes que convivem e dependem economicamente da pessoa dependente. Em termos de tempo que levam a desempenhar a função de cuidador principal, destaca-se o grupo que realiza os cuidados há “3-5 anos” (35%) e há “1-2 anos” (30%), apresentando uma média de 6,8 ($dp=.91$) dias/semana a atender o seu familiar. No que diz respeito à percepção da carga subjetiva experimentada pelos cuidadores, as pontuações em cada um dos níveis do CBI estão representados na Tabela n.º 2.

TABELA Nº 2. NÍVEIS DE SOBRECARGA EXPERIMENTADA (N=40)

CARGA SUBJECTIVA	N	%
Ausência de sobrecarga	0	0 %
Sobrecarga Leve	13	32,5 %
Sobrecarga Intensa	27	67,5 %

Podemos observar como a maioria das pessoas cuidadoras apresentam níveis de sobrecarga “intensa” (67,5%), por oposição a apenas 32,5% daqueles que a percebem como “leve”. Igualmente, quando se pergunta aos cuidadores se estes se sentem sobrecarregados no seu papel, 20% respondem que “quase sempre” e 60% “normalmente”.

FIGURA Nº 1. VALORES DA CDV, CDVL, CDVF, CDVS DOS CUIDADORES FAMILIARES.



Na Figura n.º 1 estão representadas as pontuações obtidas pelos cuidadores relativamente à valorização retrospectiva sobre a sua satisfação geral com a vida (CdV), com o trabalho (CdVL), com a família (CdVF) e com as suas relações sociais (CdVS). Podemos observar como a pontuação dos valores desce consideravelmente em cada uma das dimensões avaliadas.

CONCLUSÃO

Em Espanha há um padrão uniforme na caracterização do cuidador familiar, já que os dados obtidos são similares a estudos recentemente efetuados (Rivera-Navarro et al., 2009; Fernández de Larrinoa et al., 2011). No que diz respeito à perceção da sobrecarga subjetiva, os resultados seguem a linha de outras investigações (Platt, 1985; Magliano et al., 1999; Grandón, Jenaro & Lemos, 2008; Grant, Weaver, Elliot, Bartolucci & Newman-Giger, 2004) que evidenciam níveis moderadamente altos de sobrecarga. Apesar dos cuidadores se deslocarem a um Centro de Dia, todos experimentam a sobrecarga (67,5% uma sobrecarga intensa; 32,5% sobrecarga leve), pelo que o cuidador familiar é visto como estando em stress

constante. No que diz respeito à valorização sobre a sua satisfação geral com a vida, antes e depois da situação de cuidado, os resultados manifestam que as valorizações descem nas três dimensões, o que coincide com trabalhos já desenvolvidos (Pinquart e Sörensen, 2003; Crespo & López, 2007), onde a maioria experimenta repercussões negativas do cuidador na sua saúde e na sua qualidade de vida. Assim, confirma-se a importância da percepção subjetiva que o cuidador faz da situação. Não é suficiente apresentar só serviços “socio-sanitários”, sendo também importante intervir na dimensão psicológica com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e, por fim, a vida do seu familiar dependente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Crespo, M. & López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”*. Madrid: IMSERSO.
- Fernández de Larrinoa, P., Martínez-Rodríguez, S., Ortiz, M., Carrasco, M., Solabarrieta, J. & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23 (3), 388-393.
- Grandón, P., Jenaro, C. & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158, 335-343.
- IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderli: correlatos of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.

ENVELHECIMENTO E CUIDADOS FAMILIARES: FATORES DE STRESS PARA OS CUIDADORES E DE RISCO PARA OS SENIORES

*Isabel Dias*¹

RESUMO

No presente artigo problematiza-se a relação entre dependência e risco de abuso de idosos. Faz-se uma reflexão do conceito de dependência no âmbito dos dois paradigmas que o enformam – o biomédico e o social - e analisa-se, de igual modo, as perspetivas que dão conta dos impactos dos cuidados informais sobre os cuidadores. Identifica-se as principais respostas sociais dirigidas à população idosa em Portugal e analisa-se os fatores que colocam os idosos em risco de vitimação por parte dos cuidadores.

Palavras-chave: Envelhecimento; dependência; abuso de idosos.

1 Socióloga. Professora Associada com Agregação da Faculdade de Letras da Universidade do Porto – Departamento de Sociologia. E-mail: mdias@letras.up.pt

AGING AND FAMILY CARE: STRESS FOR CAREGIVERS AND RISK FACTORS FOR SENIOR

ABSTRACT

In the present paper the relationship between dependence and risk of elder abuse is discussed. It is a reflection of the concept of dependence under the two paradigms that shape it - the biomedical and social. The prospects which describe the impact of informal care on caregivers are also analyzed. It identifies the main social responses directed to the elderly population in Portugal and analyzes the factors that put the elderly at risk of victimization by caregivers.

Key-words: Aging; dependence, abuse of the elderly.

INTRODUÇÃO

Portugal representa um dos países mais afetados pela chamada revolução demográfica, a qual conduziu a população europeia a envelhecer antes de outras regiões do mundo na base da pirâmide etária. O conceito de revolução demográfica refere-se assim a um regime caracterizado por uma prática generalizada de limitação dos nascimentos respondendo à necessidade essencial de melhoria do nível de vida para os pais e para os filhos. Associado ao envelhecimento demográfico, entendido como o aumento no tempo da proporção de pessoas idosas (Douglas, 2009), está quer a diminuição da fecundidade, quer o aumento da longevidade.

Com efeito, na União Europeia (EU-27), em 1985 cerca de 12,8% da população tinha 65 e mais anos, passando este valor para 17,4% em 2010 (Eurostat, 2011). O nosso país acompanha esta tendência. Entre 2001 e 2011 a população com 65 e mais anos passou de 15,8% para 17,8% (Eurostat, 2011). É inegável que a estrutura populacional da sociedade portuguesa está cada vez mais envelhecida. Em 1960 a esperança média de vida dos homens e das mulheres era de 60,7 e de 66,7 anos, respetivamente. Entre 2010-2012, a esperança média de vida passou para 82,59 anos no caso das mulheres e de 76,67 anos para os homens (INE, 2013), o que representa ganhos de longevidade substanciais.

Em Portugal o fenómeno de envelhecimento demográfico é cada vez mais acentuado pela conjugação do declínio do índice sintético de fecundidade, que passou de 1,45 filhos por mulher, em 2001, para 1,35 em 2011 (INE, 2013); e da taxa de crescimento natural que tem vindo a apresentar valores negativos desde 2007, com a exceção de 2008, culminando com um saldo de -5 992 em 2011 (INE, 2011).

Porém, os ganhos de longevidade fizeram-se acompanhar pelo aumento do índice de dependência dos idosos que passou de 25, em 2001, para 29,2 indivíduos com 65 e mais anos por 100 indivíduos ativos em 2011 (INE, 2011). Prevê-se que este índice aumente para 49 em 2040 se as hipóteses do cenário base das projeções se verificarem (Santana, 2008). Esta tendência é igualmente visível nos restantes índices funcionais, designadamente em 2001, o índice de envelhecimento passou de 102,6 idosos por cada 100 jovens, para 127,6 em 2011. Associado a estes índices está o aumento da esperança de vida à nascença e aos 65 anos. No primeiro caso, passou de 76,98 em 2001-2003, para 78,78 anos em 2010-2012. No segundo, e para o mesmo período, passou de 17,24, para 18,84 anos. No entanto, os ganhos de longevidade são superiores para as mulheres. Em 2010-2012 a esperança de vida aos 65 anos era para as mulheres na ordem dos 20 anos, enquanto para os homens rondava os 17 (INE, 2013).

O envelhecimento demográfico coloca assim importantes desafios aos indivíduos, às famílias, ao Estado e à sociedade em geral. Entre esses desafios destacam-se a pressão sobre o orçamento público, o sistema fiscal e o sistema de segurança social; a par da necessidade de ajustamento da economia e do mercado de emprego a uma força de trabalho cada vez mais envelhecida (Eurostat, 2011).

O peso das reformas nos orçamentos dos governos é uma das questões que suscita maior preocupação. Em 2010, na União Europeia a 27 (EU-27), existia 119,3 milhões de pensionistas. Estima-se que este número aumente a um ritmo relativamente rápido até 2040, ano a partir do qual se espera que abrande. Simultaneamente haverá um aumento acentuado da dependência, uma vez que se projeta que o número de pensionistas por 100 pessoas em idade ativa aumente de 35,6, em 2010, para 58,8, em 2060 (Eurostat, 2011).

Os dados apresentados revelam que nas nossas sociedades um grande número de pessoas irá envelhecer sendo provável que muitas se tornem mais vulneráveis e requeiram serviços sociais e de cuidados de saúde prolongados sob a forma de apoio ao domicílio ou em centros residenciais. É ainda provável que esta tendência se intensifique no futuro, com uma proporção elevada de pessoas muito velhas a viverem sozinhas, o que reflete a diminuição da dimensão média do agregado familiar e uma redução do número de familiares disponíveis para prestarem cuidados aos seus parentes idosos (Eurostat, 2011). Sem nenhuma mudança no estado global de saúde da população da EU-27 e sem qualquer reforma futura nos sistemas de segurança social e nos mercados de trabalho com vista à promoção do envelhecimento ativo e saudável, o envelhecimento demográfico resultará igualmente no aumento da pressão sobre os orçamentos públicos para a prestação de cuidados prolongados.

Se a manutenção da autonomia e da independência dos mais velhos é um aspeto chave para a diminuição dos encargos associados aos idosos, é inegável que os governos europeus têm que considerar a franja da população idosa que se depara com problemas como a pobreza, a doença ou a incapacidade, aspetos que podem limitar ou restringir os seus estilos de vida e que se assumem, de igual modo, como desafios importantes à sociedade. Com efeito, é expectável que as sociedades modernas deem respostas às transformações sociais, em particular às que decorrem do envelhecimento demográfico (Leitão, 2012).

Assim, após o enquadramento da questão do envelhecimento demográfico e dos desafios que ele coloca aos diversos sistemas sociais, no presente artigo partimos da análise da problemática da prestação de cuidados a idosos dando conta quer das linhas de investigação disponíveis, quer dos seus impactos nos cuidadores. Aborda-se ainda as principais respostas sociais existentes neste âmbito em Portugal a par da relação entre níveis de dependência e risco de abuso de idosos.

O CONCEITO DE DEPENDÊNCIA

O conceito de dependência assume significados distintos em função da área disciplinar em que é utilizado. A nível social, por exemplo, a dependência resulta das relações entre os indivíduos, os assistidos, e os profissionais das diversas instituições que mobilizam

o conjunto de políticas sociais implementadas pelo Estado de Bem Estar Social (Gil, 2010). Gil (2010) refere que um primeiro sentido do conceito de dependência remete para uma forma de solidariedade, de interdependência. Um segundo sentido, posterior ao primeiro, enfatiza uma relação de subordinação e sujeição entre duas pessoas. Neste caso, dependência significa incapacidade de realizar algo sem a intervenção de uma pessoa ou coisa sendo definida em função de critérios anatômicos.

Impõe-se, deste modo, uma definição de dependência de inspiração biomédica fundada sobre a incapacidade e a necessidade de ajuda da pessoa mais velha. A figura da pessoa dependente é construída como pessoa não autónoma, sublinhando-se que os idosos são representados e tratados como destinatários passivos dos cuidados que lhes são prestados (Caradec, 2001).

A discussão sobre o conceito de dependência passou assim a estar inscrita em dois grandes modelos teóricos. O modelo biomédico que propôs uma definição equivalente a estado de dependência, isto é, incapacidade em executar, sem ajuda, as principais atividades da vida diária (Ennuyer, 2002). Esta visão reduz a pessoa a uma incapacidade, transformando-a em objeto de cuidados, sem capacidade de decisão. A dependência torna-se em estigma, concebendo-se a pessoa idosa como alguém em desvantagem física e social e, por isso, alvo de necessidades específicas.

Por seu turno, a noção de dependência-relação social é considerada como sendo transversal ao ciclo de vida e um estado que resulta de processos histórico-sociais (Gil, 2010). Esta definição aponta no sentido claro da interdependência entre quem dá e quem recebe e inscreve-se no modelo solidarista, no qual o indivíduo é considerado como fazendo parte de um sistema dinâmico de interdependências (Gil, 2010).

Estes modelos afastam-se não só na forma como explicam a incapacidade, mas também no modo como é concetualizada a velhice. Para o modelo biomédico a idade determina o tipo de incapacidade e de apoios que as pessoas necessitam. A velhice é vista como um estado individual e biológico estando relacionada com os comportamentos ao nível da saúde e dos estilos de vida. No modelo social a incapacidade individual está associada às trajetórias de vida sendo a velhice o seu resultado (social e biológico) numa dada estrutura social (Gil, 2010). Não obstante, é inegável que o modelo biomédico influenciou largamente as políticas sociais tendo o efeito de tornar a velhice dependente de serviços e de cuidados.

A definição biomédica do conceito teve, entre outras consequências, o efeito de confundir dependência com perda de autonomia. A necessidade de ajuda para a realização de todos os atos da vida diária não deve implicar a negação da capacidade de decisão que estas pessoas devem continuar a ter sobre a sua vida. Esta reivindicação esteve no centro das propostas do *disability movement*, nos anos 1990, que propôs o conceito de independência enquanto capacidade daqueles que recebem cuidados fazerem escolhas e tomarem decisões de forma autónoma (São José, 2009).

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E CUIDADORES

A investigação sobre os cuidadores familiares desenvolveu-se a partir dos anos 1980. Impulsionada, numa primeira fase, pela corrente feminista dava-se conta do papel da mulher como principal cuidadora, colocando-se assim o tema na agenda da discussão pública. Nos anos 1990, a pesquisa voltou-se para a diversidade da realidade no campo dos cuidados dando destaque ao papel dos homens como cuidadores, sobretudo aos das classes com menos recursos socioeconómicos e de certas minorias étnicas. A investigação passou igualmente a centrar-se na análise do modelo de repartição das responsabilidades de prestação de cuidados entre diversos agentes, nomeadamente a família, o Estado, o mercado privado e o terceiro setor e a debruçar-se sobre a própria definição do conceito de cuidar (São José, 2009; Gil, 2010).

Definido como uma ação, mas também como uma disposição, cuidar é algo que se faz em direção a outrem, sendo que o bem-estar do recebedor depende dos cuidados que lhe são prestados. Apesar de ser a mais comum, esta definição é reveladora de uma noção unidirecional dos cuidados, a qual foi duramente criticada nos anos 90 do século XX. Todavia, tem vindo a ser substituída por uma conceção bidirecional, que considera que numa relação de cuidar entre pelo menos duas partes, ambas podem dar e receber cuidados devendo, por isso, ser considerada como uma relação de interdependência e não de dependência. Paralelamente cuidar não implica uma relação exclusiva entre duas pessoas (cuidador-idoso), podendo existir os chamados cuidadores secundários (por exemplo, empregada doméstica; serviço domiciliário) (São José, 2009).

Deste modo, o conceito de cuidar integra tarefas que se referem aos aspetos básicos da vida diária, ou seja, atividades da vida diária (AVD). Estas referem-se ao autocuidado, permitindo às pessoas valer-se a si próprias (e.g. higiene, mobilidade física, alimentação). Integra igualmente as chamadas atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Estas são necessárias para se poder viver em grupo, em comunidade e relacionar-se, incluindo-se aqui tarefas como limpar, cozinhar, fazer compras, utilizar meios de transporte, lidar com dinheiro, tomar a medicação, usar o telefone, entre outras. A realização destas tarefas é mais complexa e a sua perda pode ocorrer antes das atividades da vida diária (AVD) (Araújo, 2010). Assim, cuidar pode ser entendido simultaneamente como uma prática (trabalho físico), mas também como uma disposição (estar preocupado com o bem-estar do outro e as suas necessidades) (Graham, 1983).

A pesquisa tem-se dedicado também ao estudo dos cuidadores fazendo a distinção entre os cuidadores informais e formais. Os primeiros prestam cuidados fora do âmbito de instituições como é o caso dos familiares, amigos, vizinhos, enquanto os segundos não só prestam serviços sob um enquadramento institucional, como têm que respeitar estruturas organizacionais, princípios orientadores e regulamentos (São José, 2009). Araújo (2010) procede à distinção entre *cuidados* formais, não formais e informais. Os primeiros são prestados por profissionais com formação académica inseridos em serviços de saúde ou sociais; os segundos são fornecidos por profissionais, mas sem grau académico, como é o caso dos agentes de apoio ao domicílio; e os cuidados informais são realizados por familiares, próximos ou distantes, por amigos, vizinhos, grupos de ajuda.

Por seu turno, o conceito de cuidar integra três dimensões: cuidar como trabalho, isto é, como uma forma particular de trabalho, desenvolvido em determinadas condições; cuidar como obrigação e responsabilidade, ou seja, como um trabalho desenvolvido num contexto de relações sociais orientadas por normas e obrigações; cuidar como uma atividade que envolve custos - financeiros e emocionais - independentemente de ser realizada pelo Estado, família ou outro setor (Daly & Lewis, 2000).

O interesse pelo estudo dos impactos dos cuidados informais sobre os cuidadores despertou na década de 70 do século XX. Teve a sua origem no campo do serviço social, cujos profissionais passaram a ter consciência do quotidiano difícil dos cuidadores informais que eram sobretudo familiares. Estes estudos vieram chamar a atenção para a natureza desgastante da prestação de cuidados a adultos dependentes, nomeadamente a pessoas que sofrem, por exemplo, de doenças crónicas, de doença coronária, Alzheimer, e não apenas a idosos (Gil, 2010).

Atualmente estuda-se os impactos negativos e positivos do cuidar. No último caso, cuidar não só é uma expressão de afeto dos cuidadores para com o idoso dependente, como permite obter satisfação pelo facto de contribuírem para o seu bem-estar. Porém, enfatiza-se mais os impactos negativos da prestação de cuidados nos cuidadores, designadamente na sua vida diária (e.g., acréscimo de tarefas e introdução de novas rotinas); no trabalho profissional implicando, por exemplo, a necessidade de alteração dos horários de trabalho ou uma diminuição da concentração para o desempenho das tarefas; nas atividades sociais e de lazer, diminuindo a sua realização. Diminui igualmente o tempo dedicado às crianças dependentes. No domínio das relações familiares observa-se com frequência dois tipos de impactos: a ocorrência de conflitos entre os filhos do idoso dependente e a existência de problemas conjugais. Todos estes aspetos acabam por ter repercussões, de formas variadas, na saúde física e psicológica dos familiares que prestam cuidados (São José, Wall & Correia, 2002).

A investigação nesta área rapidamente passou a usar modelos teóricos mais desenvolvidos designados por *stress-coping* (Kahana, 1994). A partir das características destes modelos Biegel, Sales e Schulz (1991) propuseram um modelo de síntese que é composto por quatro elementos principais que devem ser tidos em conta na análise da prestação de cuidados, nomeadamente os fatores objetivos de *stress* que consistem nas características da doença ou incapacidade da pessoa dependente (sintomas, tipo de incapacidades, prognóstico); o *stress* percebido como carga (*burden*), o qual remete para as consequências do cuidar tal como são percecionadas pelos cuidadores. Neste caso, há que fazer a distinção entre carga objetiva que se traduz por toda a alteração da vida familiar (por exemplo, a quantidade de horas despendida na prestação de cuidados, os recursos financeiros consumidos) e a carga subjetiva que remete para a análise das consequências das práticas de cuidar tal como são percebidas pelos cuidadores (Gil, 2010).

O terceiro fator objetivo de *stress* remete para as variáveis contextuais que medeiam os impactos das práticas de cuidar (e.g., sexo e idade dos cuidadores; tipo e quantidade de apoio social que recebem; laço de parentesco que os une às pessoas que cuidam; qualidade de relacionamento entre ambos; co-residência com os recebedores dos cuidados). O último fator diz respeito aos resultados e consequências finais da prestação de cuidados

quer para os cuidadores, quer para os idosos (por exemplo, institucionalização dos idosos; mudanças ao nível dos papéis sociais; abandono da atividade profissional por parte do cuidador; perturbações emocionais e físicas).

A identificação dos impactos do cuidar nos cuidadores, principalmente nos informais, contribuiu para um melhor conhecimento do tema e forneceu, ao mesmo tempo, informação para a melhoria das medidas de política social.

Com efeito, as políticas sociais dirigidas à população idosa são fundamentais numa sociedade envelhecida ou em vias de envelhecimento como é o caso português. A rede de serviços e equipamentos sociais da Segurança Social em Portugal tem tentado responder, nas últimas décadas, aos desafios colocados pelo envelhecimento progressivo da sua população. Os resultados definitivos dos Censos de 2011 mostram, como vimos, que apesar de o número de famílias clássicas ter aumentado, diminui o número médio de pessoas por família o que, associado a uma inserção massiva da mulher no mercado de trabalho, revela que é cada vez menor o número de pessoas disponíveis para a prestação de cuidados em contexto familiar.

Face a esta tendência que se acentuará num futuro próximo, quais são as principais respostas por parte das solidariedades públicas em Portugal?

As valências mais estruturantes, isto é, com maior capacidade de resposta e nas quais tem sido realizada uma maior aposta em termos de investimento e de apoio público ao seu funcionamento são o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Lar de Idosos e Centros de Dia.

Cada uma destas valências tem privilegiado a diferenciação de grupos-alvo da seguinte forma: Centro de Dia – população entre os 65 e os 74 anos; Lar de Idosos – população com 75 ou mais anos; Serviço de Apoio Domiciliário – população com 65 anos ou mais (SERGA, 2011). Para além destas valências, existem outras igualmente importantes, designadamente os Centros de Convívio, o Centro de Noite e a Residência Assistida.

Porém, na área de intervenção em pessoas adultas em situação de dependência existem três valências especializadas: o Apoio Domiciliário Integrado; a Unidade de Apoio Integrado (são duas respostas integradas da Segurança Social e da Saúde e estão em articulação com a Rede de Cuidados Continuados Integrados) e o Serviço de Apoio Domiciliário (destinado a pessoas em situação de dependência). O grupo-alvo deste último serviço é mais vasto, abrangendo desde idades com menor probabilidade de incapacidade e dependência até aos grupos etários mais avançados, onde o apoio familiar ainda pode funcionar de forma complementar aos cuidados prestados pelos serviços sociais (SERGA, 2011).

Estes serviços representam uma forma de garantir qualidade de vida aos idosos, mas também são um meio de aliviar o desgaste decorrente da prestação de cuidados por parte dos familiares. São ainda fundamentais na prevenção dos riscos potenciais de abuso associados à carga objetiva e subjetiva dos cuidados.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E ABUSO DE IDOSOS

A relação entre *níveis de dependência* e o abuso de idosos tem sido sustentada por alguns estudos (Eastman, 1984; Wolf & Pillemer, 1989). A dependência dos idosos face aos

cuidadores informais (sobretudo dos cônjuges e filhos/as), mas também a dependência destes em relação aos mais velhos no domínio financeiro, por exemplo, pode colocá-los numa situação de risco. Wolf e Pillemer (1989) sustentam que nalguns casos os perpetradores de abusos estão muitas vezes numa situação de maior dependência do que os próprios idosos. A dependência dos primeiros face aos segundos faz-se sentir em domínios como a co-residência, a alimentação, o apoio financeiro e nos transportes. Tais dependências estão na origem dos abusos infligidos sobre muitos idosos e idosas.

A pesquisa tem vindo a demonstrar igualmente que o *stress* experimentado pela pessoa que cuida do idoso pode representar um fator de risco de violência (Eastman, 1984), tal como aquele que é experimentado pelos indivíduos no exterior da família. Neste caso, reclama-se que acontecimentos como o desemprego, problemas profissionais ou dificuldades financeiras podem despoletar nos indivíduos atitudes e comportamentos abusivos (Dias, 2004).

Para além dos fatores de risco assinalados, parece existir algum consenso que a incapacidade funcional e mental da pessoa idosa e a sua dependência face ao agressor; situações de coabitação; a existência de problemas de saúde mental no cuidador a par de problemas económicos e situações de isolamento, pobreza e exclusão social são condições que tornam mais provável a ocorrência de maus-tratos sobre as pessoas mais velhas (Gil, 2010).

Estes últimos fatores de risco são particularmente enfatizados pelo modelo sociológico que mostra o seu impacto nas dinâmicas da família e na produção de situações de stress comprometedoras do bem-estar e da segurança dos mais velhos. Estes podem ser vítimas de diversos tipos de abuso, nomeadamente de negligência (ativa e/ou passiva), de abuso físico, verbal, psicológico, emocional, material e financeiro, entre outras categorias de maus-tratos como, por exemplo, o abandono, a violação sexual, bem como o abuso institucional.

Para além de provocar dano ou sofrimento, tais atos representam uma séria violação dos direitos fundamentais das pessoas mais velhas (Barnett, Perrin & Perrin, 1997). Tal significa que o abuso de idosos é definido como “todo o ato ou omissão cometido contra uma pessoa idosa, no quadro da vida familiar ou institucional e que atenta contra a sua vida, a segurança económica, a integridade física e psíquica, a sua liberdade ou que comprometa, gravemente, o desenvolvimento da sua personalidade” (Conselho da Europa, 2002). Por outras palavras, como “qualquer ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra no contexto de uma relação de confiança, que cause dano ou sofrimento à pessoa idosa” (Nações Unidas, 2002).

O abuso de idosos refere-se assim a um comportamento destrutivo dirigido a um adulto idoso que ocorre geralmente num contexto de confiança. Com efeito, os seniores são vítimas principalmente dos cônjuges e dos filhos adultos, que na família são também os principais cuidadores. Os mais vulneráveis à violência são, sobretudo, as mulheres e os idosos mais velhos (com mais de 75 anos).

De acordo com os dados da Associação Portuguesa para o Apoio à Vítima (APAV, 2013), tais tendências são igualmente observadas em Portugal. Esta Associação registou, em 2012, 809 idosos vítimas de crime. Destes, 80,6% são mulheres e 18,9% homens, sendo que as idades predominantes se situam na faixa etária entre os 65-70 anos (32,9%) e os

75-80 anos (27%). A família nuclear com filhos constitui o núcleo familiar predominante destes idosos (34,4%), enquanto 18% representam pessoas isoladas; 78% são reformados e têm como principal meio de vida os rendimentos da pensão/reforma (71,7%).

A relação entre o autor do crime e a vítima é de parentesco, designadamente em 39% dos casos são os filhos/as. Em 26,9% das situações o autor do crime é o próprio cônjuge. Este dado está, de certo modo, relacionado com o facto de a faixa etária dos autores dos crimes contra idosos se situar maioritariamente a partir dos 65 anos de idade – cônjuges (17,6%), seguindo-se os que se situam entre os 45 e os 50 anos. O local onde as agressões são praticadas é a residência comum (54,4%) ou a residência da vítima (24,9%). Os abusos infligidos representam situações com carácter continuado (68,9%), tendo uma duração média entre os 2 e os 6 anos (7,8%). Na maioria das situações (52%) não foi feita qualquer denúncia. Apenas em 23% dos crimes é que foi apresentada denúncia às autoridades (APAV, 2013).

Apesar de insuficientes, estes dados são um indicador de que o abuso de idosos pelos familiares existe, a par do que é praticado em contexto institucional. Não obstante a sua prevalência ainda ser relativamente baixa comparativamente a outras formas de vitimação (menos de 11%) (Hallisey, 2009), é inegável que o crescimento estimado da população idosa, sobretudo no topo da pirâmide etária, pode potenciar o risco de abuso se as respostas sociais não forem suficientes.

CONCLUSÃO

O envelhecimento da sociedade portuguesa, à semelhança dos restantes países europeus (UE-27), é uma tendência que se acentuará no futuro. Até 2020 é esperado, em Portugal, um crescimento de 17% na população idosa, representando cerca de 21% da população residente em Portugal (SERGA, 2011). Este crescimento obriga as entidades públicas responsáveis pela promoção de serviços de apoio e cuidados aos seniores não só a assegurar a sua manutenção e crescimento sustentável, como a protagonizar políticas sociais de prevenção dos riscos de abuso que se acentuam com o avançar da idade e o estado de dependência dos idosos.

As dificuldades financeiras que atravessam as nossas sociedades e o retorno das ideias liberais traduziram-se por um apelo às solidariedades familiares, que conduziram a um maior envolvimento dos cuidadores informais. Os sociólogos têm vindo a advertir para os perigos e impasses desta redescoberta oportuna da família. A tendência para responsabilizar os mais próximos assenta numa imagem idealizada da família de outrora, distante do funcionamento real das famílias contemporâneas. Também não tem em consideração a norma de autonomia que rege as famílias dos nossos dias e as relações de parentesco, sobretudo nas classes médias. Por outro lado, o cuidar ainda continua a estar socialmente associado às mulheres, o que as coloca sob stress devido à grande solicitação do trabalho doméstico, mas também porque põe em causa o ideal moderno da igualdade entre os sexos.

Contrariamente aos argumentos da tese da substituição das solidariedades privadas pelas públicas, observa-se que a modernidade não as dissolveu, acabando por as reforçar como é o caso dos filhos que prestam cuidados aos pais e vice-versa (Caradec, 2001). Para Kunemund e Rein (1999), as trocas entre filhos e pais idosos regem-se por quatro tipos de motivação, nomeadamente a reciprocidade, a afeição, as normas de obrigação e as necessidades da pessoa a quem o apoio é prestado. Para os autores, a existência de solidariedades públicas podem atenuar as normas de obrigação e dar resposta a certas necessidades dos pais mais velhos. Provavelmente esta hipótese também poderá aliviar o sentimento de carga (*burden*) vivido pelos cuidadores.

Em suma, o sentimento de (sobre)carga – objetiva e subjetiva –; a dependência, muitas vezes recíproca entre recebedor e cuidador; o grau de dependência física, funcional e mental do idoso; o *stress* interno e externo à família; as características de personalidade dos cuidadores e dos idosos; o isolamento, a pobreza e exclusão social são identificados, entre outros, como fatores de risco de abuso de idosos.

Tais situações devem levar o Estado a intensificar as respostas sociais voltadas para esta população e a implementar sanções legais sobre os agressores; serviços de informação e campanhas de aconselhamento dos seniores; programas integrados de prevenção primária, secundária e terciária da violência a par de programas de apoio aos cuidadores. Deve ainda levar a apostar na criação de uma estrutura integrada de resposta às situações de abuso de idosos no país e a reforçar a formação de competências técnicas e comunicacionais entre os profissionais que intervêm neste domínio. Estas poderão ser algumas das vias de combate aos abusos infligidos sobre os idosos e aos seus meios económicos e sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APAV (2013). *Estatísticas APAV: Relatório Anual de 2012*. Lisboa.

Araújo, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Barnett, O.; Perrin, C. & Perrin, R. (1997). *Family Life Across the Lifespan*. California: Sage.

Biegel, D.; Katz-Saltzman, S.; Meeks, D.; Brown, S. & Tracy, E. (2010). Predictors of Depressive Symptomatology in Family Caregivers of Women with Substance Use Disorders or Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders, *Journal of Family and Social Work*, 13(2), 25–44.

Biegel, D.; Sales, E. & Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage.

Caradec, V. (2001). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Nathan.

- Daly, M. & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary Welfare State, *British Journal of Sociology*, 51, pp. 281-298.
- Dias, I. (2004). A violência sobre as mulheres e os idosos, *Psychologica*, 36, pp. 33-61.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos, *Sociologia*, 15, pp. 249-273.
- Dias, I. (2010). *Violência na família, Uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, I. & Rodrigues, E. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento, in Constança Paúl e Oscar Ribeiro. *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel .
- Douglas, C. (2009). *Geração X*. Lisboa: Teorema.
- Eastman, M. (1984). *Old Age Abuse*. London: Mitcham.
- Ennuyer, B. (2002). *Les malentendus de la dépendance*. Paris: Dunod.
- Eurostat (2011). *Demography, Population an social conditions*. Luxembourg: European Commission.
- Eurostat (2012). *Active ageing and solidarity between generations - A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxembourg: Office of the European Union.
- Gil, A. (2010). *Heróis do Quotidiano. Dinâmicas Familiares na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Graham, H. (1983). Caring: A labour of love, in J. Finch & D. Groves (Eds.). *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, London, Routledge & Kegan Paul, pp. 13-30.
- Hallisey, B. (2009). Abuse and neglect of older adults. In Lee A. Hoff (Ed.), *Violence and Abuse Issues*. London: Routledge.
- INE (2011). *Estatísticas da População*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2013). *Estatísticas da População, Natalidade e Mortalidade 2013*.
- Jeanette, M.; Merchant, M. & Jogerst, G. (2011). Elder abuse research: a systematic review, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, pp. 348-365.
- Kahana, E. (1994). *Family caregiving across lifespan*. London: Sage.

- Kunemund, H. & Rein, M. (1999). There is more to receiving than needing. *Ageing and society*, vol. 19, pp. 93-121.
- Lage, I. (2004). Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes, in J. Ribeiro & I. Leal (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da saúde*, 28, 29 e 30 de Junho de 2004. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 749-756.
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos, in C. Paúl & A. Fonseca (Orgs.), *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa: Climepsi Editores, pp. 203-229.
- Leitão, J. (2012). (Des)igualdades, envelhecimento e saúde. Um avanço civilizacional. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Marks, N. & Lambert, J. (1997). Family Caregiving: Contemporary Trends and Issues. In T. H. Brubaker (Ed.), *Family Relationships in Later Life* (3rd Edition). Newbury Park, CA: Sage.
- Martin, I. et al., (2007). Políticas sociais para a terceira idade. In A. Requejo Osório & F. Cabral Pinto (Coord.), *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa, Instituto Piaget, cap. V, pp.131-179.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Santana, P. (2008). *Envelhecimento e saúde em Portugal, PNSemFoco*, Boletim Informativo, n.º 2, Alto Comissariado da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- São José, J. (2009). *Cuidar de um familiar idoso dependente: Trajetórias de cuidar e seus significados*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
- São José, J.; Wall, K. & Correia, S. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e Soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Working Paper.
- SERGA (2011). *Proteção Social a Idosos. Rede de Serviços e Equipamentos Sociais*. POAT/FSE: Gerir, Conhecer e Intervir. Lisboa.
- Wolf, R. & Pillemer, K. (1989). *Helping Elderly Victims, The Reality of Elder Abuse*. New York: Columbia Press.

PSICOLOGIA COMUNITÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: MULHERES PARTINDO PARA A CONVIVÊNCIA

*Bizarro, Carlos Alberto Rodrigues*²

*Oberg, Lurdes Perez*³

RESUMO

Na atualidade da Psicologia Comunitária, a comunidade assume a participação nas situações que lhe afetam e o psicólogo valoriza a promoção da saúde e as estratégias de *empowerment*. Este trabalho entende o envelhecimento na contemporaneidade como um fenômeno que desafia as técnicas de intervenção em saúde e tem como objetivo apresentar um grupo de convivência de mulheres, numa localidade na cidade do Rio de Janeiro.

Conclui-se que conquistamos a valorização de mulheres cidadãs promovendo políticas públicas nesta localidade.

Palavras-chave: Psicologia Comunitária; Promoção da Saúde; Envelhecimento; Mulheres.

2 Mestre em biologia humana e experimental pela UERJ. Graduado em Psicologia pela Universidade Veiga de Almeida. Tecnologista em saúde pública junto ao Centro de Saúde Germano Sinval Faria (ENSP/FIOCRUZ), com experiência nas áreas de Promoção da Saúde, Envelhecimento e Psicologia Comunitária em grupo de mulheres e idosos. carlosbizarro@ensp.fiocruz.br

3 Doutora em Psicologia pela Puc-Rio, Prof^a. do Departamento de Psicologia e Supervisora em Psicologia Comunitária do SPA da Universidade Veiga de Almeida.
Pesquisadora associada do LIPIS, Puc-Rio e Lapsi, UVA. lurdes.oberg@gmail.com

COMMUNITY PSYCHOLOGY AND HEALTH PROMOTION: WOMEN LEAVING FOR COEXISTENCE

ABSTRACT

In present times of Community Psychology, the community takes on participation in situations that affect it directly and the psychologist turns to health promotion and *empowerment* strategies. This paper considers the contemporary aging as a phenomenon that defies intervention techniques in health and aims to provide a support group for women, at a locale in the city of Rio de Janeiro. It can be concluded that we have achieved the appreciation of female citizens by promoting public policy in this area.

Key-words: Community Psychology; Health Promotion; Aging; Women.

INTRODUÇÃO

*Tão velho estou como árvore no inverno, vulcão sufocado, pássaro sonolento.
Tão velho estou, de pálpebras baixas, acostumado apenas ao som das músicas,
à forma das letras. Fere-me a luz das lâmpadas, o grito frenético
dos provisórios dias do mundo: Mas há um sol eterno, eterno e brando
e uma voz que não me canso, muito longe, de ouvir... Desculpai-me não ser bem eu:
mas um fantasma de tudo. Recebereis em mim muitos mil anos, é certo,
com suas sombras, porém, suas intermináveis sombras...*
(Cecília Meireles)

O poema de Cecília Meireles “A Velhice pede Desculpas” nos instiga a entender outra posição sobre a velhice, sem pedir desculpas ao tempo. Nas entranhas deste poema constatamos a existência de um “sol eterno e brando”, motivo de força e reconhecimento que mesmo com todas as perdas que envolvem o envelhecimento, há possibilidade de um brilho na alma mortal.

Assim, valoriza-se neste artigo⁴ a problematização do nosso tempo, nos aproximando de novas formas de entender a finitude.

A modificação do olhar sobre a velhice ocorrida nas últimas décadas resultou em uma chamada “terceira idade”, nicho social em que o idoso é visto sob um novo ângulo e investido de novos valores. Entretanto, parte da população idosa brasileira ainda permanece invisível e não usufrui de um lugar social de reconhecimento.

Tal argumento é contraditório ao se considerar que a população idosa atual atingiu uma visibilidade social nunca antes alcançada, evidenciada nos diversos progressos sociais, científicos, médico-sanitários e no incremento da renda per capita que possibilitaram o aumento na expectativa de vida (Magalhães e Miranda, 2009) e na expansão de serviços diferenciados como as agências de turismo, oportunidades de crédito e Universidades da Terceira Idade.

No entanto, a histórica divisão social e econômica brasileira, somada às transformações urbanas ocorridas no último século, contribuiu para o surgimento de um distanciamento espacial e simbólico da sociedade em parcelas distintas e a emergência de mundos sociais no território urbano: um “mais visível”, onde há oferta e usufruto dos bens e serviços voltados para as necessidades e satisfações individuais e um “menos visível/invisível”, cons-

4 Este artigo é parte do trabalho de Conclusão de Curso do primeiro autor. A segunda autora participou da supervisão de estágio que resultou neste trabalho.

tituído por uma população empobrecida que não tem, ou tem dificuldade de acesso, a esses mesmos bens e serviços.

Sabe-se que o poder econômico, ou seja, a capacidade de manutenção, acúmulo e consumo de bens e capital por um indivíduo ou grupo familiar, contribui para a distribuição da população entre “esses mundos” e muitos são os fatores que o influenciam, dentre eles está a renda. Esta, por sua vez, é um importante recurso de mobilidade social e a aposentadoria é sua principal referência para uma considerável parcela das famílias brasileiras, particularmente as menos favorecidas (IBGE, 2006).

Paradoxalmente, a aposentadoria também marca um período de modificações no status social e econômico dos núcleos familiares. Isto pode ser percebido no empobrecimento paulatino daquelas famílias em que ela é a principal fonte de sustento, o que é corroborado por uma considerável lista de trabalhos científicos que associam envelhecimento e pobreza (Veras, Ramos e Kalache, 1987).

Além disso, essas mesmas famílias tendem a se instalar em áreas cada vez mais esquecidas pelo poder público e que progressivamente se tornam locais de acúmulo de poluição, barulho e violência (Veras et al., 1987) o que contribui para uma maior depreciação da experiência de envelhecer no território urbano.

Desta forma, este trabalho se concentra nos indivíduos que vivenciam o envelhecer num mundo social menos visível, caracterizado pelas áreas urbanas com maior dificuldade de acesso a bens de consumo, a serviços básicos de saúde e de saneamento, à organização do espaço, à educação de qualidade, à cultura e ao lazer e que, por conseguinte, vivem à margem de grande parte das conquistas sociais e tecnológicas empregadas na melhoria da qualidade de vida do idoso e do processo de envelhecimento.

Para desenvolvê-lo, recorreu-se à equipe de Psicologia Comunitária do Serviço de Psicologia Aplicada de uma instituição de ensino superior, e se propôs uma intervenção numa localidade da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, composta principalmente por migrantes nordestinos. O objetivo foi conhecer o espaço e seus idosos, escutar suas demandas e desenvolver um grupo de convivência voltado para a Promoção da Saúde.

Mostraremos então o percurso desta experiência ancorada numa perspectiva crítica da Psicologia Comunitária, o que possibilita uma ampliação da visão tradicional da Psicologia em relação às práticas de saúde. Apresentaremos uma trajetória que vai desde uma observação participante na comunidade até a formação de um grupo de convivência em práticas promotoras de saúde. Tais práticas foram pensadas em articulação com as políticas públicas em sua historicidade.

A PSICOLOGIA COMUNITÁRIA NA ÓTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Psicologia Comunitária surge como um modelo de psicologia social que inicialmente assenta suas raízes em práticas desenvolvidas nos países do Hemisfério Norte, mas que vem criando novas conceituações e práticas na América Latina a partir da década de 1970 (Arendt, 1997). Baseia-se numa perspectiva ecológica em que a interação com os indivíduos ocorre no seu próprio ambiente social e propõe a indissociabilidade da defini-

ção dos problemas, dos métodos de investigação, dos valores subjacentes aos indivíduos envolvidos e do trabalho do psicólogo, de modo que a atuação comunitária é “uma intervenção no fluxo contínuo da vida” (Kelly, 1987 *apud* Ornelas, 1997). Desta forma, seus instrumentos de intervenção incidem sobre o *continuum* complexo e simultâneo de fenômenos históricos, sociais, econômicos e culturais da realidade social e assim, a Psicologia Comunitária pretende abranger vários campos de conhecimento e suas metodologias permitem o imbricamento de diversos saberes.

Ao assumir uma posição “colaborativa” junto aos grupos populares, o psicólogo se torna importante na batalha contra ideologias de viés fatalista que transformam os acontecimentos sociais em fenômenos naturalizados. Então é na criação de possibilidades de modificação da percepção de um suposto destino inexorável que suas intervenções devem se concentrar e, ao trabalhar em benefício das camadas populares, promove a construção de laços sociais entre os envolvidos. Ao mesmo tempo, esse profissional é atravessado por tensões e dilemas quando busca compreender a realidade das populações a partir de seu lugar social, o que contribui para sua transformação e reorientação de seu trabalho (Ansara e Dantas, 2010).

Tal reorientação passa pela necessidade da formação de profissionais sensíveis aos processos de exclusão social, exigindo uma preparação que questiona os aspectos científicos, metodológicos e éticos da profissão. Ela deve possibilitar que, quando em contato com demandas estranhas àquelas de uma clínica relativamente isolada de questões sociais, o psicólogo deslize pelas diferenças e incertezas, num processo onde as possibilidades de intervenção são conjuntamente construídas com a população. É neste ponto que a Psicologia Comunitária se encontra com a Promoção da Saúde.

Originalmente, o termo “Promoção da Saúde” é uma concepção derivada da Saúde Pública e que pode ser compreendida dentro de um grupo de teorias e práticas em saúde que adquiriu importante poder de capilaridade entre campos de conhecimento os mais diversos, o que traz consigo o desafio de delimitar este conceito.

HISTÓRIA E SENTIDO CONTEMPORÂNEO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O médico canadense Henry Sigerist (1946) foi quem se referiu pela primeira vez à promoção da saúde dentre as tarefas essenciais da medicina, junto à prevenção de doenças, à recuperação dos enfermos e à reabilitação. No entanto, ela surgiu como conceito somente em 1965 no livro *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*, de Leavell e Clark.

Nesta obra, as práticas promotoras de saúde foram agrupadas dentro do modelo ternário da História Natural da Doença, em um nível primário de atenção, que se relacionava à criação de medidas de proteção específicas contra agentes patológicos em geral, visando o incremento da saúde e do bem-estar do indivíduo, sua família ou do grupo no qual se inseria (Buss, 2003).

Para o modelo de História Natural da Doença, “viver é estar submetido a agentes em um meio ambiente, é estar na contiguidade do patogênico, é estar em equilíbrio diante da probabilidade da doença” (Arouca, 1975, p.19). Assim, a relação entre a medicina e a vida

quotidiana se tornava indissociável, já que o homem inevitavelmente se encontraria num determinado ponto da História Natural das Doenças em todas as situações, e medidas preventivas passaram a ser necessárias no fluxo contínuo da vida.

Entretanto, apesar da Promoção da Saúde surgir associada à medicina, houve um crescente interesse nas relações entre saúde e condições de vida durante as últimas décadas do século XX. Esta ampliação do foco para além da medicina tornou-se importante parte das propostas de governos, sobretudo no Hemisfério Norte. Desta forma, o discurso contemporâneo da Promoção da Saúde passou a apostar no fortalecimento da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais (Czeresnia, 2003), o que contribuiu para a criação de práticas em saúde voltadas para qualidade de vida que transcendessem o saber médico.

Atualmente, a Promoção da Saúde se relaciona com uma concepção de saúde não restrita à ausência de doença e que visa atuar sobre seus determinantes sociais. Seu interesse se volta para as condições de vida da população e extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais (Sícole e Nascimento, 2003).

Assim, é importante compreender que numa acepção geral, “prática” é um processo ou um conjunto de ações transformadoras de uma dada matéria prima em um produto específico, aqui compreendido dentro do conceito de “saúde”. Quanto a este, é sabido que sofreu um longo processo de desenvolvimento no Ocidente, relacionando-se desde os primórdios à noção de doença; evoluiu a partir de uma concepção religiosa judaico-cristã que considerava saúde como uma das faces do binômio virtude/pecado ou pureza/impureza (Arouca, 1975). Este lugar negativo que o conceito de saúde ocupou no pensamento religioso-filosófico ocidental acabou por desaguar recentemente num discurso sanitário que, contrariamente ao tradicional antagonismo saúde-doença, afirma a saúde em sua positividade.

Assim, pode-se depreender que as práticas em saúde nos programas de Promoção da Saúde se referem a metodologias amplas e não atreladas diretamente à ideia de doença, quando se compreende que a palavra “promover” significa “dar impulso a; fomentar; originar; gerar” (Ferreira, 1986). Portanto, elas se assentam numa conceituação positiva que “dilata” a saúde à amplitude da própria vida. Esta última, entendida como circunscrita ao espaço e ao tempo no qual acontece a saúde e o adoecer, é um fenômeno complexo carregado de sentidos que extrapolem os limites da objetividade médico-científica.

Então, a partir da percepção de que: (a) o conceito de saúde se dissociou do binômio saúde/doença, ou seja, a saúde se tornou um conceito positivo; (b) este mesmo conceito se ampliou para além do conhecimento médico-científico; e (c) esta ampliação também expandiu a problematização da saúde para o campo dos determinantes sociais, pode-se compreender porque a I Conferência sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, buscou consolidar a saúde como “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (...). (Desta forma,) as pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidade” (Ministério da Saúde de Brasil, 2002, p.21).

É importante lembrar que no ano da Conferência de Ottawa, aproximava-se a promulgação da Constituição de 1988 e a sociedade brasileira já vivia as consequências de diversos movimentos sociais, entre eles os dos trabalhadores da saúde mental e do movi-

mento da educação popular de Paulo Freire, ocorridos há aproximadamente uma década e que contribuíram para a sedimentação e história da Psicologia Comunitária.

FORTALECIMENTO: UMA CONTRIBUIÇÃO FREIRIANA AO DISCURSO PROMOTOR DA SAÚDE

Na Promoção da Saúde, o termo *empowerment* está relacionado com as estratégias educacionais direcionadas ao gerenciamento da vida individual ou coletiva, baseando-se no “compromisso autêntico para ouvir as experiências de vida das pessoas, compreendendo estas experiências nas palavras que as pessoas usam para expressá-las e negociando ações mútuas para melhorar aquelas situações que as pessoas gostariam de alterar” (Rabelo, 2006, p.64).

Assim sendo, se faz importante ressaltar a aproximação desta concepção com a noção de fortalecimento, estabelecida por Paulo Freire. De acordo com este pensador, as relações que o homem trava no mundo e com o mundo caracterizam-se por sua temporalidade, ou seja, a capacidade que o homem tem de construir sua historicidade e emergir no tempo. Na medida em que emerge, suas relações com o mundo se impregnam de um sentido consequente, ele se integra ao seu contexto e responde aos desafios, se fortalece e se lança ao domínio da história e da cultura, tornando-se homem-sujeito (Freire, 2008).

No entanto, uma das grandes tragédias do homem moderno está na sua dominação pelos mitos criados por forças sociais poderosas. De fato, o homem vem involuntariamente renunciando cada vez mais à sua capacidade de decidir. As tarefas de seu tempo não são mais captadas por ele porque já lhes são apresentadas por uma “elite” que as interpreta e as transforma em receitas ou prescrições a serem seguidas. Então, quando ele julga que se salva as seguindo, perde-se no anonimato nivelador da massificação, reificando-se.

BREVE “RECORDATÓRIO” DE UMA PRÁTICA PROMOTORA DE SAÚDE EM PSICOLOGIA COMUNITÁRIA

Em nosso entender, a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva passa pela criação de políticas que considerem uma educação longitudinal para a saúde. Como o fenômeno do envelhecimento ocorre ao longo da vida, as estratégias de *empowerment* devem ser instrumentos de formação integral do indivíduo para o convívio em sociedade e para o atendimento às suas necessidades e aspirações.

Consoante com esta dimensão longitudinal da saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Ministério da Saúde Brasil, portaria nº 2.528/2006) reconhece que o envelhecimento bem sucedido só é possível “com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades” (Ministério da Saúde Brasil, portaria nº 2.528/2006, p.6).

Portanto, buscou-se criar um “grupo de convivência” voltado para idosos a partir da atividade acadêmica de estágio supervisionado. Por grupo de convivência, entendemos

um trabalho cujo sentido reside em integrar as várias dimensões do viver a partir da utilização de instrumentos de diferentes campos do saber (Zamora, 2004 *apud* Oberg, 2006), tais como as dinâmicas de acolhimento, de integração e o abraço de confraternização (Pilon, 1987), a observação-participante (Valladares, 2007) o resgate da história pessoal e da comunidade, algumas técnicas de relaxamento e a Dança Sênior® (Oliveira, Pivoto e Vianna, 2009).

Curiosamente, ao longo do tempo, as atividades passaram a contar com uma maior participação de mulheres com idades entre 35-60 anos e os encontros tomaram a forma de um “grupo de mulheres”, por meio de uma demanda criada na própria comunidade⁵. Esta mudança nos contornos originais da proposta nos chamou a atenção principalmente pelo fato de que no discurso das mulheres que passaram a integrar os encontros, observamos a existência de algumas crenças coletivas quanto ao lugar social da mulher na comunidade.

Dentre elas vale destacar o lugar negativo que a velhice ocupa no imaginário local, a ponto das participantes buscarem afirmar em todos os encontros iniciais o quanto elas se consideravam jovens “apesar da idade”, o que era invariavelmente acompanhado por atitudes e exemplos de “comportamentos jovens” tais como aulas de ginástica, malhação, as festividades comunitárias (carnaval, bailes), o cuidado com a auto-estima, a coragem para realizar suas tarefas diárias, a disposição para namorar, entre outras, como se estes comportamentos fossem “socialmente datados”.

Outra observação importante foi a percepção precoce da velhice, manifestada na opinião corrente do grupo o qual considerava idosa a mulher que se encontrasse à margem do desempenho reprodutivo e/ou produtivo social. Assim, uma pessoa era considerada velha, mesmo estando na faixa dos 30 anos, se não estivesse investindo na cadeia de produção familiar (na busca de parceiros e suas derivações) ou de produto (na busca de cursos, empregos e suas derivações).

Levando em consideração as peculiaridades da comunidade que apareceram durante os primeiros encontros, investiu-se na criação de um clima de confiança, afeto, transparência e respeito, propiciando um ambiente de receptividade. Assim, os encontros do grupo de mulheres de Muzema passaram a iniciar com o acolhimento seguido de uma atividade de relaxamento, alongamento e respiração, que funcionava como “quebra-gelo” e, ao mesmo tempo, como preparação para uma “experiência especial” de relação consigo e com o outro.

O segundo momento foi estruturado para ser o mais longo e considerado a parte mais importante. Nele, as integrantes se envolviam com um ou mais assuntos surgidos naquele espaço e os desenvolvia a partir de suas próprias experiências, resgatando a história de sua vida até ali, no contexto de uma história da comunidade. Este momento foi assentado em duas regras básicas e muito importantes em atividades de grupo, quais

5 Este grupo de mulheres foi compreendido no contexto de outras práticas realizadas no percurso do estágio nesta localidade. Segundo Oberg (2008), desde os primeiros contatos com as lideranças constatou-se a solicitação por atendimento psicológico somente para moradores mulheres e crianças. Tal indicação parece reveladora de muitos sentidos, tanto no tocante às relações interpessoais presentes na comunidade, quanto na reprodução de um sistema hierárquico da nossa sociedade.

sejam: (1) saber escutar o outro e aguardar sua vez; (2) falar de suas próprias experiências, respeitando as demais.

Por fim, o terceiro momento foi reservado para a parte lúdica e se dividiu em duas subpartes: (1) a Dança Sênior®, na qual o grupo ouvia uma determinada música e aprendia a coreografia correspondente, com o objetivo de que todos realizassem a dança em conjunto; e (2) o Abraço de Confraternização, momento no qual todos trocavam afetos positivos e no qual o facilitador agradecia a participação e a importância de todos para o desenvolvimento e o sucesso da atividade. É nesse momento que também eram comunicados os avisos e lembretes, caso fosse necessário.

Assim, o cuidado e a atenção despendidos pelo facilitador para o estabelecimento de relações afetivas minimamente estáveis entre os membros mostraram-se fundamentais para o desenvolvimento satisfatório das atividades desde o início dos encontros. Acredita-se também que tais relações foram capazes de revelar às integrantes, novas possibilidades de lidar com a sua história, seu passado, com os membros de sua família e consigo mesmas por meio da aprendizagem de “outras formas de ser humano” e de “como tratar o outro” a partir de um lugar seguro, de um espaço promotor de saúde.

O estabelecimento de uma rede de relações afetivas e efetivas pode ser constatado ao longo dos meses. Por ser um grupo de caráter aberto, ou seja, sem a obrigatoriedade de presença para a realização de atividades organizadas em módulos, blocos ou temas, observou-se uma flutuação no número e na frequência das integrantes. No entanto, estabeleceu-se um “núcleo-base” que assumiu um compromisso maior com os encontros, e que gradualmente passou a expor com mais confiança as angústias, dramas e dificuldades cotidianas, além também das alegrias, esperanças e conquistas, se permitindo ouvir e se envolver de forma menos superficial com as vivências cotidianas das demais.

Este pequeno núcleo permaneceu perseverante aos encontros e era composto por cinco mulheres, que se somaram e estreitaram os laços de amizade ao longo do tempo. Algumas já eram velhas conhecidas e seus caminhos haviam se separado num determinado momento por conta da própria vida, como foi o caso de Hortênsia e Macela, comadres e vizinhas de porta em outros tempos. Outras não se conheciam ou então apenas se viam na rua, como no caso de Açucena e Camomila e que, por meio dos encontros, tiveram oportunidade de se conhecerem para além de uma impressão. Houve ainda o caso de duas delas, Hortênsia e Dália, mãe e filha, que moravam juntas e apresentavam uma relação de cuidado específica (uma idosa dependente e sua cuidadora, respectivamente), permeada de grandes tensões, frustrações e expectativas de melhora.⁶

Ao longo dos vinte meses de duração do grupo de mulheres de Muzema, o facilitador pode ter contato e conhecer de perto um pouco mais da história de vida de cada uma, ao mesmo tempo em que a história da comunidade foi ganhando um contorno e saindo do âmbito das ideias pré-concebidas que todos temos com relação às áreas urbanas que conhecemos “de passagem”, como anúncios de outdoors que se desbotam com o tempo. Entretanto, não cabe aqui a pretensão de se traçar um desenho da história particular de

6 Os nomes das integrantes do grupo de mulheres de Muzema foram preservados por meio da utilização de pseudônimos relacionados à flora brasileira.

cada uma das integrantes. A intenção do trabalho não é esta, seu olhar se volta mais para um “futuro-coletivo”, mesmo que não se desconsidere a importância de cada uma e de sua história de vida.

Desta forma, observou-se que a afetividade foi fundamental durante o processo de construção e de desenvolvimento das atividades. O manejo da afetividade teve espaço e tempo para ser ensaiado, testado, desenvolvido e finalmente expresso nas fases que estruturaram os encontros, sobretudo nos momentos de diálogo, pois é nele que a comunicação se fez vida e foi fator de vivificação, o que torna o ato de dialogar um instrumento para se chegar a um fim, instigar a sabedoria, alimentar o sonho, possibilitar a mudança e a “rebeldia amorosa” (Freire, 1995).

Foi a partir da constituição de um lugar de reconhecimento social próprio, este espaço promotor de saúde, que houve o desencadeamento dos processos de *empowerment* individual e coletivo, o que permitiu o estabelecimento de uma trama conceitual entre a Psicologia Comunitária e a Promoção da Saúde.

Por meio do imbricamento destes saberes se desenvolveram atividades nos moldes de uma clínica ampliada com uma concepção positiva de saúde, que não só estruturou todo o trabalho desde o projeto inicial, como também fundamentou a observação e a análise de resultados alcançados, mesmo que de forma qualitativa e subjetiva.

Neste ponto, é importante esclarecer que não se adotou nenhum instrumento padronizado para a análise dos resultados, apesar de ter sido realizada a aplicação do teste QUASI (Perfil de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Idosos Independentes) desenvolvido por Lima e Portela (2010), o que não trouxe resultados conclusivos.

Foi na dimensão do corpo que mais se observaram mudanças, pois foi no modo como as integrantes chegavam ao grupo, permaneciam em interação e depois partiam para suas vidas que avaliamos algumas modificações no trato consigo mesmas e com o outro. Houve evidente mudança na aparência de grande parte delas, principalmente no que diz respeito ao auto-cuidado, o que indicou uma mudança inicial na concepção do próprio envelhecimento, já que este resultado pode ser observado principalmente naquelas mulheres que mais se consideravam velhas, ou seja, nos corpos que menos aparentavam ser cuidados.

Quanto às mudanças no cenário social, a postura “colaborativa” do facilitador junto ao grupo foi de grande importância para construir um espaço promotor de saúde que representasse também um lugar de resistência. Assim, foram observadas modificações na dinâmica relacional das integrantes para além das fronteiras do grupo, ilustradas pela nova prática de visitas domiciliares entre si e na solidariedade com as integrantes dependentes, particularmente Hortência e Macela, que revelavam a emergência de um novo olhar de empatia pelo outro, ao mesmo tempo em que contradiziam a opinião generalizante e fatalista de que, no mundo de hoje, ninguém se importa com ninguém e é “cada um por si e Deus por todos”, como no dito popular.

Assim, depreendemos que o trabalho na comunidade de Muzema através da utilização de estratégias de *empowerment* voltadas para um conceito de saúde ampliada, contribuiu para o surgimento embrionário de uma forma de relacionamento diferenciada que valoriza o papel do indivíduo e da comunidade na definição da sua própria saúde.

de. Desta forma, este trabalho implica em um investimento na aprendizagem de uma nova visão de si mesmo e do mundo que possa se constituir como uma possibilidade ao homem de se humanizar.

CONCLUSÃO

A Psicologia Comunitária que se desenvolveu na América Latina a partir de 1975 adotou um modelo ideal segundo o qual a comunidade assume a participação e as decisões acerca das situações que a afeta. Seu princípio básico é compreendido dentro da dimensão de um “crescimento comunitário” facilitado por agentes externos que atuam como promotores de serviço, mas não como gestores da ação. Nesse sentido, trata-se de uma Psicologia Social essencialmente política que visa à promoção de saúde, esta entendida de forma ampliada, e tendo por foco as estratégias de *empowerment* individual e coletivo.

Por sua vez, o envelhecimento populacional brasileiro iniciou-se em meados do século XX e atualmente desafia a habilidade de produzir estratégias de intervenção em saúde. Como o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo de toda experiência da vida humana, as estratégias de *empowerment* também devem estar voltadas para uma aprendizagem ao longo de toda a vida e ser capazes de preparar, tanto os indivíduos como as coletividades, para o enfrentamento das adversidades nas diversas fases da existência.

Assim, a intervenção em Psicologia Comunitária aqui proposta, ao procurar trabalhar com um grupo de moradoras de Muzema, busca ir ao seu encontro e construir, juntamente com elas, meios para integrá-las ao processo histórico do qual fazem parte. E é por esse motivo que este grupo surgido em Muzema procura estar comprometido com o *empowerment*. Dito de outra forma, o trabalho pretende tornar possível a emergência de soluções a partir do diálogo e da integração social das participantes.

Desta forma, acreditamos também que esta iniciativa possa vir a contribuir para retirar a psicologia de seu encapsulamento em práticas individualistas e elitistas e em teorias calcadas na ideologia liberal do capitalismo tardio, ao valorizar estratégias de trabalho que colaborem com o redirecionamento crítico e engajado da atenção do psicólogo para as dimensões coletivas, comunitárias, institucionais e sociais do saber e do fazer desta ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ansara, S. & Dantas, B. S. A. (2010). Intervenções psicossociais na comunidade: desafios e práticas. *Psicologia & Sociedade*, 22 (1), 95-103. Retirado a 23 de Março, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100012&lng=en&nrm=iso.

Arendt, R. J. (1997). Psicologia comunitária: teoria e metodologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10 (1), 7-16. Retirado a 16 de Maio, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279721997000100003&lng=en&nrm=iso.

- Arouca, A. S. S. (1975). *O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, Campinas, São Paulo.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. *Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2.528 de 19 de outubro de 2006*. Retirado a 6 de Agosto, 2009, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politic%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. Machado de Freitas (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 15-38). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia & C. Machado de Freitas (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 39-54), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ferreira, A. B. H. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Freire, P. (1995). *À sombra desta mangueira*. São Paulo: Editora Olho d'água.
- IBGE (2006). *Síntese dos indicadores sociais de 2006*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Retirado a 12 de Agosto, 2009, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoreminimos/sinteseindicsoais2006/indic_sociais2006.pdf.
- Lima, M. J. B. & Portela, M. C. (2010). Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (8), 1651-1662. Retirado a 14 de Outubro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000800018&lng=en&nrm=iso.
- Magalhães, J. C. R. & Miranda, R. B. (2009). Dinâmica da renda Per Capita, longevidade e educação nos municípios brasileiros. *Estudos Econômicos*, 39 (3), 539-569. Retirado a 21 de Março, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010141612009000300004&lng=en&nrm=iso.

- Oberg, L. P. (2006). O pesquisador na comunidade: reflexões sobre a valorização das pesquisas em ciências humanas. *Polêmica revista eletrônica*. UERJ, 1-9. Retirado a 16 de Maio, 2010, de http://www.polemica.uerj.br/pol21/oficinas/artigos/lipis_2.pdf.
- Oliveira, L. C., Pivoto, E. A. & Vianna, P. C. P. (2009). Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36. *Acta Fisiátrica*, 16 (3), 101-104. Retirado a 13 de Fevereiro, 2013, de <http://www.actafisiatrica.org.br/default.asp?ed=20>.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 15 (3), 375-388. Retirado a 23 de Março, 2011, de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311997000300002&lng=pt&nrm=iso.
- Pilon, A. F. (1987). Relações humanas com base em dinâmica de grupo em uma instituição de prestação de serviços. *Revista de Saúde Pública*, 21 (4), 348-352. Retirado a 27 de Maio, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101987000400009&lng=en&nrm=iso.
- Rabelo, L. S. (2006). *Promoção da Saúde: Desafio ou adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Centro de Pesquisa para as Américas/CEPPAC. Universidade de Brasília, Brasília. Retirado a 13 de Outubro, 2011, de <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/2480>.
- Sícoli, J. L. & Nascimento, P. R. (2003). Health promotion: concepts, principles and practice, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 7 (12), 91-112.
- Valladares, L. (2007). Os dez mandamentos da observação participante. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, 22 (63), 153-155. Retirado a 27 de Maio, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092007000100012&lng=en&nrm=iso.
- Veras, R. P., Ramos, L. R. & Kalache, A. (1987). Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 225-233. Retirado a 22 de Março, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101987000300007&lng=en&nrm=iso.

PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR NUM GRUPO DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO BASEADA NOS PRINCÍPIOS DO MINDFULNESS

M.P. Lima, J.J. Costa, C. Silva, M. Maia de Carvalho & P. Simões⁷

RESUMO

Neste artigo apresentam-se os resultados de uma intervenção que visa promover o bem-estar de um grupo de pessoas de idade avançada a frequentar um Centro de Dia da cidade de Coimbra. Trata-se de uma intervenção em grupo baseada nos princípios e nas técnicas de Mindfulness.

O Mindfulness consiste em prestar atenção à vivência do presente, momento a momento – sem se deixar ir à deriva dos pensamentos sobre o passado ou preocupações sobre o futuro, nem enredar em juízos ou opiniões sobre o que está a acontecer. Os resultados das investigações mostram que estas técnicas podem aumentar a alegria de viver, promover a aptidão de lidar com a doença e melhorar a saúde física e emocional. Técnicas baseadas no Mindfulness têm, por isso, sido usadas na intervenção com pessoas mais velhas (MacBee, 2008) e sugerem resultados eficazes.

Para avaliar os sujeitos da nossa investigação foram controlados os fatores: idade, nível de alfabetização, limitações cognitivas (MMSE, Folstein & Folstein, 1975), déficits sensoriais graves, depressão (GDS; Yesavage et al., 1983) e bem-estar (PANAS, Watson et al., 1988; SWLS, Diener et al., 1985).

O instrumento utilizado no início e no final de todas as sessões, tanto no grupo experimental como no grupo de controlo, foi o *Faces Scale, Wong-Baker – Visual Scale for pain intensity evaluation* (Wong et al., 2001) adaptado para o bem-estar.

A discussão dos resultados deste estudo contempla as implicações dos dados obtidos para a promoção do bem-estar e do desenvolvimento pessoal das pessoas de idade avançada.

Palavras-chave: Mindfulness, Grupo de desenvolvimento Pessoal, Pessoas idosas, Bem-Estar, Envelhecimento Ativo.

⁷ Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra

PROMOTING WELL-BEING IN A GROUP OF PERSONAL DEVELOPMENT THROUGH THE APPLICATION OF AN INTERVENTION BASED ON THE PRINCIPLES OF MINDFULNESS

ABSTRACT

In this paper we present the results of a mindfulness group intervention, which aimed to improve the well-being of institutionalized elderly people of a Day Centre of the city of Coimbra. Mindfulness consists in paying attention to the present, each and every moment — without entering in automatic pilot, without judging. Research data shows that this technics promote life enjoyment, the capacity to deal with disease and enhance physical and emotional health. Therefore, techniques based in Mindfulness have been used in the intervention with older people (MacBee, 2008) with good results.

To evaluate the participants of our sample we controled the factors: age, literacy level, cognitive (MMSE, Folstein & Folstein, 1975) and sensory impairments, depression (GDS; Yesavage et al., 1983) and well-being (PANAS - Positive and Negative Affect Schedule, Watson et al., 1988; SWLS - the Satisfaction with Life Scale, Diener et al., 1985).

The instrument used in the pre- and post-test data collection was the COOP/WONCA Charts, the Faces Scale, Wong-Baker – Visual Scale for pain intensity evaluation (Wong et al., 2001) adapted for well being.

The discussion of the results of this study comprises the implications of this data to the promotion of the well being of older people.

Key-Words: Mindfulness, Personal Development Group, Aged people, Well-being, active ageing.

INTRODUÇÃO

Os desafios que o envelhecimento populacional tem colocado à sociedade têm sido múltiplos. Progressivamente, a comunidade tem vindo a definir os seus contornos e a encontrar respostas sociais e políticas para esta nova realidade dinâmica. Na atualidade, a preocupação com a qualidade dos anos ganhos (Simões, 2006a) tem levado da sobrevalorização da avaliação para a ênfase crescente na intervenção. Tem-se vindo assim a observar um declínio das perspetivas assistencialistas a favor de intervenções holísticas que valorizam o dar poder, a atividade e a formação dos mais velhos. Neste cenário enquadra-se toda intervenção que visa promover o bem-estar das pessoas de idade avançada através da utilização das técnicas de *mindfulness*, sugerindo novas condutas e práticas que favoreçam o envelhecimento ativo e bem sucedido.

As pesquisas sobre intervenções baseadas no *mindfulness* dirigidas a pessoas idosas ainda são escassas. No entanto, este tipo de prática tem vindo a consolidar-se como uma abordagem que por si só, ou aliada a outras estratégias, acarreta inúmeras vantagens ao mesmo tempo que se enquadra dentro do paradigma da defesa da atividade e do controlo pessoal da pessoa que se encontra na idade avançada. Para além do seu valor terapêutico, o treino em *mindfulness* contém um valor educativo e transformativo, podendo ser especialmente importante para pessoas idosas, ao contribuir para o desenvolvimento dos recursos de *coping* e de auto apoio (Segal, Teasdale & Williams, 2002).

O objetivo do presente artigo é, por conseguinte, apresentar os resultados da aplicação de uma intervenção baseada nos princípios do *mindfulness* que visou promover o bem-estar de um grupo de pessoas idosas a frequentar um centro de dia da cidade de Coimbra e que foi estruturada à medida das necessidades, capacidades, recursos e limitações dos elementos do grupo.

Esta investigação pretendeu ainda contribuir para a validação da importância destas técnicas junto a adultos idosos no contexto institucional português, nomeadamente em domínios tão importantes como o do controlo pessoal, controlo da dor, do estado de saúde funcional, do aumento do afeto positivo e da perceção de bem-estar. No entanto, neste artigo apresentaremos apenas os dados relativos ao impacto da intervenção analisada através da *Faces Scale* adaptada ao bem-estar no pré e pós-teste e no grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC).

AS TÉCNICAS DE *MINDFULNESS* NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR EM IDADE AVANÇADA

O *mindfulness* é um conceito que tem as suas raízes nas práticas meditativas orientais (Budistas) e que consiste numa forma específica de (prestar) atenção. A sua prática requer a presença de três elementos-chave: 1) atenção concentrada no momento presente; 2) intencionalidade; e 3) ausência de julgamento (Kabat-Zinn, 1990; Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006).

É uma abordagem especialmente utilizada para lidar com o emaranhado de pensamentos e sentimentos sobre o passado ou o futuro, assim como sobre racionalizações que levam os sujeitos a perder o contacto com o que está a acontecer no momento presente e a viver num estado designado por “piloto automático” (Kabat-Zinn, 1990; Rejeski, 2008). Tal estado dificulta o lidar de maneira flexível com os acontecimentos do momento, sobretudo aqueles mais adversos e exigentes.

Na perspetiva de Bishop e colaboradores (2004, *in* Rejeski, 2008), o conceito de *mindfulness* inclui dois componentes principais. O primeiro - *Regulação intencional da atenção, focada na vivência imediata* -, implica a capacidade de manter a atenção sustentada e trocar o foco da atenção intencionalmente e de maneira flexível quando surge uma distração. Como resultado desta prática, a pessoa não fica presa na elaboração padronizada da experiência e das suas associações, que levam facilmente a processos de ruminação. Desta forma, a prática do *mindfulness* ao libertar recursos cognitivos permite processar diretamente uma maior variedade de acontecimentos (Oliveira et al., 2010).

O segundo componente referido pelos autores é a *Orientação para a experiência*, caracterizada por curiosidade, abertura e aceitação. Esta depende de uma decisão consciente de abandonar as tentativas de não viver o momento como este é, e de permitir que pensamentos, sentimentos e sensações se apresentem espontaneamente. É uma atitude recetiva frente à própria experiência. Ou seja, ao invés de se perceber a vida através de um filtro de crenças, suposições, expectativas e defesas, trabalha-se a atitude ligada a uma visão muito mais despreconceituosa da vivência do momento que se origina no contacto direto com a experiência. Esta prática, dada a sua natureza, leva à diminuição de estratégias de fuga e evitamento e dos estilos de *coping* repressivos (Smith, 2004; Vandenberghe & Sousa, 2006).

Um dos aspetos fundamentais do *mindfulness* consiste na importância dada ao corpo como palco da expressividade das emoções. Sentimentos como a tristeza, o desânimo ou a desesperança podem ser expressos não apenas como pensamentos, mas também como tendo efeito direto no corpo. Uma postura curvada, um peso ou aperto no peito, ou uma tensão nos ombros somatizam sentimentos, dos quais nem sempre estamos totalmente conscientes. Por outras palavras, os pensamentos, os sentimentos e as imagens relacionados com o passado, o presente e o futuro acionam reações em vários sistemas do corpo que podem levar à doença e à incapacidade (Segal, Teasdale & Williams, 2002; Rejeski, 2008). A atenção dirigida à consciencialização do corpo ajuda a alcançar uma forma mais eficiente de lidar com as emoções.

Na abordagem *mindfulness* o que é relevante é a riqueza da experiência do momento presente que é vivenciada por nós através dos sistemas sensoriais. Neste contexto, a mente é treinada para inibir o processamento semântico, para prestar atenção à experiência sensorial e para se abstrair das distorções que são criadas por conceitos mentais e imagens (Wallace & Shapiro, 2006). Neste sentido é que é muito útil para pessoas idosas, mais suscetíveis de sofrerem de degenerescência dos sistemas biológicos, e igualmente mais afetados por doenças crônicas, dor e incapacidade (Rejeski, 2008). O treino em *mindfulness* é um meio promotor de atividade física e, reciprocamente, a atividade física pode servir de veículo para cultivar uma perspectiva *mindfulness* na vida diária dos adultos mais velhos (Rejeski, 2008).

A abordagem *mindfulness* desafia o sujeito a aprender a relacionar-se com os pensamentos como entidades auto-construídas e não como verdades reais e exatas. Sendo os pensamentos considerados uma das principais causas do sofrimento, a perspectiva *mindfulness* contraria a tendência para lhes resistir e os reestruturar, conduzindo, antes, a pessoa a observá-los e aceitá-los como são – fenômenos transitórios não permanentes e que não definem o *self* (Greenberg & Padesky, 1995, in Rejeski, 2008).

De referir ainda que as emoções negativas e os sintomas físicos são importantes fatores de inibição na alteração do comportamento e, geralmente, estão associados a queixas na medicina geriátrica e na gerontologia. E, por conseguinte, é de toda a pertinência abordá-los nos programas de *mindfulness* com pessoas mais velhas. Neste enquadramento, a pessoa idosa é convidada a perceber as suas sensações e encorajada a notar como é que elas se expressam em sintomas físicos.

Embora a dor possa ter uma função adaptativa/protetora, muitas vezes, na população idosa, contribui fortemente para reduzir ou mesmo comprometer o funcionamento psicológico e físico. Desde que esta surge, a mente fica absorvida nas tentativas de aliviá-la, afastar-se ou ver-se livre dela, assim como de outros acontecimentos desagradáveis. Neste âmbito, alguns estudos têm apontado para o elevado potencial que a aceitação da dor tem, em termos de permitir diminuir a sua intensidade, bem como a incapacidade física e psicológica, sendo considerado mais eficaz do que o *coping* orientado para o evitamento (McCracken et al., 2004, in Rejeski, 2008). Além disso, as distorções cognitivas e afetivas que quase sempre surgem associadas aos estímulos dolorosos intensificam a experiência da dor (Wallace & Shapiro, 2006).

Os efeitos de práticas meditativas apontam de forma consistente para estados de bem-estar, decorrentes das alterações nos padrões elétricos das regiões corticais (aumento da coerência intra e inter-hemisférica), e constituem evidência de peso para afirmarmos que é possível melhorar o bem-estar na idade avançada (Kabat-Zinn, 1990; Brown & Ryan, 2003; Cahn & Polish, 2006).

Às vantagens das técnicas de *mindfulness* acrescentam-se as vantagens da sua utilização no contexto de um grupo de desenvolvimento pessoal. Existem inúmeras vantagens da intervenção em grupo com adultos de idade avançada. As principais razões (Lima, 2012), na perspectiva de Chiu (1999), prendem-se com o facto de a intervenção em grupo revelar eficácia e eficiência, a longo prazo; promover, mais facilmente, a adesão das pessoas mais velhas, em contexto institucional; constituir uma opção de tratamento mais

viável (dado o número crescente de pessoas idosas); apresentar um menor custo (são necessários menos profissionais e menos tempo para intervir com o mesmo número de pessoas); possibilitar, mais facilmente, o desenho de planos de investigação experimental sobre a intervenção; e acarretar, nalguns casos, ganhos a nível emocional e cognitivo superiores às intervenções feitas individualmente.

As vantagens terapêuticas referidas resultam, na perspetiva de Yalom (2005, 1985, 1970), dos 11 fatores 'terapêuticos' da terapia de grupo, que vão variando de importância em função da fase do processo terapêutico, e que passamos a elencar: dar esperança, universalidade, partilha de informação, altruísmo, recapitulação corretiva do grupo familiar primário, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, aprendizagem interpessoal, coesão, catarse e fatores existenciais. Estes grupos, ao serem abertos e ao promoverem um ambiente acolhedor e encorajador da participação em que as regras são construídas em conjunto,

METODOLOGIA

Objetivos

O objetivo principal desta investigação foi o de analisar o poder das intervenções baseadas no Mindfulness em grupo na promoção do bem-estar das pessoas idosas. Subjacente à intervenção encontra-se o pressuposto de que a facilitação do envelhecimento ativo, facultado pela participação num grupo de desenvolvimento pessoal, e da transformação pessoal (operacionalizados pela prática diária de *mindfulness*) permitem fazer face às fragilidades bio-psico-sociais que ainda se manifestam na geração das pessoas mais velhas em Portugal.

Neste sentido, o nosso estudo procurou validar a hipótese de que a intervenção em grupo baseada na abordagem *mindfulness* é eficaz na promoção do bem-estar de pessoas idosas a frequentar um centro de dia, visto que aumenta o afeto positivo, ajuda a estabelecer estratégias de *coping* para a dor, promove o controlo pessoal e melhora saúde funcional dos participantes. Neste artigo apresentaremos apenas uma parte dos resultados obtidos.

Para levar a cabo a presente investigação empírica utilizou-se um plano quase experimental com grupo controlo pré e pós-teste.

Instrumentos

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos para operacionalizar as diversas variáveis em investigação: *um Questionário de Dados Demográficos* com vista à recolha de informação demográfica relevante, tal como a idade, sexo, área de residência, estado civil, nível de escolaridade; o *Exame do Estado Mental (Mini-Mental State Examination – MMSE)* elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e validado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1993); a *Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS)* construída por Yesavage e colaboradores, em 1983, e validada para português por Guerreiro e colaboradores (2005); a *Escala de Afetividade Positiva e Negativa (Positive and Negative Affect Schedule ou PANAS)*, elaborada por Watson, Clark e Tellegen (1988), para avaliar a afetividade positiva (e.g., entusiasmo) e a afetividade

negativa (e.g., irritação, medo); a *Escala de Satisfação com a Vida* (*The Satisfaction with Life Scale – SWLS*) elaborada por Diener e colaboradores (1985), tendo-se utilizado a versão adaptada por Simões (1992); a *Escala de Faces* (*Faces Scale*)⁸ que foi elaborada por Wong e colaboradores (2001, in Carvalho & Kowacs, 2006).

Na Escala de Faces é solicitado ao sujeito que classifique a intensidade da sua dor, de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a ausência de dor é representada pela face alegre, a dor leve é representada através da face séria, a dor moderada corresponde à expressão pouco triste e triste, a dor forte corresponde à face cuja expressão é bastante triste e a face de choro corresponde à classificação “dor máxima”. Na nossa investigação é utilizado o mesmo procedimento (a escala de faces), que é muito bem aceite por pessoas idosas pouco escolarizadas, mas para a intensidade da sua avaliação subjetiva de bem-estar. A Escala que foi administrada ao grupo experimental antes e depois da aplicação do tratamento (entre 16ª sessão e a 26ª sessão) e ao grupo controlo no final de cada sessão de ‘estar na sala de convívio’ a decorrer ao mesmo tempo que a intervenção no grupo experimental. Considerámos pertinente a elaboração desta escala dado que necessitávamos de uma medida versátil e de um item único que nos permitisse avaliar as perceções subjetivas de bem-estar nos grupos controlo e experimental no decorrer das diferentes sessões da nossa investigação.

Amostra

A amostra deste estudo é composta por um grupo de 19 pessoas idosas de um centro de dia da cidade de Coimbra. De entre estes, 12 pertencem ao grupo experimental e 7 ao grupo controlo. O número total de sujeitos em cada grupo é maior, no entanto, para as estatísticas só foram contabilizadas as pessoas com mais de 70% de presenças nas sessões ou seja, 19 sujeitos. No grupo controlo a totalidade dos membros é do sexo feminino e, no grupo experimental apenas dois elementos são do sexo masculino. A média etária da amostra é de 78.57 anos com um desvio-padrão de 10.38 (mínimo = 43 e máximo = 89). No quadro 1 apresentam-se as estatísticas descritivas para as duas subamostras (do grupo controlo e grupo experimental).

	GRUPO DE CONTROLO	GRUPO EXPERIMENTAL	Total	Média
<i>N</i>	7	12	19	
<i>Idade</i>	72	82	78.57	
<i>Género</i>	7 Feminino	10 Feminino 2 Masculino	19	
<i>Anos de escolaridade</i>			3.3	

QUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS DUAS SUBAMOSTRAS (GRUPO CONTROLO E GRUPO EXPERIMENTAL).

8 Wong-Baker (2001). Visual Scale for Pain Intensity Evaluation. In D.L. Wong, M. Hockenberry-Eaton, D. Wilson, M.L. Winkelstein, P. Schwartz (Eds). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, 6/e, St. Louis, p. 1301. Copyrighted by Mosby, Inc. Reprinted by permission).

Procedimento

Os elementos da amostra estavam de antemão divididos em dois grupos – os que queriam participar num grupo de desenvolvimento pessoal e os que queriam apenas estar na sala de convívio a conversar, ver TV e a fazer renda e outros trabalhos manuais. Os primeiros fizeram parte do grupo experimental e participaram, uma vez por semana, ao longo de 26 semanas em sessões de grupo, com a duração de aproximadamente 90 minutos. As atividades do grupo de desenvolvimento pessoal tinham como objetivos trabalhar as relações interpessoais, prevenir o declínio mnésico e apoiar os diferentes elementos do grupo nalgum problema específico. Para tal, a intervenção consistia em atividades subdivididas nos componentes Movimento, Respiração, *Body scan*, Meditação, Atividades diárias, com o objetivo de promover uma atitude *mindfulness*. Os exercícios utilizados foram ajustados às condições físicas dos participantes. Concomitantemente, foram recomendadas aos sujeitos, várias vezes ao dia, práticas individuais de consciencialização do momento presente.

As sessões de grupo foram, maioritariamente, dirigidas por uma docente universitária, com formação em meditação *mindfulness*. O plano de atividades semanal foi flexibilizado, centrando-se mais no *body-scan* e no movimento *mindfulness sentado*, dada as condições físicas da maioria dos participantes. No entanto, tal como se encontra no trabalho de Kabat-Zinn (1990), isto não é um problema desde que os participantes sejam encorajados a focarem-se na sua experiência presente e enfatizados os diversos pilares atitudinais que dão suporte à meditação *mindfulness*, tais como, ter paciência, confiança, não-julgar, aceitar, desprender-se, deixar ir, estar aberto/ receptivo a todos os aspetos da vida.

Durante as primeiras semanas foram introduzidos alguns dos princípios básicos do *mindfulness*: reconhecer a tendência para estarmos em “piloto automático”, assumir um compromisso no sentido de aprender a sair do “piloto automático” e tornarmo-nos mais conscientes, fomentar uma postura de aceitação e gentileza para consigo próprio e os outros, procurar intencionalmente focalizar a atenção no corpo e ver o quão difícil/fácil isso pode ser (Smith, 2004).

No final das práticas era feito o ponto da situação das sessões, perguntando-se aos participantes como se estavam a sentir com o treino *mindfulness*.

Consecutivamente, ao longo de todo o programa foram introduzidos exercícios de movimento *mindfulness* nos quais os sujeitos foram convidados a focar a sua atenção e a abrir a sua consciência a cada movimento realizado. O *mindfulness* do movimento permite que os participantes aprendam a perder, pouco a pouco, as suas tendências habituais de posturas incorretas e/ou outros vícios posturais, a estarem no momento presente aceitando as suas limitações físicas, a aprender novas formas de estar consigo próprio através do trabalho de consciencialização corporal. Esta experiência física permite ainda realizar um trabalho paralelo com a experiência a nível emocional. Foram também feitos exercícios de respiração *mindfulness* nos quais os participantes eram convidados a dirigir a sua atenção para a respiração, sendo guiados para diferentes partes do corpo onde poderiam sentir a respiração (e.g., nariz, pescoço, peito, abdómen, diafragma, região abdominal).

Durante a intervenção, depois de um tempo inicial onde cada participante poderia expor alguma novidade ou preocupação, cada sessão obedeceu à seguinte estrutura:

aproximadamente 10 minutos de prática de *body scan* e meditação sentados, 20 minutos dedicados aos exercícios de movimento e/ou respiração *mindfulness* e por fim 10 minutos para discussão (iniciada com a questão: “Como se sentiram?”).

Neste artigo apenas analisaremos parte dos dados recolhidos nesta investigação. A saber, os referentes às sessões 16 a 26 onde foi passada a Escala de faces para o BE no início e no final da intervenção com o grupo experimental e no final no grupo controlo.

Resultados

Na tabela 1 e no gráfico 1 encontram-se os dados comparativos do BEi (Bem estar inicial) e BEf (Bem Estar final) das sessões 16 à 26 do Grupo Experimental. O BEi é o resultado da administração da Escala de Faces antes de iniciar a sessão e o BEf resultado da administração da Escala de Faces depois de decorrida a sessão.

SESSÕES	BEI SUJS	BEF SUJS	MÉDIAS		GANHO
			BEI 16-27	BEF 16-26	
16	10	8	3.6	4.1	0.5
17	8	7	2.9	4.3	1.4
18	7	6	2.7	3.3	0.6
19	7	8	4.4	4.1	-0.3
20	4	4	2.3	3.0	0.8
21	6	7	3.3	4.0	0.7
22	5	4	3.4	4.5	1.1
23	9	8	2.7	4.0	1.3
24	6	5	3.2	2.6	-0.6
25	8	7	3.9	4.9	1.0
26	7	4	3.1	4.5	1.4

TABELA 1: COMPARAÇÃO DO BE INICIAL E FINAL NO GRUPO EXPERIMENTAL

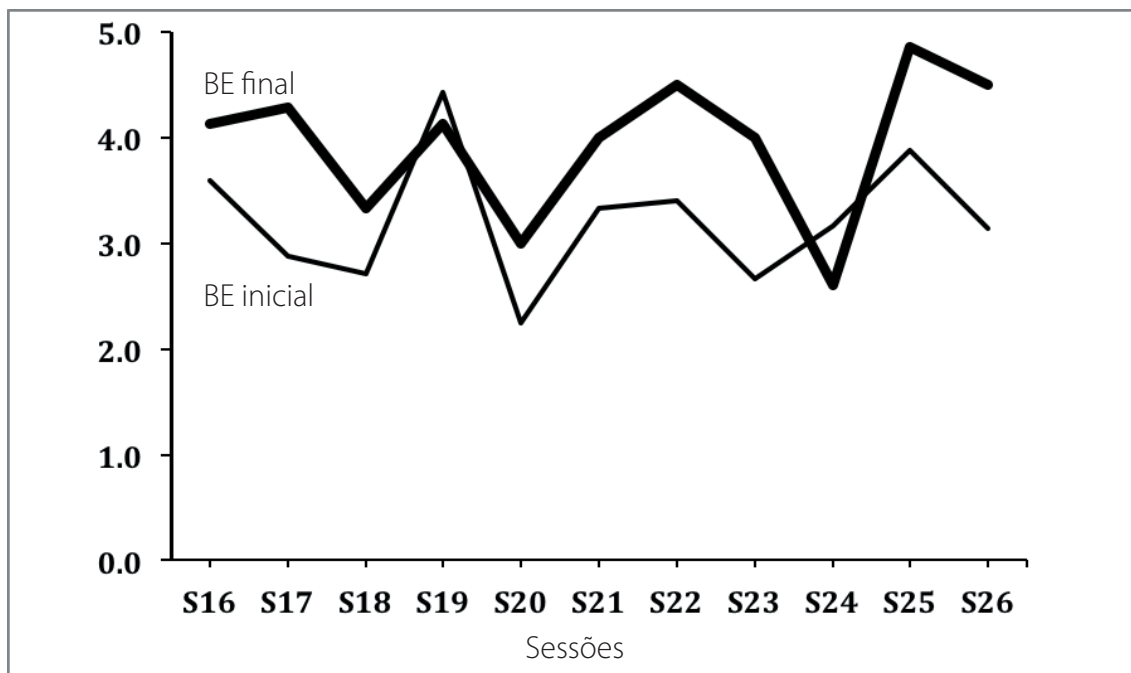


GRÁFICO 1: COMPARAÇÃO DO BE NO INÍCIO E FINAL DE CADA SESSÃO NO GRUPO EXPERIMENTAL

A comparação do BE no início e final de cada sessão mostra que existem resultados diversos. Assim, enquanto em 9 das 11 sessões se verificam melhorias estas apresentam valores muito diferentes entre um mínimo de 0.5 (sessão 16) e um máximo de 1.4 (sessão 26). Nas sessões 19 e 24 verifica-se uma diminuição do BE que embora residual (entre -0.3 e -0.6) convém tentar clarificar.

A prova estatística escolhida para comparar o BEi e o BEf no grupo experimental teve em conta dois aspectos: o tamanho da amostra que é pequena e o facto de se tratar de medidas repetidas. Neste sentido, escolhemos o teste Wilcoxon Signed-Rank que apresentamos na tabela 2.

TABELA 2: COMPARAÇÃO DO BE INICIAL E FINAL NO GRUPO EXPERIMENTAL USANDO O WILCOXON SIGNED-RANK

	COMPARAÇÃO DE RESULTADOS ENTRE SESSÕES									
	BEf17	BEf18	BEf19	BEf20	BEi21	BEi22	BEi23	BEf24	BEi25	BEf26
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	BEi17	BEi18	BEf19	BEi20	BEf21	BEf22	BEf23	BEi24	BEf25	BEi26
Exact Sig. (2-tailed)	.063	.625	.317	.250	.125	.500	.008	1.000	.125	.250

Os resultados da comparação do BE no grupo experimental entre o início e o fim das sessões demonstram que na maioria das sessões, embora positivas, as mudanças não atingem significância estatística. A única sessão em que a diferença é significativa é a 23 ($p < 0.01$).

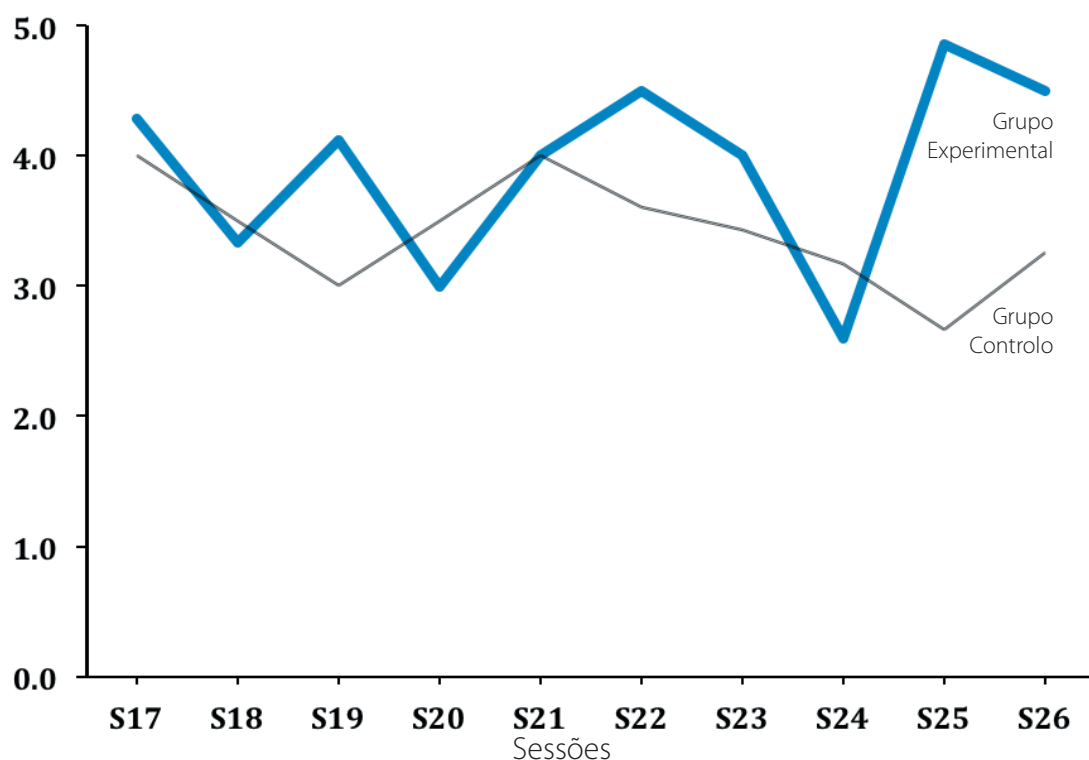


GRÁFICO 2: COMPARAÇÃO DO BE DO GRUPO DE CONTROLO E DO GRUPO EXPERIMENTAL NO FINAL DAS SESSÕES

A comparação do BE entre o grupo de controlo e o grupo experimental (medido sempre no final das sessões ao mesmo tempo que no grupo experimental) apresenta resultados diversos com sessões com valores próximos (sessão 21 e 17) contrastando com sessões com valores muito discrepantes (sessão 19, 22, 25 e 26). Salienta-se ainda que em três sessões o valor de BE é menor no grupo experimental que no grupo de controlo (sessão 18, 20 e 24) é igual na sessão 21.

TABELA 3: COMPARAÇÃO DO BE DO GE E GC

SESSÃO	BEF GEXP	BE GCONT	GANHO
S17	4.3	4.0	0.3
S18	3.3	3.5	-0.2
S19	4.1	3.0	1.1
S20	3.0	3.5	-0.5
S21	4.0	4.0	0.0
S22	4.5	3.6	0.9
S23	4.0	3.4	0.6
S24	2.6	3.2	-0.6
S25	4.9	2.7	2.2
S26	4.5	3.3	1.3

A análise estatística inferencial teve em conta o reduzido tamanho da amostra e o facto de se tratar de amostras independentes submetidas a medidas repetidas. A prova escolhida foi o teste de Kruskal Wallis que é o equivalente não paramétrico da ANOVA.

TABELA 4: COMPARAÇÃO DO BE DO GRUPO DE CONTROLO E DO GRUPO EXPERIMENTAL (NO FINAL DA SESSÃO) – VALORES EXATOS DE SIGNIFICÂNCIA DA DIFERENÇA

COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DAS SESSÕES										
	BE 17	BE 18	BE 19	BE 20	BE 21	BE 22	BE 23	BE 24	BE 25	BE 26
Test U, independent samples	1	1	.189	.353	1	.286	.189	.537	.014	.686

A análise dos dados da análise inferencial mostra que só existem diferenças estatisticamente significativas na sessão 25 ($p < 0.05$) e que nas restantes 10 sessões os dados são muito semelhantes.

Discussão e conclusões

A análise do BE no grupo experimental revelou uma grande dispersão nos resultados e, embora estes sejam mais elevados no pós-teste na maioria das sessões, os valores não atingem significância estatística. Exceção para a sessão 23 em que a diferença é significativa.

A comparação do BE entre o grupo de controlo e o grupo experimental (medido sempre no final das sessões) apresenta resultados também dispersos e apesar da maior tendência para valores mais elevados no GE só existem diferenças estatisticamente significativas na sessão 25.

Apesar da tendência dos nossos dados ser num sentido positivo, a verdade é que os valores encontrados têm pouca significância estatística. O reduzido tamanho da amostra pode explicar em parte o fraco poder dos resultados obtidos. Podemos também questionar-nos sobre a adequabilidade do instrumento por nós utilizado na medição do BE, deste ser muito dependente do tipo de personalidade do sujeito. A nossa opção por uma escala icónica deve-se ao facto desta ser mais fácil de entender por uma população de pessoas idosas pouco escolarizadas. Os dados obtidos contradizem também a avaliação subjetiva dos elementos do grupo que foi sendo partilhada ao longo das sessões. A questão que temos forçosamente de colocar é se efetivamente mudamos o bem-estar ou apenas outras variáveis relacionadas que não foram avaliadas como o controlo pessoal e a auto-estima. Em parte, algumas destas questões poderão ser melhor respondidas no final da nossa investigação com a administração do pós-teste final, ou seja, com a bateria de escalas que foram também administradas no início da investigação.

Tal como referimos na introdução, os pensamentos negativos, muito associados à sintomatologia depressiva, são uma das principais causas do sofrimento. Neste âmbito, os dados da literatura apontam para o *mindfulness* como uma abordagem que desafia o sujeito a aprender a relacionar-se com os pensamentos como identidades autoconstruídas, transitórias e não como reais ou necessariamente exatas ou definidoras do *self*. Esta perspetiva contraria assim a tendência para resistir aos pensamentos e para os modificar, pro-

curando antes desenvolver no sujeito uma atitude de atenção e de aceitação (Greenberg & Padesky, 1995, *in* Rejeski, 2008).

A manutenção do controlo e da auto-eficácia, considerada como a capacidade de auto-determinação e decisão sobre a própria vida, são aspetos básicos do envelhecimento ativo e saudável (Schulz, 1998, *in* Sardinha, 2008). Não há boa qualidade de vida sem que o indivíduo tenha um bom controlo sobre numerosos aspetos da sua vida, independentemente do seu nível de autonomia funcional.

Neste sentido é que a aprendizagem de técnicas de *mindfulness* por pessoas idosas desfavorecidas pode ser uma ferramenta muito útil. Porém, as restrições de tempo (sessões 1x por semana e não diárias devido a limitações institucionais e pessoais), de amostra, de instrumentos validados para pessoas idosas não escolarizadas, derivadas da panóplia da variáveis a ter em consideração numa intervenção em que são aplicadas técnicas muito diversas, dificultam a clareza dos resultados.

Contudo, reunir evidências empíricas mais consistentes, a acrescer ao corpo de investigação desta abordagem terapêutica e transformativa, é o desafio que se coloca à investigação e à intervenção com esta faixa crescente da população visto que aprender a viver 'no momento presente' é muito importante para pessoas idosas fragilizadas física e social e psicologicamente. Em suma, o desafio é tornar as nossas intervenções cada vez mais eficazes, bem como, a avaliação das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, C. N., Newman, E. J., Chandler, H. M., & Davies, J. L. (1989). Transcendental meditation, mindfulness, and longevity: An experimental study with the elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 950-964.
- Brown, K., & Ryan, R., (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Cahn, B. R., & Polish, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211.
- Galinha, I, & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2(23), 209-218.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Merriam, S. B., Caffarella, R. S., & Baumgartner, L. M. (2007). *Learning in adulthood: A comprehensive guide* (3ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

- Rejeski, W. (2008). Mindfulness: Reconnecting the body and the mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist*, 48(2), 135-141.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português* (1ª ed). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sardinha, L. (2008). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra: Universidade.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Simões, A. (1992). A EBS: Uma Escala para medir a dimensão temporal futura do bem estar subjectivo. *Psychologica*, 8, 13-25.
- Simões, A. (2006a). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, A. (2006b). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica*, 42, 25-43.
- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 423-430.
- Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L., (2006). Mental balance and well-being—Building bridges between Buddhism and western psychology. *American Psychologist*, 61, 690-701.

L'IMPACT PSYCHOSOCIAL DE L'ANOSOGNOSIE DANS LA DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER

Elodie Bertrand⁹, J. Landeira-Fernandez¹⁰ & Daniel Mograbi¹¹

RÉSUMÉ

L'anosognosie, ou manque de conscience de la pathologie ou des troubles associés, est un symptôme fréquent dans la démence de type Alzheimer. A travers une revue de la littérature, ce travail explore l'impact de ce phénomène sur le patient, les aidants, ainsi que les conséquences engendrées pour la société. Nous concluons ce travail en suggérant que l'anosognosie amplifie certains des problèmes les plus importantes des patients avec démence. Nous présentons enfin des perspectives pour la prise en charge des patients déments souffrant d'un manque d'insight de leurs déficits.

Mots-clés: Anosognosie, conscience des déficits, démence de type Alzheimer, impact psychosocial

9 Maître en Neuropsychologie Cognitive et Clinique de l'Université de Strasbourg. Est actuellement doctorante à PUC-Rio, explorant des thèmes comme la mémoire, la conscience et la métacognition chez des patients neurologiques, en particulier des personnes avec démence.

10 Docteur en Neurosciences Comportementales de UCLA. Est actuellement professeur-associé au Département de Psychologie de PUC-Rio. Ses principales lignes de recherche incluent l'étude des modèles animaux de l'anxiété, la validation d'instruments psychologiques et l'évaluation de patients neurologiques.

11 Docteur en Psychologie et Neurosciences de Institute of Psychiatry, King's College London. Est actuellement chercheur postdoctoral au Département de Psychologie de PUC-Rio, investigant des thèmes comme les émotions, la conscience et la mémoire chez des patients neurologiques, notamment des personnes avec démence.

O IMPACTO PSICOSSOCIAL DA ANOSOGNOSIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

RESUMO

A anosognosia, falta de consciência de uma doença ou de défices associados, é um sintoma frequente na Doença de Alzheimer. A partir de uma revisão de literatura, o presente trabalho explora o impacto deste fenómeno no paciente, nos cuidadores, bem como suas consequências sociais. Concluímos o trabalho sugerindo que a anosognosia amplifica alguns dos problemas mais importantes presentes em pessoas com demência, e, finalmente, apresentamos perspectivas para o cuidado de pessoas com demência com perda de insight sobre seus déficits.

Palavras-chave: Anosognosia, consciência da doença, Doença de Alzheimer, impacto psicossocial

THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF ANOSOGNOSIA IN ALZHEIMER'S DISEASE

ABSTRACT

Anosognosia, or lack of awareness of an illness or its related deficits, is a common feature in Alzheimer's disease. This literature review explores the psychosocial impact of this phenomenon in patients and caregivers, as well as its wider social consequences. We suggest that anosognosia amplifies some of the most important problems faced by people with dementia, and conclude by presenting new perspectives for the care of patients with loss of insight about their deficits.

Key-words: Anosognosia, awareness, Alzheimer's disease, psychosocial impact

HISTOIRE ET DÉFINITION DE L'ANOSOGNOSIE

Dès l'Antiquité, Sénèque décrit le cas d'une femme qui paraissait ignorer la cécité dont elle était atteinte : « Cette sottise femme a soudainement perdu la vue. Aussi incroyable que ça puisse paraître, ce que je vais te dire est vrai : Elle ne sait pas qu'elle est aveugle. » (Bisiach & Geminiani, 1991). Toutefois, c'est seulement à partir de la fin du XIX^{ème} siècle qu'on commence à trouver dans la littérature, de façon plus consistante, des descriptions de patients qui semblent ne pas se rendre compte des déficits qui les affectent : des patients aphasiques qui ne se rendent pas compte de leurs difficultés de langage (Wernicke, 1874), des patients atteints du Syndrome de Korsakoff dont le manque de conscience concerne leurs troubles mnésiques (Korsakoff, 1889) et des patients atteints de cécité corticale qui semblent ignorer de leur troubles visuels (Anton, 1899). Néanmoins, le terme anosognosie n'a été introduit pour la première fois par Babinski qu'en 1914 suite à l'observation de plusieurs patients hémiparétiques qui « ignoraient ou semblaient ignorer l'existence de la paralysie dont ils souffraient ». Étymologiquement, ce terme est d'origine grecque, se composant du préfixe *an-* privatif, de *nosos* signifiant maladie et de *gnôsis* se référant à la connaissance. Stricto sensu, le terme fait référence à la non-connaissance d'une pathologie par la personne qui en souffre (Garnier, Delamare, Delamare & Delamare, 1986).

Dans la littérature, les auteurs utilisent conscience altérée (*impaired awareness*) ou manque/absence/perte de conscience des déficits (*unawareness/reduced awareness of deficits*) comme synonyme de l'anosognosie. Il semble ainsi important d'expliquer l'utilisation du terme conscience dans le cadre de l'anosognosie. En effet, la conscience peut faire référence à divers états, avec différents niveaux de complexité. Dans son niveau le plus simple, elle correspond à un état d'excitation et d'alerte déterminé qui peut être mesuré, par exemple en utilisant l'Echelle de Coma de Glasgow (Teasdale et Jennet, 1974). À un niveau plus complexe, la conscience permet la comparaison entre un modèle, construit par le cerveau et ayant comme base les connaissances sur le monde, et les expériences actuelles. Les informations concernant ces expériences sont organisées en modules spécifiques, par exemple l'audition et la perception, qui sont distincts anatomiquement. Ainsi, en fonction de la région du cerveau qui porte la lésion, la perte de conscience peut affecter différents domaines, pouvant aller jusqu'au manque de conscience de la propre maladie, autrement dit l'anosognosie (Stuss, Rosenbaum, Malcom, Christiana & Keenan, 2005).

Riches de toutes les connaissances acquises dans le domaine depuis la présentation des travaux de Babinski en 1914, Kotler-Cope et Camp (1995) proposent une définition de l'anosognosie, mettant ainsi en relief toute la complexité de ce trouble : « l'anosognosie est une altération de la capacité à reconnaître la présence ou apprécier la sévérité des

déficits dans le fonctionnement sensoriel, perceptif, moteur, affectif ou cognitif ». Pour illustrer cette complexité dans l'atteinte de la conscience des déficits, on peut par exemple citer les travaux récents de Verhülsdonk, Quack, Höft, Lange-Asschenfeldt & Supprian (2013), qui ont mis en évidence, chez des patients atteints de la démence d'Alzheimer, ce qu'ils appellent « anosognosie affective », c'est-à-dire un défaut de conscience touchant également les symptômes affectifs, notamment dépressifs. Comme le soulignent également Morris et Mograbi (2012), l'anosognosie est donc un phénomène complexe qui doit se concevoir comme l'interaction de différents processus associés à la conscience, par exemple le contrôle du niveau de complexité des tâches quotidiennes, la transposition de ce contrôle sur la prise de décision et enfin l'abstraction de ces informations en croyances personnelles à un niveau plus permanent. Dans ce travail, l'expression manque d'insight sera aussi utilisée comme synonyme d'anosognosie.

En 1914, Babinski faisait déjà référence à la perte de conscience concernant la maladie, ou anosognosie, comme à un déficit neurologique. Actuellement, le terme d'anosognosie est largement accepté comme faisant référence à un trouble neurologique (Ecklund-Johnson et Torres, 2005), qui peut être retrouvé chez des patients souffrant de pathologies comme l'hémiplégie, l'hémianopsie, le syndrome d'Anton et les pathologies neurodégénératives (Stuss, 1991 ; Stuss et al., 2005 ; Rie, Schmitz, Trivedi, Gleason, Carlsson & Johnson, 2007 ; Mograbi, Brown & Morris, 2009). Cette condition est donc à différencier du déni, qui correspond à un mécanisme relevant de la psychopathologie (Gilmore, Heilman, Schmidt, Fennell & Quisling, 1992). En effet, le terme de déni a été proposé par Freud (1923) pour caractériser un mécanisme de défense par lequel le sujet nie la réalité d'un fait dont il a conscience mais qu'il ne peut accepter. Dans le domaine clinique, les praticiens soulignent l'existence d'une difficulté à faire la part des choses entre ce qui peut relever de l'anosognosie et ce qui peut être attribué à un mécanisme de déni (Seron & Van Der Linden, 2000). Cette distinction est d'autant plus difficile à faire que ces deux conditions ne sont pas exclusives, un patient présentant une anosognosie pouvant également montrer un certain degré de déni (Kotler-Cope & Camp, 1995). Néanmoins la distinction reste importante à faire car la prise en charge d'un patient présentant un degré d'anosognosie est différente de celle d'un patient dans le déni de sa maladie (Fleming & Ownsworth, 2006).

L'ANOSOGNOSIE DANS LA DÉMENCE

Le manque de conscience par rapport à la maladie ou aux difficultés cognitives est une caractéristique fréquente dans la démence, notamment dans la démence de type Alzheimer (DTA) (Agnew et Morris, 1998 ; Morris & Hannesdottir, 2004). Néanmoins, les chiffres concernant la prévalence de l'anosognosie dans la DTA sont très variables, pouvant aller de 23% à 75% en fonction de l'étude (Antoine, Antoine, Guermonprez & Frigard, 2004; Mograbi, Ferri, Sosa, Stewart, Laks, Brown & Morris, 2012b). Certains auteurs expliquent cette variabilité par la grande hétérogénéité des manifestations cliniques de cette condition mais aussi par les choix méthodologiques d'évaluations de l'anosognosie (Clare, 2004 ; Antoine, Antoine, Guermonprez & Frigard, 2004). En effet, dans la littérature,

on retrouve principalement trois méthodes permettant la mesure de l'anosognosie chez les patients atteints par la DTA : l'évaluation par le clinicien lui-même, la comparaison entre l'évaluation des capacités faite par le patient et celle faite par son soignant (Subjective rating Discrepancy) et enfin la comparaison entre les prédictions du patient concernant une tâche et ses performances effectives (Objective judgement discrepancy) (Clare, 2004 ; Verhülsonk et al., 2013).

Malgré les différences méthodologiques et conceptuelles, les études semblent néanmoins concorder sur le fait que l'anosognosie au cours de la maladie d'Alzheimer est un symptôme complexe, variable dans sa présentation (Amanzio, Torta, Sacco, Cauda, D'Agata, Duca & Geminiani, 2011 ; Howorth & Saper, 2003), aussi bien d'un patient à l'autre qu'au cours de l'évolution de la pathologie chez un même patient. En effet, les patients atteints de DTA peuvent ne pas avoir une atteinte globale la conscience des déficits, tous les domaines fonctionnels n'étant pas forcément touchés (Kotler-Cope & Camp, 1995). Morris & Mograbi (2012) relèvent également que, quelque soit la méthode d'évaluation utilisée, les études démontrent la présence d'anosognosie dès les premiers stades de la DTA et même dans les phases prodromales, tel que le Mild Cognitive Impairment. Dans une revue, Ecklund-Johnson & Torres (2005) soulignent que la non-conscience des déficits apparaît progressive avec le temps, aussi bien par l'augmentation du nombre de fonctions impliquées et que par la progression de l'écart entre l'évaluation des capacités faite par le patient et celle faite par l'aidant.

La prévalence, tout comme les mécanismes fonctionnels et anatomiques de l'anosognosie sont encore fortement débattus dans la littérature. Néanmoins, les auteurs concordent sur le fait que le manque de conscience de la pathologie ou des troubles associés engendre un impact négatif sur le patient mais aussi sur les aidants et par conséquent, entraîne des coûts supplémentaires pour la société.

IMPACT DE L'ANOSOGNOSIE DANS LE CADRE DE LA DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER

Vivre avec la maladie d'Alzheimer est difficile pour le patient, mais a également un impact important sur la vie quotidienne des proches et les aidants. La présence d'anosognosie ajoutée à ce tableau clinique entraîne des difficultés supplémentaires ayant d'importantes implications dans le fonctionnement quotidien et la qualité de vie des patients. Ce manque de conscience de la pathologie ou des difficultés cognitives chez le patient avec démence va également avoir un impact surajouté sur les aidants et également entraîner des coûts additionnels pour la société.

IMPACT DE L'ANOSOGNOSIE POUR LE PATIENT

Il est clairement rapporté dans la littérature que la démence entraîne un impact fortement négatif sur la qualité de vie des patients (Hurt, Barnerjee, Tunnard, Whitehead, Tsola-

ki, & Mecocci, 2010). L'analyse de groupes de parole de patients DTA a mis en évidence que la prise de conscience des déficits et des limitations est un facteur important impactant négativement la qualité de vie car elle suscite chez les patients de l'anxiété, de la gêne, de l'humiliation par rapport aux autres (De Coster & van Audenhove, 2008). Les auteurs se sont alors logiquement attachés à évaluer la relation entre la qualité de vie et l'anosognosie chez les patients atteints de démence. Différentes études ont montré que chez les patients avec une démence modérée ou avancée, le manque de conscience vis-à-vis de la pathologie ou des déficits entraîne une évaluation plus positive de la qualité de vie de ces patients (Hurt et al., 2010 ; Conde-Sala, Reñé-Ramírez, Turró-Garriga, Gascón-Bayarri, Campdelacreu-Fumadó, Juncadella-Puig & Garre-Olmo, 2013a ; Conde-Sala et al., 2013b). La relation entre anosognosie et dépression est très discutée dans la littérature : certains auteurs affirment que l'anosognosie est associée à la présence de symptômes dépressifs plus importants (Harwood, Sultzer & Wheatley, 2000; Kashiwa, Kitabayashi, Narumoto, Nakamura, Ueda & Fukui, 2005), alors que d'autres études montrent que la dépression est plus commune quand la conscience de la pathologie est préservée (Aalten, Valen, Vugt, Lousberg, Jolles & Verhey, 2006 ; Agnew & Morris, 1998). Dans une étude de 2003, Howorth et al. ont montré qu'un défaut de conscience des déficits est relié à de la frustration à court terme, à un mécontentement continu, à de l'anxiété et à des comportements défensifs. Néanmoins, certains auteurs mettent en garde quant à l'interprétation des données concernant l'auto-évaluation de qualité de vie par les patients atteints de démences, données qui apparaissent comme peu fiables (Berwig, Leicht & Gertz, 2008 ; Ready, Ott & Grace, 2006). Si l'effet de l'anosognosie sur la qualité de vie des patients atteints de démence est encore discuté dans la littérature, l'impact sur la sécurité, sur la médication, et sur la demande d'aide faite par les patients possède des bases plus solides.

Les patients atteints de démence présentent un plus grand risque d'exposition à des situations dangereuses, ceci étant lié, entre autres, aux déficits cognitifs dont souffrent ces patients (Starkstein, Jorge, Mizrahi, Adrian & Robinson, 2007). Les difficultés mnésiques peuvent par exemple entraîner un risque d'intoxication médicamenteuse, le patient ne se souvenant plus qu'il avait déjà pris ses médicaments ou un risque de brûlure, le patient ne se rappelant pas de devoir éteindre le feu de la gazinière. Pour essayer de palier à certaines difficultés rencontrées par ces patients, des plans d'interventions cognitives se basent sur la mise en place de stratégies compensatoires, comme l'utilisation d'un agenda (Quittre, Olivier & Salmon, 2005). Différents auteurs ont montré que les patients déments présentant également un manque d'insight sont plus enclin à s'engager dans des activités pouvant entraîner un risque pour eux-mêmes ou pour les autres (Seltzer, Vasterling, Yoder & Thompson, 1997), par exemple les patients qui décident de continuer à conduire alors que leurs capacités cognitives ne leur permettent plus d'effectuer cette activité en toute sécurité (Cotrell & Wild, 1999 ; Wild & Cotrell, 2003; Starkstein, Jorge, Mizrahi, Adrian & Robinson, 2007) ont appuyé cette hypothèse en montrant un lien significatif entre la présence de comportements dangereux chez la personne avec DTA et la présence d'anosognosie chez ces patients. Ces auteurs expliquent cette augmentation de la prise de risque en supposant que les patients déments présentant aussi un degré d'anosognosie ne mettent pas en place les stratégies adaptées à la situation et leurs difficultés n'ayant pas conscience de

ces difficultés et ne tiennent pas compte des conseils qui leur sont donnés par les aidants (Al-Aloucy, Cotteret, Thomas, Volteau, Benmaou & Dalla Barba, 2011). Néanmoins, une étude a montré que les patients avec DTA n'ayant pas conscience explicitement de leurs déficits présentent réaction émotionnelle face à l'échec, suggérant une évidence potentielle d'adaptation implicite chez ces patients (Mograbi, Brown, Salas & Morris, 2012a). En résumé, la présence d'anosognosie chez les patients avec DTA semblerait intensifier les comportements à risque dans cette population, bien que les mécanismes sous-tendant ce phénomène restent à déterminer.

La consommation médicamenteuse augmente avec l'âge. En effet, selon une Auvray & Sermet (2002), le nombre de médicaments différents consommés par jour passerait de 3,3 pour une personne de 65 à 74 ans à 4,6 pour une personne âgée de plus de 85 ans. La question de la médication chez les personnes âgées et par conséquent, chez le sujet avec démence semble donc relevante. Dans la littérature, nous retrouvons un lien entre la présence d'anosognosie chez les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer et les difficultés liées à la médication. Cet impact négatif du manque de conscience de la pathologie touche trois aspects du traitement médicamenteux chez la personne avec démence : la prise de décision concernant l'approche thérapeutique, la compliance au traitement et la gestion de la médication.

Les capacités de décision ont été conceptualisées selon quatre composantes : la compréhension qui fait référence à la capacité à comprendre les informations relevantes à la prise de décision, l'appréciation qui est liée à la capacité à appliquer ces informations à sa propre situation, le raisonnement qui est la capacité à considérer et comparer les conséquences potentielles de différentes décisions et l'expression du choix qui relève de la capacité à communiquer un choix stable (Appelbaum & Roth, 1982 ; Cosentino, Metcalfe, Cary, De Leon & Karlawish, J. 2011). Les capacités de prise de décision, notamment concernant le traitement médical, est une habilité touchée par la Maladie d'Alzheimer dès les premiers stades de la pathologie. En effet, une étude a montré que la détérioration des capacités de décision liées à la médication pouvait être présente avant que le diagnostic clinique de démence soit posé (Lui, Lam, Chau, Fung, Wong, Leung, & Appelbaum, 2012). Les difficultés de prise de décision chez les patients avec démence concernent la compréhension des informations, la prise en considération de ces informations selon sa condition et le raisonnement sur ces informations (Huthwaite, Martin, Griffith, Anderson, Harrell & Marson, 2006 ; Okonkwo, Griffith, Belue, Lanza, Zamrini, Harrell, & Marson, 2007). Les auteurs concordent sur le fait que la présence d'anosognosie chez les patients avec démence est fortement reliée aux difficultés de raisonnement et d'appréciation des informations médicales. Ainsi les patients avec DTA présentant un certain degré d'anosognosie sont particulièrement à risque de présenter des difficultés concernant la prise de décisions médicales (Huthwaite et al., 2006 ; Cosentino et al., 2011).

La compliance (ou adhésion) au traitement renvoie à la notion de respect strict des prescriptions médicales concernant le contenu, la posologie et les horaires des prises médicamenteuses. En comparaison aux personnes âgées sans démence, les patients avec DTA semblent plus de ne pas observer de façon optimale les prescriptions médicamenteuses. Les auteurs expliquent ce risque accru par la diminution de capacités cognitives,

mnésiques et exécutives, le patient n'arrivant pas à mémoriser et à mettre en place les instructions fournies par le médecin (Arlt, Lindner, Rösler & Renteln-Kruse, 2008 ; Novella, Sanchez & Prudent, 2011). La compréhension de la nécessité thérapeutique est aussi soulignée comme étant un facteur contribuant à la non-adhésion à la médication. En effet, l'observance du traitement peut être compromise par le fait que le patient n'a pas conscience de sa pathologie et des déficits associés. Arlt et al. (2008), dans une revue, ont mis en avant que le manque de conscience de la maladie par les patients avec DTA est un facteur entraînant un risque plus marqué pour une non-adhérence au traitement.

Les patients souffrant de démence rencontrent des difficultés dans la gestion des médicaments en raison des troubles cognitifs, notamment mnésiques. La mise en place de stratégie de compensation, comme l'utilisation d'un pilulier peut aider les patients à continuer à gérer la prise du traitement. Pour les patients présentant un degré d'anosognosie, une étude a montré clairement un lien entre la conscience des difficultés cognitives et les difficultés de gestion des médicaments. En effet, les patients déments avec et sans anosognosie présentent une capacité diminuée à gérer la prise du traitement mais le manque de conscience concernant les déficits cognitifs est le facteur premier influençant cette capacité (Cosentino et al., 2011). Comme le soulignent ces mêmes auteurs, les patients qui présentent aussi une anosognosie ont également de la difficulté à apprécier les avantages de recevoir de l'assistance pour la gestion des médicaments.

Différents auteurs ont montré que le manque de conscience concernant les déficits cognitifs, comportementaux et fonctionnels peut compromettre les capacités de la personne avec DTA à vivre de façon indépendante en sécurité (DeBettignies, Mahurin & Pirozzolo, 1990 ; Wild & Cotrell, 2003). L'anosognosie est, en effet, un facteur entraînant la nécessité d'une prise en charge par la famille ou institutionnalisation plus précoce des personnes avec démence (Horning, Melrose & Sultzer, 2013 ; Steele, Rovner, Chase & Folstein, 1990).

IMPACT DE L'ANOSOGNOSIE POUR LA FAMILLE ET LES AIDANTS

Lorsque le patient avec démence ne peut plus vivre seul de façon sécuritaire, dans près de trois quarts des cas, la famille ou un aidant prend le relais afin de permettre au patient de rester à domicile (Alzheimer's Association, 1997). S'occuper d'une personne présentant une DTA est une charge difficile pouvant aller jusqu'à ce que l'on appelle le fardeau de l'aidant (caregiver burden).

Le fardeau (ou épuisement) de l'aidant est défini comme « les problèmes physiques, psychologiques ou émotionnels, sociaux et financiers qui peuvent être rencontrés par un membre de la famille qui s'occupe d'un adulte âgée présentant des altérations » (Rymer, Salloway, Norton, Malloy, Correia & Monast, 2002 ; George & Gwyther, 1986). L'épuisement de l'aidant est déterminé par différents facteurs : des facteurs liés au patient (avancé de la pathologie neurodégénérative, comorbidités présentes...), des facteurs liés à l'aidant (capacités physiques, caractéristiques sociales, habileté à faire face aux difficultés, etc) et des variables environnementales (ressources financières et qualité du support sociale, entre autres) (Rymer, Salloway, Norton, Malloy, Correia & Monast 2002 ; Turro-Garriga et al., 2013).

Les études effectuées au cours des 20 dernières années ont clairement mis en évidence un lien entre la présence d'anosognosie et le fardeau de l'aidant (DeBettignies et al., 1990 ; Seltzer et al., 1997 ; Rymer et al., 2002 ; Clare et al., 2011 ; Turró-Garriga, Garre-olmo, Vilalta-Franch, Conde-Sala, Blanco & López-Pausa, 2013). Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, les études ont montré que le manque de conscience des déficits joue un rôle plus important dans la survenue de l'épuisement de l'aidant que la durée de la maladie ou encore que la sévérité des troubles cognitifs (Seltzer et al., 1997 ; Rymler et al., 2002 ; Al-Aloucy et al., 2011). Les problèmes comportementaux et les difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne sont deux facteurs qui semblent déterminer le fardeau de l'aidant (Rabins et al., 1982 ; Rymer et al., 2002, Turró-Garriga, Garre-Olmo, Vilalta-Franch, Conde-Sala, Gracia Blanco & López-Pousa, 2013). Or les études montrent que les symptômes neuropsychiatriques, dont la présence de comportements aberrants, d'agitation et d'apathie sont positivement corrélés avec la présence d'anosognosie chez les patients avec démence (Spaletta, Girardi, Caltagirone & Orfei, 2012). En effet, selon Al-Aloucy et al. (2011), l'anosognosie peut être vue comme le générateur de troubles comportementaux qui eux contribuent à l'apparition du fardeau de l'aidant professionnel ou familial.

La survenue de l'épuisement de l'aidant a, par définition, un impact direct sur la qualité de vie de cet aidant, en entraînant anxiété, détresse émotionnelle et dépression (Teri, 1994). L'impact négatif indirect sur l'évolution des troubles cognitifs et comportementaux du patient a également été montré dans la littérature (Dunkin & Anderson-Hanley, 1998). Lorsque l'aidant n'est plus à même de prendre soin du patient avec démence à domicile, une institutionnalisation peut être envisagée de façon plus précoce, ceci engendrant des coûts supplémentaires pour la société (Horning, Melrose & Sultzer, 2013 ; Steele et al, 1990).

IMPACT DE L'ANOSOGNOSIE POUR LA SOCIÉTÉ

Comme nous l'avons déjà vu en rapport avec le fardeau de l'aidant, la présence d'anosognosie entraîne des coûts additionnels pour la société. Malgré des variations importantes du coût de la maladie d'Alzheimer en fonction du pays (Bonin-Guillaume, Zekry, Giacobini, Gold, & Michel, 2004), cette condition reste une pathologie très coûteuse pour la société comme le montre différentes études économiques (Bloom, Pouvourville & Straus, 2003). En effet, selon Schumock (1998), la maladie d'Alzheimer serait la troisième maladie revenant le plus cher aux États-Unis, où les coûts des différentes démence sont estimés à près de 200 milliards par an (Stefanacci, 2001). Les études économiques concernant les dépenses pour les patients avec démence divisent les coûts en : Coûts directs médicaux et non-médicaux, par exemple l'institutionnalisation, coûts indirects médicaux qui correspondent par exemple aux comorbidités comme les troubles du comportement et coût intangibles concernant le retentissement psychosocial de la démence, comme la charge pour l'aidant. L'anosognosie augmente les dépenses de la société dans ces trois sphères.

Les patients déments présentant aussi un degré d'anosognosie sont, comme nous l'avons montré plus haut, plus à risque de se mettre dans des situations de danger. Cette prise de risque engendre une augmentation de soins médicaux. On peut par exemple ci-

ter les patients avec DTA et anosognosie qui ont de la difficulté à gérer la médication. Des erreurs dans la prise du traitement peuvent entraîner des hospitalisations pour chutes, surdosage médicamenteux, etc, majorant les coûts direct médicaux pour la société concernant les dépenses en soins de santé des patients avec démence.

Nous avons également vu que l'anosognosie est considéré par certains auteurs comme le déclencheur de troubles du comportement qui entraîne épuisement de l'aidant et institutionnalisation précoce. L'aidant d'un patient avec DTA est source de nombreuses dépenses. En effet, les études ont montré que les aidants de patients avec démence nécessitent de plus de soins médicaux, notamment pour dépression et stress, qu'en comparaison à un groupe contrôle appareillé pour les variables démographiques (Schumock, 1998 ; Haley, 1997). Or la dépression de l'aidant est augmentée par la présence d'anosognosie (Teri, 1994). L'institutionnalisation des patients avec démence représente un des secteurs de dépense les plus importants (Bonin-Guillaume et al., 2004 ; Wimo & Jönsson, 1998) et selon Stefanacci (2011), retarder le moment du placement en institution des patients avec DTA permettrait d'économiser plus de 2000USD par mois par patient. Par conséquent, la présence d'un manque de conscience des difficultés serait un facteur accentuant les coûts de la démence pour la société.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE

La démence de type Alzheimer est la forme la plus commune de démence chez la personne âgée qui entraîne des conséquences émotionnelles, financières et sociales pour le patient mais aussi pour ses proches. Les coûts de la démence pour la société sont très importants et avec le vieillissement de la population et par conséquent, l'augmentation de la prévalence de la démence, ces coûts sont en constantes croissances (Wimo, Winblad, & Jönsson, 2010). L'anosognosie est une caractéristique fréquente de la DTA qui va avoir un impact négatif sur le patient et ses proches mais également engendrer des coûts supplémentaires pour la société.

En effet, les études ont montré que la présence d'anosognosie est corrélée à une augmentation des comportements à risque (Starkstein et al., 2007), des difficultés concernant la compliance au traitement et la gestion de la médication (Kashiwa, Kitabayashi, Narumoto, Nakamura, Ueda & Fukui, 2005 ; Arlt et al., 2008 ; Cosentino et al., 2011). L'amplification de ces troubles par le manque de conscience de la pathologie par les patients déments va avoir un impact sur l'aidant du patient, le phénomène de « fardeau de l'aidant » étant fréquemment associé aux troubles du comportement générés par l'anosognosie (Turro-Garriga et al., 2013 ; Al-Aloucy et al., 2011). L'institutionnalisation des patients déments présentant un déficit de conscience des troubles est plus précoce que celle des patients pleinement conscients de leurs difficultés (Horning et al., 2013). L'institutionnalisation précoce, les soins médicaux supplémentaires pour les patients qui se sont mis en danger mais aussi pour les aidants qui arrivent à un stade d'épuisement amplifient les coûts pour la société. Seltzer et al. (1997) soulignent également que l'anosognosie a des implications pour des questions pratiques, comme les compétences légales des patients (par exemple

pour le consentement au traitement de ces patients), le possibilité de réhabilitation et les options de traitement pour cette population.

Les perspectives de prise en charge des patients déments avec anosognosie peuvent être envisagées selon deux approches. Tout d'abord, un travail sur les capacités d'insight concernant les déficits pourrait être développé. Al-Aloucy et al. (2011) proposent, pour améliorer la conscience des déficits chez les patients avec DTA, des interventions centrées sur la gestion de l'anxiété car il a été montré que l'anxiété serait liée aux capacités d'insight par rapport à ses propres difficultés (Clare, 2007). Une autre approche afin de diminuer l'impact de l'anosognosie serait de travailler sur les facteurs entraînés par ce manque de conscience de la pathologie ou des déficits associés. Un travail sur les troubles du comportement générés par le manque d'insight pourrait permettre de diminuer le phénomène de « fardeau de l'aidant », de retarder l'institutionnalisation et par conséquent réduire les coûts pour la société. Trois axes de prise en charge ont été montrés comme effectives pour les troubles du comportement de la personne démente : les thérapies cognitives, les thérapies psychosociales et la stimulation sensorielle (Gardette, Coley & Andrieu, 2010). D'autre part, la psychoéducation auprès des aidants de personnes avec DTA a montré un impact positif sur l'apparition des troubles du comportements chez le patient et pour conséquent à aider à diminuer les risques de survenue de l'épuisement chez ces aidants (Corbett, Stevens, Aarsland, Day, Moniz-Cook, Woods & Ballard, 2012).

En conclusion, d'autres études sont nécessaires afin de mieux comprendre l'anosognosie et les facteurs qui entrent en jeu. Ce thème est relevant pour son implication dans la qualité de vie des patients et de leurs proches mais également pour l'impact, notamment financier, sur la société.

RÉFÉRENCES

- Aalten, P., Valen, E., Vugt, M. E., Lousberg, R., Jolles, J., & Verhey, F. R. J. (2006). Awareness and behavioral problems in dementia patients: a prospective study. *International psychogeriatrics / IPA*, 18(1), 3–17.
- Anton G. (1898). *Ueber Herderkrankungen des Gehirnes, welche von Patienten selbst nicht wahrgenommen werden*, Wiener Klinische Wochenschrift; 11:227–229.
- Agnew, S. K., & Morris, R. G. (1998). The heterogeneity of anosognosia for memory impairment in Alzheimer's disease: A review of the literature and a proposed model. *Aging & Mental Health*, 2(1), 7–19.
- Al-Aloucy, M. J., Cotteret, R., Thomas, P., Volteau, M., Benmaou, I., & Dalla Barba, G. (2011). Unawareness of memory impairment and behavioral abnormalities in patients with Alzheimer's disease: relation to professional health care burden. *The journal of nutrition, health & aging*, 15(5), 356–360.

- Amanzio, M., Torta, D. M. E., Sacco, K., Cauda, F., D'Agata, F., Duca, S., & Geminiani, G. C. (2011). Unawareness of deficits in Alzheimer's disease: role of the cingulate cortex. *Brain: a journal of neurology*, 134(Pt 4), 1061-1076.
- Antoine, C., Antoine, P., Guernonprez, P., & Frigard, B. (2004). Awareness of deficits and anosognosia in Alzheimer's disease. *L'Encéphale*, 30(6), 570-577.
- Appelbaum, P. S., & Roth, L. H. (1982). Competency to consent to research: a psychiatric overview. *Archives of general psychiatry*, 39(8), 951-958.
- Arlt, S., Lindner, R., Rösler, A., & von Renteln-Kruse, W. (2008). Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. *Drugs & aging*, 25(12), 1033-1047.
- Auvray, L., & Sermet, C. (2002). Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. *Gérontologie et société*, 103(4), 13-27.
- Berwig, M., Leicht, H., & Gertz, H. J. (2009). Critical evaluation of self-rated quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease--further evidence for the impact of anosognosia and global cognitive impairment. *The journal of nutrition, health & aging*, 13(3), 226-230.
- Bisiach, E., & Geminiani, G. (1991). Anosognosia related to hemiplegia and hemianopia, In: Prigatano GP, Schacter DL (eds), *Awareness of Deficit After Brain Injury*, Oxford University Press, New York, 17-39.
- Bloom, B. S., Pouvourville, N. de, & Straus, W. L. (2003). Cost of Illness of Alzheimer's Disease: How Useful Are Current Estimates? *The Gerontologist*, 43(2), 158-164.
- Bonin-Guillaume, S., Zekry, D., Giacobini, E., Gold, G., & Michel, J.-P. (2004). Conflits médico-économiques d'une société vieillissante: l'exemple de la maladie d'Alzheimer. *Médecine et hygiène*, 62(2489), 1445-1449.
- Clare, L. (2004). The construction of awareness in early-stage Alzheimer's disease: a review of concepts and models. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, 43(Pt 2), 155-175.
- Clare, L. (2007). *Neuropsychological Rehabilitation and People with Dementia*. Psychology Press.
- Clare, L., Whitaker, C. J., Nelis, S. M., Martyr, A., Markova, I. S., Roth, I., & Morris, R. G. (2011). Multidimensional Assessment of Awareness in Early-Stage Dementia: A Cluster Analytic Approach. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(5), 317-327.

- Conde-Sala, J. L., Reñé-Ramírez, R., Turró-Garriga, O., Gascón-Bayarri, J., Campdelacreu-Fumadó, J., Juncadella-Puig, M., & Garre-Olmo, J. (2013). Severity of Dementia, Anosognosia, and Depression in Relation to the Quality of Life of Patients With Alzheimer Disease: Discrepancies Between Patients and Caregivers. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*.
- Conde-Sala, J. L., Reñé-Ramírez, R., Turró-Garriga, O., Gascón-Bayarri, J., Juncadella-Puig, M., Moreno-Cordón, L., & Garre-Olmo, J. (2013). Clinical differences in patients with Alzheimer's disease according to the presence or absence of anosognosia: implications for perceived quality of life. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 33(4), 1105-1116.
- Corbett, A., Stevens, J., Aarsland, D., Day, S., Moniz-Cook, E., Woods, R., & Ballard, C. (2012). Systematic review of services providing information and/or advice to people with dementia and/or their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 628-636.
- Cosentino, S., Metcalfe, J., Cary, M. S., De Leon, J., & Karlawish, J. (2011). Memory Awareness Influences Everyday Decision Making Capacity about Medication Management in Alzheimer's Disease. *International journal of Alzheimer's disease*, 2011, 483897.
- Cotrell, V., & Wild, K. (1999). Longitudinal study of self-imposed driving restrictions and deficit awareness in patients with Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 13(3), 151-156.
- DeBettignies, B. H., Mahurin, R. K., & Pirozzolo, F. J. (1990). Insight for impairment in independent living skills in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 12(2), 355-363.
- De Coster, I., & Van Audenhove, C. (2008). *Foton: analyse des groupes de parole*. K.U.Leuven. Fondation Roi Baudouin.
- Dunkin, J. J., & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(1 Suppl 1), 53-60.
- Ecklund-Johnson, E., & Torres, I. (2005). Unawareness of deficits in Alzheimer's disease and other dementias: operational definitions and empirical findings. *Neuropsychology review*, 15(3), 147-166.

- Fleming, J. M., & Ownsworth, T. (2006). A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation, 16*(4), 474-500.
- Gardette, V., Coley, N., & Andrieu, S. (2010). Les traitements non pharmacologiques : une approche différente de la MA. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, 13*(3), 13-22.
- Garnier, M., Delamare, J., Delamare, J., & Delamare, F. (1986). *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, 21e édition, deuxième tirage, Paris, Maloine.
- George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist, 26*(3), 253-259.
- Gilmore, R. L., Heilman, K. M., Schmidt, R. P., Fennell, E. M., & Quisling, R. (1992). *Anosognosia during Wada testing. Neurology, 42*(4), 925-925.
- Haley, W. E. (1997). The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology, 48*(5 Suppl 6), 25-29.
- Harwood, D. G., Sultzer, D. L., & Wheatley, M. V. (2000). Impaired insight in Alzheimer disease: association with cognitive deficits, psychiatric symptoms, and behavioral disturbances. *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology, 13*(2), 83-88.
- Horning, S. M., Melrose, R., & Sultzer, D. (2013). Insight in Alzheimer's disease and its relation to psychiatric and behavioral disturbances. *International Journal of Geriatric Psychiatry.*
- Howorth, P., & Saper, J. (2003). The dimensions of insight in people with dementia. *Aging & Mental Health, 7*(2), 113-122.
- Hurt, C. S., Banerjee, S., Tunnard, C., Whitehead, D. L., Tsolaki, M., Mecocci, P., & Cols. (2010). Insight, cognition and quality of life in Alzheimer's disease. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 81*(3), 331-336.
- Huthwaite, J. S., Martin, R. C., Griffith, H. R., Anderson, B., Harrell, L. E., & Marson, D. C. (2006). Declining medical decision-making capacity in mild AD: a two-year longitudinal study. *Behavioral sciences & the law, 24*(4), 453-463.
- Kashiwa, Y., Kitabayashi, Y., Narumoto, J., Nakamura, K., Ueda, H., & Fukui, K. (2005). Anosognosia in Alzheimer's disease: association with patient characteristics, psychiatric symptoms and cognitive deficits. *Psychiatry and clinical neurosciences, 59*(6), 697-704.

- Kotler-Cope, S., & Camp, C. J. (1995). Anosognosia in Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 9(1), 52-56.
- Lui, V. W.-C., Lam, L. C.-W., Chau, R. C.-M., Fung, A. W.-T., Wong, B. M.-L., Leung, G. T.-Y., & Appelbaum, P. S. (2012). Capacity to make decisions on medication management in Chinese older persons with mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *International psychogeriatrics / IPA*, 24(7), 1103-1111.
- Mograbi, D. C., Brown, R. G., & Morris, R. G. (2009). Anosognosia in Alzheimer's disease--the petrified self. *Consciousness and cognition*, 18(4), 989-1003.
- Mograbi, D. C., Brown, R. G., Salas, C., & Morris, R. G. (2012a). Emotional reactivity and awareness of task performance in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 50(8), 2075-2084.
- Mograbi, D. C., Ferri, C. P., Sosa, A. L., Stewart, R., Laks, J., Brown, R., & Morris, R. G. (2012b). Unawareness of memory impairment in dementia: a population-based study. *International Psychogeriatrics*, 24(06), 931-939.
- Morris, R.G., & Hannesdottir, K. (2004). Loss of "awareness" in Alzheimer's disease. In: Morris, R. G., & Becker, J. T. (Eds.). *The Cognitive Neuropsychology of Alzheimer's Disease*. (pp. 275-296). Oxford: Oxford University Press.
- Morris, R. G., & Mograbi, D. C. (2012). Anosognosia, autobiographical memory and self knowledge in Alzheimer's disease. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*.
- Novella, J.-L., Sanchez, S., & Prudent, M. (2011). Observance et persistance du traitement: particularités dans la maladie d'Alzheimer. *Annales de Gérontologie*, 4(1), 21-27.
- Okonkwo, O., Griffith, H. R., Belue, K., Lanza, S., Zamrini, E. Y., Harrell, L. E., & Marson, D. C. (2007). Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *Neurology*, 69(15), 1528-1535.
- Quittre, A., Olivier, C., & Salmon, E. (2005). Compensating strategies for impaired episodic memory and time orientation in a patient with Alzheimer's disease. *Acta neurologica Belgica*, 105(1), 30-38.
- Rabins, P. V., Mace, N. L., & Lucas, M. J. (1982). The impact of dementia on the family. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 248(3), 333-335.

- Ready, R. E., Ott, B. R., & Grace, J. (2006). Insight and cognitive impairment: effects on quality-of-life reports from mild cognitive impairment and Alzheimer's disease patients. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 21(4), 242-248.
- Ries, M. L., Jabbar, B. M., Schmitz, T. W., Trivedi, M. A., Gleason, C. E., Carlsson, C., & M., Johnson, S. C. (2007). Anosognosia in mild cognitive impairment: Relationship to activation of cortical midline structures involved in self-appraisal. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 13(3), 450-461.
- Rymer, S., Salloway, S., Norton, L., Malloy, P., Correia, S., & Monast, D. (2002). Impaired awareness, behavior disturbance, and caregiver burden in Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 16(4), 248-253.
- Schumock, G. T. (1998). Economic considerations in the treatment and management of Alzheimer's disease. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 55(suppl 2), 17S21.
- Seltzer, B., Vasterling, J. J., Yoder, J., & Thompson, K. A. (1997). Awareness of Deficit in Alzheimer's Disease: Relation to Caregiver Burden. *The Gerontologist*, 37(1), 20-24.
- Seron, X., & Linden, M. V. D. (2000). *Traité de neuropsychologie clinique Tome 1*. Solal.
- Spalletta, G., Girardi, P., Caltagirone, C., & Orfei, M. D. (2012). Anosognosia and neuropsychiatric symptoms and disorders in mild Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 29(4), 761-772.
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R., Adrian, J., & Robinson, R. G. (2007). Insight and danger in Alzheimer's disease. *European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies*, 14(4), 455-460.
- Steele, C., Rovner, B., Chase, G. A., & Folstein, M. (1990). Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *The American journal of psychiatry*, 147(8), 1049-1051.
- Stefanacci, R. G. (2011). The costs of Alzheimer's disease and the value of effective therapies. *The American journal of managed care*, 17(Suppl 13), 356-362.
- Stuss, D. T. (1991). Self, Awareness, and the Frontal Lobes: A Neuropsychological Perspective. In J. Strauss & G. R. Goethals (Eds.), *The Self: Interdisciplinary Approaches* (p. 255-278). Springer New York.
- Stuss, D.A., Rosenbaum, R.S., Malcom, S., Christiana, W., & Keenan, J.P. (2005) The Frontal Lobes and Self-Awareness. In Todd E., F., & Keenan, J. P. (Eds.). *The Lost Self: Pathologies of the Brain and Identity* (1er éd.). (pp.50-64). Oxford University Press, USA.

- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84.
- Teri, L. (1994). Behavioral treatment of depression in patients with dementia. *Alzheimer disease and associated disorders*, 8 Suppl 3, 66-74.
- Turró-Garriga, O., Garre-Olmo, J., Vilalta-Franch, J., Conde-Sala, J. L., de Gracia Blanco, M., & López-Pousa, S. (2013). Burden associated with the presence of anosognosia in Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(3), 291-297.
- Verhülsdonk, S., Quack, R., Höft, B., Lange-Asschenfeldt, C., & Supprian, T. (2013). Anosognosia and depression in patients with Alzheimer's dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*. In press.
- Victor, M., & Yakovlev, P. I. (1955). *S.S. Korsakoff's Psychic Disorder in Conjunction with Peripheral Neuritis: A Translation of Korsakoff's Original Article with Brief Comments on the Author and His Contribution to Clinical Medicine*. Lancet Publications.
- Wernicke, C. (1874). *Der aphasische Symptomencomplex: Eine psychologische Studie auf anatomischer Basis*. Breslau: Max Cohn & Weigert.
- Wild, K., & Cotrell, V. (2003). Identifying driving impairment in Alzheimer disease: a comparison of self and observer reports versus driving evaluation. *Alzheimer disease and associated disorders*, 17(1), 27-34.
- Wimo, A., & Jönsson, B. (1998). *Health Economics of Dementia*. Wiley.
- Wimo, A., Winblad, B., & Jönsson, L. (2010). The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 6(2), 98-103.

O IDOSO FRAGILIZADO E A PREVENÇÃO DA FRAGILIDADE

Zaida Azeredo ¹²

RESUMO

A fragilidade relacionada com o idoso consiste num síndrome em que este esgotou as capacidades de responder de forma positiva a agentes stressantes, sejam eles internos ou externos ao indivíduo. Embora não dependente da idade é mais prevalente nos grupos etários mais idosos e no sexo feminino.

Assim o idoso fragilizado é uma pessoa, cronologicamente com 65 ou mais anos, que conjuga uma série de situações bio-psico-sociais, que está em risco, perante agentes stressantes ainda que mínimos, de desencadear uma cascata de patologias e /ou incapacidades que obrigam a um maior número de institucionalizações e cada vez mais prolongados. Pode ainda levar à sua morte.

O idoso fragilizado ou pré-fragilizado é um idoso que necessita de maior vigilância e melhor acessibilidade aos serviços de saúde e sociais.

Com o envelhecimento da população e o aumento de grandes idosos a prevenção deste síndrome torna-se essencial, devendo começar em anos precoces do ciclo vital, de forma a atrasar um envelhecimento fisiológico e a evitar doenças precocemente incapacitantes.

Palavras-chave: Envelhecimento, Funcionalidade, Fragilidade e Prevenção.

12 Médica de Clínica Geral/ Medicina Familiar no Porto/ Portugal .Mestre em Gerontologia Social Aplicada pela Universidade de Barcelona e Doutorada em Saúde Comunitária pelo ICBAS (Porto).

ELDERLY FRAILITY AND ITS PREVENTION

ABSTRACT

Frailty among the elderly consists of a syndrome in which the person's ability to respond positively to stressing agents, whether they are internal or external. Despite not depending of age, it is most noticeable in elderly women. It is characterized by a general self reported weakness.

Therefore, the frail elder is a person, aged 65 or more, that combines a series of biological, psychological and social factors and who is at risk, due to stressing agents, of starting a pathological cascade and/or inabilities that lead to a higher number of (and also longer) institutionalizations. It can also lead to the elder's death.

The frail or pre-frail elder needs a higher degree of care and better access to health and social services.

With the ageing of population and the increase of elderly people, the prevention of this syndrome becomes essential. It should start in the early years of the Life Cycle, as to delay a physiological ageing and avoid disabling diseases.

Key-words: Aging, Functionality, Fragility and Prevention.

INTRODUÇÃO

Os novos padrões de doença, em que prevalecem as doenças crónico-degenerativas, o envelhecimento da população e o aumento da longevidade bem com as alterações na estrutura familiar, contribuem para que haja um acréscimo progressivo no número e proporção de idosos com algum grau de incapacidade e de idosos a viver sozinhos (Azeredo, 2011).

Estas modificações, aliadas à tendência para, em grande parte dos países europeus existirem piores condições económicas que no início deste século, fazem emergir um novo tipo de idoso que é o idoso fragilizado.

CONCEITO DE FRAGILIDADE E DE IDOSO FRAGILIZADO

O conceito de idoso fragilizado definido em 1968 como uma pessoa com múltiplas patologias, sofreu, desde essa altura, grandes transformações, não só pela evolução do conceito de saúde (hoje definida pela OMS como o *completo bem estar físico, psíquico e social e não a mera ausência de doença*), mas também pelas alterações no conceito de idoso e na filosofia que impera nos serviços que prestam cuidados na e para a comunidade.

Assim, o idoso fragilizado deixou de ser um ser com múltiplas patologias para ser visto como um ser com ou sem patologia, mas vulnerável ao meio social e/ou físico. A idade e outros fatores sociodemográficos passaram a ter uma importância até aí não identificada neste conceito (Azeredo, 2011).

A definição de fragilidade passou a distanciar-se da de co-morbilidade, da de multi-morbilidade e da de incapacidade, porquanto estas significam alguma perda de função (frequentemente patológica) enquanto a primeira significa instabilidade e risco de perda de função. Desta forma, o conceito de fragilidade introduz uma noção de dinamismo e mudança temporal, até recentemente inexistente (Lourenço, 2008).

O conceito de fragilidade, enquanto síndrome associado ao idoso e a deficiente funcionalidade do mesmo, só surgiu na década de oitenta do século XX (2). Esta síndrome, embora seja muito mais frequente em idosos, não é exclusivo deles, podendo surgir em outras idades.

Desde essa altura o interesse por esta síndrome tem vindo a aumentar não só pelos múltiplos fatores a ela associados, mas também pelas possibilidades de se fazer uma intervenção precoce adiando ou mesmo evitando consequências.

Inicialmente apenas associado a alterações biológicas, hoje o síndrome de fragilidade é entendido como algo mais complexo, em que estão implicados fatores biológicos, psí-

quicos, sociais e espirituais que se emaranham numa rede complexa, provocando, por vezes, a exaustão dos recursos do idoso para responder de forma positiva ao meio ambiente, podendo então, surgir o desequilíbrio no binómio saúde-doença, com o conseqüente surgimento de uma cascata de patologias, que podem mesmo levar à sua morte se não se intervier, ou se a intervenção for demasiado tarde.

Para Arveux, Faivre, Lenfant, Manckroundia et al. (2002) a fragilidade é *um síndrome resultante de uma redução multisistémica das reservas funcionais, que limita as capacidades de resposta do organismo ao stress, ainda que este seja mínimo.*

É mais frequente em mulheres do que em homens e a sua incidência aumenta com a idade. Parece, ainda, também estar relacionado com processos inflamatórios e alterações hormonais e imunológicas em que marcadores biológicos como a interleucina 6 e a proteína C reativa estão elevados e o IGF-1 e a DHEA-S (importante para o tecido muscular-esquelético) estão baixos. Pode ainda haver alterações no fator VIII da coagulação, nos leucócitos e nos monócitos.

Para Fried & Walston (2003) este síndrome consiste numa vulnerabilidade fisiológica, associada ao envelhecimento, em que a homeostasia, devido a um declínio complexo, se encontra fragilizada, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldade em responder a fatores stressantes e, por isso, facilmente desencadeie patologias que podem levar a uma maior frequência de internamentos e/ou à morte.

Numa revisão sistemática de artigos publicados entre Janeiro de 1980 e Dezembro de 2007, Teixeira (2008), citado por Andrade (2010), encontrou 33 definições de fragilidade que abrangiam diversos domínios mas em que predominava o domínio físico. A multiplicidade de conceitos (apesar de alguns serem bastante semelhantes) torna difícil a sua abordagem epidemiológica e a comparação da sua prevalência entre regiões e/ou países, tornando-se, para o efeito, essencial estabelecer indicadores que caracterizem estes idosos.

A utilização de um conjunto de indicadores de fragilidade é necessária não só para identificar os idosos frágeis mas também para se poderem tomar medidas preventivas, pois aquela pode ser uma precursora de incapacidades.

Segundo De Lepeleire, Mann, & Degryse (2009) a deteção precoce da síndrome de fragilidade bem como uma intervenção precoce, devem ser consideradas metas importantes na prática da Clínica Geral uma vez que aquele *é um processo dinâmico e potencialmente reversível.*

Segundo Speechley & Tinetti (1991) um idoso apresenta fragilidade quando é portador de quatro ou mais das seguintes características:

- Ter idade igual ou superior a 80 anos;
- Estar deprimido e /ou usar sedativos;
- Apresentar instabilidade no equilíbrio e na marcha;
- Ter diminuição da força muscular em ambos os joelhos;
- Apresentar instabilidade nos membros inferiores;
- Ter diminuição da acuidade visual.

Porém a fragilidade não é apenas apanágio dos grandes idosos, podendo surgir em qualquer idade. Sabe-se, no entanto, que a sua frequência vai aumentando com a idade, sendo bastante mais frequente a partir dos 75 anos de idade.

Teixeira (2007) Identificou sete itens de fragilidade:

- Ter capacidade reduzida para desempenhar as atividades de vida diária (AVDs);
- Apresentar falta de forças e/ou uma constituição delicada;
- Apresentar equilíbrio instável;
- Apresentar risco para a saúde quando confrontado com situações adversas;
- Apresentar vulnerabilidade a desafios ambientais;
- Ter uma resposta ineficaz a agentes stressantes;

Fried et al. (2001), citado por Andrade (2010), estabeleceram indicadores mensuráveis que nos permitem avaliar o estado de fragilidade de um idoso e que contemplam:

- Perda de peso não intencional superior a 4,5 Kg ou a 5% do peso corporal no último ano;
- Fadiga auto-referida;
- Diminuição da força de preensão palmar medida com dinamómetro e ajustada para o sexo e IMC;
- Baixo nível de atividade física medida pelo dispêndio semanal de energia em Kcal (com base no autorrelato de atividades e exercícios físicos realizados e ajustados ao género/sexo);
- Diminuição de velocidade na marcha (em segundos): para uma distância de 4,5 m ajustada ao sexo e altura.

Quando os idosos apresentam três ou mais destas componentes são considerados fragilizados. Os que apresentam uma a duas destas componentes são considerados idosos pré-fragilizados ou em alto risco de virem a desenvolver fragilidade (Andrade, 2010).

Remor, Bos & Werlang (2011) definem fragilidade como um conjunto de sintomas/sinais que incluem: perda de peso, fraqueza, fadiga, inatividade e redução da ingestão de alimentos, sarcopenia, anormalidades no equilíbrio e na marcha, anomalias orgânicas e osteopenia. Assim, quando os idosos apresentam 3 ou mais destas componentes são idosos fragilizados; se apresentam 1 ou 2 destas componentes são idosos pré-fragilizados.

Lang, Michel & Zeky (2009), citados por Andrade, Fernandes, Nobrega et al. (2012) identificaram mais um estágio no idoso fragilizado que é caracterizado por já se verificarem complicações devido ao síndrome de fragilidade.

Os idosos podem passar do síndrome de pré-fragilidade para o de fragilidade e deste para a fase em que já há complicações, pela influência de agentes stressantes internos e/ou externos ao indivíduo, e/ou acontecimentos stressantes (ainda que insignificantes) que lhe causam dano num estado fisiológico e/ou psicológico já de si instável.

Assim Fried et al. (2004), citados por De Lepeleire (2009) e Andrade (2010), definem fragilidade como *o estado clínico de vulnerabilidade a factores stressantes que resulta em de-*

clínio das reservas fisiológicas com consequente diminuição da homeostasia (De Lepeleire, Yieff, Stessens, Buntinx & Paquay, 2004).

Estas classificações apesar de terem o mérito de esboçar indicadores mensuráveis para objetivamente se poder avaliar a fragilidade dos idosos, estão essencialmente centradas no biológico do ser humano, negligenciando componentes psicológicas e sociais importantes na homeostasia do idoso.

De Lepeleire desenvolveu uma escala (The frailty and Autonomy Scoring instrument of Leuven – FRAIL) com 12 itens em que para a aplicar o idoso não precisa de estar presente, sendo preenchida pelo Médico de Família. É utilizada também para o diagnóstico de demências. Contempla componentes biológicas e psicológicas e tem um máximo de cotação de 48 que corresponde a um alto nível de fragilidade (De Lepeleire et al., 2004; De Lepeleire, Heyman, Baro et al., 2005; De Lepeleire, Ilife, Mann, Degryse et al., 2009)

Rockwood et al (2004), citado por Andrade, Fernandes, Nóbrega, Garcia & Costa (2012), introduz novas dimensões como sejam a atitude positiva perante a vida, a disponibilidade de cuidadores e a espiritualidade. Para estes autores, quando os recursos do idoso são superados pelos deficits as pessoas tornam-se frágeis, podendo qualquer *deficit* adicional provocar-lhe incapacidades. Estes autores desenvolveram uma escala para classificar fragilidade, intitulada **Rockwood Frailty Index** que contempla 20 itens que contêm sintomas, sinais, *deficits* e incapacidades que devem ser observados numa avaliação geriátrica global (Andrade et al., 2012; Moorhouse & Rockwood, 2012).

Uma outra escala foi elaborada por Rolfson et al (2006) intitulada **Edmonton Frail Scale** que contempla 10 domínios: cognição, depressão estado geral de saúde e atitudes face à saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, continência e desempenho funcional. Dois dos domínios são avaliados através do teste do relógio e do teste de tempo para se levantar e caminhar (*Timed get up and go*). (14) Esta escala, que parece ser mais abrangente, apresenta uma pontuação máxima de 17 que corresponde ao nível mais elevado de fragilidade:

- 0 - 4 – Sem fragilidade
- 5 - 6 – Vulnerável
- 7 - 8 – Fragilidade leve
- 9 - 10 – Fragilidade moderada
- > = 11 – Fragilidade severa

Vemos assim que o Síndrome de fragilidade é um síndrome complexo, que pode surgir em qualquer altura do ciclo vital, porém é muito mais frequente em idosos e ainda mais nos grandes idosos. Tem maior prevalência no sexo feminino e em idosos com uma rede social muito restrita e com fraco suporte social ou má acessibilidade aos serviços de saúde.

Para a sua avaliação surgiram várias escalas, umas contemplando apenas o biológico outras abrangendo também o psicológico e o social, indo, assim, ao encontro da definição atual de fragilidade.

É um síndrome complexo que se vai desenvolvendo ao longo do tempo e que em parte pode ser reversível. Para que haja uma intervenção preventiva mais eficaz há necessidade de classificar o síndrome de fragilidade em pré-fragilidade, fragilidade leve/mode-

rada e fragilidade grave/ fragilidade com complicações. Assim haverá medidas preventivas específicas para cada uma das fases.

Esta classificação ainda é importante quando há necessidade de serem tomadas decisões, nomeadamente quanto à adaptação do ambiente doméstico ou à institucionalização destes idosos (De Lepeleire, 2004).

DO CONCEITO À PREVENÇÃO

O síndrome de fragilidade é um síndrome complexo que pode levar a uma co-morbilidade e multimorbilidade elevadas (ou mesmo à morte) que tem uma predominância nos grupos etários mais idosos e nos indivíduos do sexo feminino (Azeredo, 2011).

Estando a população mundial a continuar a envelhecer e a envelhecer no feminino, não é de estranhar que esta síndrome venha a elevar as despesas com a saúde e o social e traga menor qualidade de vida ao idoso e respetiva família/ cuidador

Com a evolução da síndrome de fragilidade a institucionalização pode-se tornar indispensável e o número de internamentos hospitalares tornam-se mais frequentes, sendo a situação cada vez mais grave.

Urge, assim, olhar para este síndrome, não como apenas um síndrome fisiológico inerente à idade, mas antes como um síndrome bio-psico-social e espiritual mais frequente em idosos, em que a diminuição das reservas para responder a agressões internas e externas ao indivíduo pode ser prevenida e/ou adiada. Ao fazermos a prevenção do síndrome de fragilidade e de suas complicações estamos a adiar a cascata de patologias e incapacidades não desejadas, que são um franco constrangimento à qualidade de vida e bem-estar do idoso, bem como à sua autonomia.

Algumas das características descritas neste síndrome, para além da precária homeostasia, a vulnerabilidade a agentes bio-psico-sociais e ambientais (ambiente físico) stressantes de menor impacto, são o auto-relato de fadiga, a fraqueza muscular (sarcopenia) e a redução da preensão manual (sobretudo na mão dominante), e, as alterações na marcha. Entre os riscos deletérios desta homeostase fragilizada estão o maior número de internamentos uma maior co-morbilidade e multimorbilidade, maior número de acidentes (nomeadamente de quedas e outros acidentes domésticos), maior risco de imobilidade e incapacidade e, maior risco de morte (De Lepeleire et al., 2009; Andrade et al., 2012).

O investimento na prevenção primária e na promoção da saúde tornam-se assim, essenciais, pois se há fatores não modificáveis como a idade, o sexo e algumas características genéticas, há muitos fatores que estão na génese da síndrome de fragilidade que são modificáveis. Assim, estilos de vida salutogêneos (exercício físico, estimulação cognitiva, manutenção de uma rede social grande e diversificada, prevenção de acidentes, entre outros) bem como uma nutrição adequada são medidas preventivas que se devem prolongar ao longo de todo o ciclo vital. Estas medidas vão prevenir a sarcopenia e outras características inerentes a este síndrome. Atitudes positivas perante a vida com o desenvolvimento de capacidades de adaptação também são essenciais, para que as perdas e os lutos que são

vivenciados mais frequentemente e mais intensamente em idades mais avançadas não tenham um impacto tão negativo.

A prevenção de doenças preveníveis, bem como evitar riscos desnecessários são outras medidas preventivas que devem ser tomadas ao longo da vida.

Já em idades mais avançadas exercícios para o equilíbrio e para evitar perda de massa muscular bem como correção de alterações da visão, a adaptação do meio ambiente e a manutenção de uma rede social tornam-se essenciais para evitar a progressão de uma fragilidade iniciada pela idade

As funções físicas e cognitivas de um indivíduo atingem o seu máximo cerca dos 30 anos de idade, porém podem manter-se em planalto, ou mesmo melhorar um pouco se nós nos preocuparmos com a estimulação e/ou manutenção dessas funções em paralelo com uma vida de relação estimulante.

CONCLUSÕES

O Síndrome de fragilidade é um síndrome complexo que envolve diversos fatores e que é caracterizado por uma diminuição das reservas do indivíduo a responder a agentes stressantes mínimos tendo dificuldade em manter uma homeostasia com o meio (interno e externo)

É uma situação clínica, não patológica (a não ser quando já existem complicações) que está associada à idade, porém não a acompanha de forma uniforme. É, assim, um síndrome que pode ser precocemente identificado, com potencial para prevenção, e que decorre da interacção ao longo do ciclo vital, de factores biológicos, psicológicos, cognitivos, e sociais.

Desenvolve-se num *continuum*, resultante do somatório de deficits em múltiplos sistemas, mas com incidência maior no músculo-esquelético.

Com o desenvolvimento de escalas foi possível fazer uma avaliação mais objetiva do síndrome de fragilidade dividindo-o em graus de evolução e, por isso, possibilitar intervenções que visem uma prevenção primária, secundária e terciária.

Com medidas preventivas pretende-se não só evitar/adiar o síndrome de fragilidade, mas também evitar complicações graves como seja a co-morbilidade e a multimorbilidade, e/ou a morte, e a existência de incapacidades que levem à dependência e perda de autonomia. Pretende-se também evitar a institucionalização do idoso e manter e/ou melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, A. (2010). *Fragilidade em idosos: análise conceitual* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Paraíba João Pessoa, Brasil.

Andrade, A., Fernandes, M., Nóbrega, M., Garcia, T., & Costa, K. (2012). Análise do Conceito Fragilidade em Idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(4), 748-756.

- Arveux, I., Faivre, G., Lenfant, L., Manckroundia, P. *et al.* (2002). Le sujet âgé fragile. *LaRevue de Geriatrie*, 27(7), 569-58.
- Azeredo, Z. (2011). *O Idoso como um todo*. Viséu: Psicosoma.
- De Lepeleire, J., Ylief, M., Stessens, J., Buntinx, F., & Paquay, L. (2004). The validity of the frail instrument in general practice. *Archives of Public Health* 62, 185-96.
- De Lepeleire, J., Heyman, J., Baro, E. *et al.* (2005). A combination of tests for the diagnosis of dementia has a significant diagnosis value. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(3), 217-225.
- De Lepeleire, J., Ilife, S., Mann, E., & Degryse, J. (2009). Frailty: an emerging concept. *The British Journal of General Practice*, 59(562), 177-182 (DO:2299/bjgp09X420653).
- Fried, P., & Walston, J. (2003). Frailty and failure to thrive. In R. Hazzard *et al* (Eds). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (5^a ed) (pp.1487-1502). New York Mc Grow Hill.
- Lourenço, R. (2008). A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Revista do Hospital Universitário Ernesto*, 7(1), 21-29.
- Moorhouse, P., & Rockwood, K. (2012). Frailty and its quantitative clinical evaluation. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 42(4), 333-340.
- Remor, C., Bós, A., & Werlang, M. (2011). Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. *Sciartia Médica*, 21(3), 107-112.
- Rolfson, D., Majumdar, S., Tsuyuki, R. Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*, 35(5), 526-529.
- Speechley, M., & Tinetti, M. (1991). Falls and injuries in frail and vigoranscommunity elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(1), 46-52.
- Teixeira, I. (2007). Fragilidade biológica e qualidade de vida na velhice. In A. Neri Org), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.152-172). Campinas: Alinea.

NORMAS PARA OS AUTORES

TIPOS DE MANUSCRITOS

A Revista Ibero-Americana de Gerontologia (RIAG) publica artigos originais relacionados com as diversas áreas da Gerontologia e adota as normas de publicação da Sexta Edição do Manual de Publicação da *American Psychological Association* (APA, 2010). Os autores interessados em submeter manuscritos à RIAG devem seguir rigorosamente as normas descritas no manual da APA, salvaguardando-se especificidades linguísticas ou de área científica.

No concernente aos tipos de contribuição, conforme as normas da APA, a RIAG aceita manuscritos que se enquadrem nas seguintes categorias:

- 1. Estudos Empíricos:** Trata-se de relatos de pesquisa original com fontes de dados primários ou secundários. Sua estrutura típica consiste em diferentes seções que refletem os estágios do processo de investigação e que aparecem na seguinte ordem: introdução (desenvolvimento do problema com revisão da literatura empírica concernente ao problema e apresentação dos propósitos de investigação); método (descrição dos participantes/sujeitos, instrumentos, materiais/equipamentos e procedimentos utilizados para condução da pesquisa); resultados (relato dos achados e análises); e discussão (sumário, interpretação e implicações dos resultados). Este tipo de contribuição está limitado a 20 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clave, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 100 palavras.
- 2. Revisão da Literatura:** Trata-se de sínteses de pesquisa ou meta-análises e consistem em avaliação crítica de material já publicado. O propósito deste tipo de contribuição é que os autores integrem e avaliem material previamente publicado, considerando o progresso da pesquisa e buscando clarificar um problema específico. É esperado que os autores: (a) definam claramente um problema; (b) sumarizem investigações prévias para informar o leitor sobre o estado da pesquisa; (c) identifiquem relações, contradições, lacunas e/ou inconsistências na literatura; e (d) sugiram próximos passos de investigação para a resolução dos proble-

mas identificados. Não há uma estrutura de seções pré-definida para este tipo de contribuição, de forma que os autores devem buscar um formato coerente para o texto. É fundamental que haja um argumento organizador e não somente uma compilação de pesquisas já realizadas. Este tipo de contribuição está limitado a 25 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.

- 3. Artigos Teóricos:** Trata-se de trabalhos baseados na literatura empírica vigente para propor avanços teóricos. Espera-se que os autores apresentem o desenvolvimento de uma teoria para expandir ou refinar construtos teóricos, apresentem uma nova teoria ou analisem uma teoria existente, apresentando suas fraquezas ou demonstrem a vantagem de uma teoria sobre outra. Usualmente os autores de contribuições desta natureza analisam a consistência interna de uma teoria, bem como sua validade externa. As seções podem variar como forma de busca de consistência. É fundamental que haja um elemento propositivo no texto. Este tipo de contribuição está limitado a 30 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 150 palavras.
- 4. Artigos Metodológicos:** Trata-se da apresentação de novas abordagens metodológicas, modificação de métodos existentes ou discussões sobre abordagens analíticas de dados para a comunidade científica. O uso de dados empíricos, neste caso, serve unicamente como ilustração da técnica de análise de dados. Este tipo de contribuição está limitado a 15 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 90 palavras.
A critério do Editor também serão apreciadas para publicação as seguintes categorias de contribuições:
- 5. Relato de Experiência Profissional:** Estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, contendo evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas. Este tipo de contribuição está limitado a 15 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 80 palavras.
- 6. Comunicação Breve:** Relato de pesquisa sucinto, mas completo, de uma investigação específica (ver modelo geral definido para estudos empíricos). Este tipo de contribuição está limitado a 10 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 70 palavras.

- 7. Carta ao Editor:** Avaliação crítica de artigo publicado em Revista Ibero-Americana de Gerontologia ou resposta de autores a crítica formulada a artigo de sua autoria. Este tipo de contribuição está limitado a 6 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.
- 8. Nota Técnica:** Descrição de instrumentos e técnicas originais de pesquisa Este tipo de contribuição está limitado a 10 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clave, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 70 palavras.
- 9. Resenha:** Revisão crítica de obra recém publicada, orientando o leitor quanto a suas características e usos potenciais. É fundamental que não se trate apenas de um sumário ou revisão dos capítulos da obra, mas efetivamente uma crítica. Este tipo de contribuição está limitado a 6 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.
- 10. Notícia:** Divulgação de fato ou evento de conteúdo relacionado à Gerontologia, não sendo exigidas originalidade e exclusividade na publicação. Este tipo de contribuição está limitado a 3 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

APRECIÇÃO PELO CONSELHO EDITORIAL

O manuscrito que se enquadra nas categorias 1 a 10 acima descritas é aceito para análise pressupondo-se que: (a) o mesmo trabalho não foi publicado e nem está sendo submetido para publicação em outro periódico; (b) todas as pessoas listadas como autores aprovaram o seu encaminhamento com vistas à publicação na revista **Revista Ibero-Americana de Gerontologia**; (c) qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou a citação; (d) os autores seguiram todos os procedimentos éticos recomendados pelos padrões adotados pela Revista.

A primeira avaliação do trabalho é realizada pela Direção da *Revista Ibero-Americana de Gerontologia* e consiste na análise rigorosa da adequação do manuscrito às normas da Revista, considerando, especialmente, dois aspectos: tipo de contribuição (suas características principais, definidas neste documento e no manual da APA) e as normas de redação e formatação do manual da APA. Os manuscritos que forem considerados como não aderentes às normas terão sua tramitação interrompida e os autores informados da decisão.

Os trabalhos que atenderem às normas serão enviados para apreciação do Conselho Editorial, que poderá fazer uso de consultores *ad hoc* a seu critério. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus manuscritos.

Pequenas modificações no texto poderão ser feitas pela Direção ou pelo Conselho Editorial da Revista. Quando este julgar necessárias modificações substanciais, o autor será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo estipulado.

DIREITOS AUTORAIS

1. Artigos publicados em Revista Ibero-Americana de Gerontologia

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à Revista Ibero-Americana de **Gerontologia**. A reprodução total dos artigos desta Revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada à autorização escrita do Editor da **Revista Ibero-Americana de Gerontologia**. Pessoas interessadas em reproduzir parcialmente os artigos desta Revista (partes do texto que excederem 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão escrita do(s) autor(es).

No caso de aceite para publicação de um manuscrito a Revista enviará aos autores carta de cessão de direitos de publicação que deverá ser devolvida assinada em formato digital.

2. Reprodução parcial de outras publicações

Manuscritos submetidos que contiverem partes de texto extraídas de outras publicações deverão obedecer aos limites especificados para garantir originalidade do trabalho submetido. O manuscrito que contiver reprodução de uma ou mais figuras, tabelas, desenhos e instrumentos extraídos de outras publicações só será encaminhado para análise se vier acompanhado de permissão escrita do detentor do direito autoral do trabalho original para a reprodução especificada em **Revista Ibero-Americana de Gerontologia**. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Em nenhuma circunstância **Revista Ibero-Americana de Gerontologia** e os autores dos trabalhos publicados nesta Revista repassarão direitos assim obtidos.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Forma de Apresentação dos Manuscritos

A **Revista Ibero-Americana de Gerontologia** adota integralmente as normas de publicação do *Publication Manual of the American Psychological Association* (6a edição, 2010). Os manuscritos devem ser redigidos em português, inglês ou espanhol ou, ainda, em outra língua a critério do conselho editorial.

A submissão dos manuscritos deve ser feita unicamente de forma eletrónica por meio da plataforma **xxxxx** no seguinte endereço: **yyyyy**

No momento da submissão os autores deverão realizar o *upload* no sistema da revista de dois arquivos no formato do processador de texto WORD 2003 ou posterior. O primeiro é

o manuscrito propriamente dito, sem nenhum tipo de identificação dos autores e contendo todos os seus elementos, a saber: título, título abreviado para cabeçalho, resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras clave, key-words, texto propriamente dito, referências, tabelas (uma por página) e figuras (uma por página). O segundo arquivo é uma carta de encaminhamento (*cover letter*) que deverá conter todos os elementos pertinentes indicados no manual da APA, assinada por todos os autores do manuscrito. Apenas devem ser enviados arquivos suplementares se estritamente essenciais para a avaliação do manuscrito.

A apresentação de informações numéricas e estatísticas deverá seguir o preconizado no manual da APA. Para os manuscritos redigidos em língua portuguesa solicita-se a normalização das informações numéricas e estatísticas conforme recomendações de Carzola, Silva e Vendramini (2009), que pode ser acessado gratuitamente no seguinte endereço eletrônico:

<http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf>

A formatação do arquivo do manuscrito bem como a elaboração de tabelas, figuras e demais elementos deverão seguir rigorosamente o que está preconizado no manual da APA. Recomenda-se que os autores, antes da submissão, avaliem se o manuscrito está em acordo com check-list apresentado nas páginas 241-243 do manual da APA. Ressalta-se que esses elementos podem constituir motivo de rejeição sumária do manuscrito pela Direção da Revista caso não sejam cumpridos conforme as normas especificadas.

Como fonte complementar aos autores recomenda-se a consulta à informação on-line sobre o manual de publicação da APA nos seguintes endereços:

<http://www.apastyle.org/> <http://owl.english.purdue.edu/owl/section/2/10/>

REFERÊNCIAS

APA. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: APA.

Carzola, I. M., Silva, C. B. da, & Vendramini, C. M. M. (2009). Normas para a apresentação de informações estatísticas no estilo editorial APA. In A. A. Z. P. Sabadini, M. I. C. Sampaio, & S. H. Koller (Eds.), *Publicar em psicologia: Um enfoque para a revista científica* (pp. 171-188). São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia; Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Retirado de <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf> [adaptado de Psicologia: Teoria e Pesquisa]

Editorial: Percepção da sobrecarga e alteração da qualidade de vida dos cuidadores informais de pessoas idosas, Andrea Vázquez-Martínez, Esperanza Navarro-Pardo, Eduardo Santos, Ricardo Pocinho, Noelia Flores Robaina

Envelhecimento e cuidados familiares: fatores de stress para os cuidadores e de risco para os seniores, Isabel Dias

Psicologia Comunitária e Promoção da Saúde: Mulheres partindo para a convivência, Carlos Alberto Rodrigues Bizarro, Lurdes Perez Oberg

Promoção do bem-estar num grupo de desenvolvimento pessoal através da aplicação de uma intervenção baseada nos princípios do mindfulness, M.P. Lima, J.J. Costa, C. Silva, M. Maia de Carvalho, P. Simões

L'impact psychosocial de l'anosognosie dans la Démence de Type Alzheimer, Elodie Bertrand, J. Landeira-Fernandez, Daniel Mograbi

O Idoso fragilizado e a prevenção da fragilidade, Zaida Azeredo

Este número teve o apoio do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra/FCT (unidade 192), e enquadra-se nas comemorações dos 18 anos da sua existência.