



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

Teresa Presa Passos

## **ENVELHECIMENTO ATIVO E AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA**

*UM ESTUDO DE BASE COMUNITÁRIA EM VALENÇA*

**Curso de Mestrado**  
Gerontologia Social

**Trabalho efetuado sob a orientação de**  
Professora Doutora Alice Bastos  
Professora Doutora Clara Araújo

Agosto, 2016



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Alice Bastos agradeço a sua orientação, as sugestões, o apoio, os conselhos e a sua tolerância e compreensão.

À Professora Doutora Clara Araújo, agradeço as observações pertinentes e objetivas ao longo do percurso do estudo.

À Professora Doutora Emília Moreira agradeço a sua disponibilidade, apoio no tratamento estatístico de dados.

Ao Professor Doutor Alberto Pinto agradeço o incentivo e encorajamento que sempre me deu na persecução deste trabalho.

À Câmara Municipal de Valença, na pessoa do seu presidente Jorge Mendes e da vereadora Elizabete Domingues, assim como aos presidentes de Junta de freguesia agradeço a colaboração na recolha de dados no terreno.

A todos os idosos que voluntariamente participaram nesta investigação, agradeço a partilha das suas vivências, tornando possível este estudo.

Às minhas colegas de estudo, Maria, Magda, Raquel, Eduarda e Laura, agradeço a disponibilidade, amizade, apoio, força, discussão de ideias e o incentivo para prosseguir este trabalho.

Ao meu marido, à minha filha e ao meu pai, agradeço a paciência, a força e o apoio incondicional que tornou possível a concretização deste trabalho.

À minha mãe a quem agradeço a vida, dedico este trabalho. Embora fisicamente ausente foi a impulsionadora e a pedra angular para aqui chegar.



***À memória da minha mãe.***



## RESUMO

**Contexto e objetivo do estudo.** O envelhecimento da população tem vindo a aumentar nas últimas décadas a nível mundial. Em Portugal, de acordo com o último Censo da população em 2011, observou-se um aumento do envelhecimento da população, sendo que o Índice de Envelhecimento (número de pessoas idosas por 100 crianças e jovens) a nível nacional era de 127,8 e na região Minho-Lima era de 174,2.

É neste contexto de envelhecimento que a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece na Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento (2002a) a necessidade de traçar medidas para lidar com este fenómeno e construir uma sociedade para todas as idades. O envelhecimento ativo pode ser visto como um quadro de referência específico para orientar as políticas de saúde e sociais e responder à revolução da longevidade humana.

Segundo a OMS (2002a), estar ativo significa participar a nível social, económico, cultural e espiritual, mantendo a autonomia e independência apesar de possíveis limitações. Neste contexto, este estudo tem por objetivos: (1) avaliar as capacidades e necessidades das pessoas com 65+ anos a viver em casa; (2) identificar a utilização e necessidade de serviços comunitários, com vista a traçar orientações para as políticas locais de envelhecimento ativo.

**Método.** Para concretizar estes objetivos foi selecionada uma amostra de pessoas com 65+ anos, correspondentes a cerca de 3% da população idosa a residir em casa de três das onze freguesias do Município de Valença, de acordo com o Censo 2011, estratificada em termos de género e idade. Na recolha de dados foi utilizado o Protocolo de Avaliação de Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP\_GeroSOC-R; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2013)

**Resultados.** Em termos de características sociodemográficas, a amostra é constituída por 72 participantes, com uma média de idade de 78,2 anos ( $dp=8,6$ ), maioritariamente casada (52,8%) e constituída por mulheres (56,9%) e com escolaridade média de 5 anos. Todos os participantes estão reformados, e aquando na vida ativa eram predominantemente operários/artífices, agricultores e domésticas (59,5%). Relativamente à avaliação Gerontológica, observou-se que a maior parte dos participantes é independente para as Atividades Básicas da Vida Diária (72,2%), no entanto, nas Atividades Instrumentais da Vida Diária, menos de metade da amostra (40,3%) é independente. Relativamente às demais capacidades observa-se que as capacidades a nível cognitivo e relacional vão no sentido esperado. Em relação à utilização e necessidade de serviços comunitários observa-se uma grande diversidade.

**Conclusão.** Com a realização deste estudo foi possível observar indicadores ao nível da funcionalidade das ABVD e AIVD, da cognição, dos recursos socio emocionais e da utilização, assim como e a necessidade de alguns serviços por parte dos idosos. Estes resultados poderão ser úteis para orientar as políticas sociais e de saúde a nível local com vista à promoção do envelhecimento ativo.

**Palavras-chave:** Envelhecimento Ativo; Avaliação Gerontológica Multidimensional; Gerontologia Social.

Agosto de 2016





## ABSTRACT

**Background and aims.** The aging of the population has increased over the last decades at a global level. In Portugal, accordingly to the latest population census in 2011, there was an increase of the elderly population and the index of aging (number of older people per 100 children and young people) was of 127,8 at national terms and of 174,2 for Minho-Lima region.

It is in this context the World Health Organization (WHO) recognizes in the Second World Assembly on Aging (2002a) the need to establish measures to deal with this phenomenon and build a society for all ages. The active aging may be understood as a reference for guiding health and social policies and answer to the human longevity revolution.

According to the WHO (2002a), to be active means to participate in the social, economic, cultural and spiritual day to day activities, while maintaining the autonomy and independence in spite of possible limitations. Therefore, this study aims to: (1) evaluate capabilities and needs of 65+ year old people living at home; (2) identify the use and need for community services, in order to establish draw guidelines for active aging local policies.

**Method.** In order to achieve these objectives was selected a sample of 65+ years persons, corresponding to approximately 3% of the elderly population living at home in three of the eleven parishes of the Valença Municipality, taking in account the 2011 Census population registries, stratified by gender and age. Data collection was performed with an assessment protocol - the protocol for assessment of the Community needs associated with the population aging Assessment (ANCEP\_GeroSOC-R; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2013).

**Results.** In what concerns the sociodemographic characteristics, the sample is composed of 72 participants, with 78,2 years (SD=8,6) as mean age, mostly married (52,8%) and female (56,9%) and with 5 years as mean schooling. All participants are pensioners, and when in active life were predominantly workers/artisans, farmers and domestic (59,5%).

Regarding the Gerontological evaluation, we observed that most of the participants are independent for the Daily Living Basic Activities (72,2%), however, in the Instrumental Activities of Daily Living less than half of the sample (40,3%) is independent. In terms of the other abilities it is observed that the cognitive and relational capacities are going in the expected direction. In relation to the use and need for community services there is a great diversity.

**Conclusion.** This study allowed the analysis of indicators concerning the elders' characteristics in terms of ABVD and AIVD, cognition, socio emotional resources, as well as the use and need for some community services. These results may be useful for guiding the social and health policies at a local level aiming a solid active aging promotion.

**Keywords:** Active Aging; Multidimensional Gerontological Assessment; Social Gerontology.

August, 2016



## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I – REVISÃO DE LITERATURA	
1 O fenómeno do envelhecimento .....	11
1.1 Envelhecimento em Portugal e no mundo .....	13
1.2 As principais teorias acerca do envelhecimento humano .....	15
2 Envelhecimento ativo .....	19
2.1 Planos de ação para promover o envelhecimento ativo .....	28
3 Avaliação gerontológica multidimensional .....	34
3.1 Avaliar para intervir: avaliação gerontológica multidimensional .....	38
CAPITULO II - METODO	
1 Plano de investigação e participantes .....	43
2 Instrumentos de recolha de dados .....	44
3 Procedimentos da recolha de dados .....	48
4 Estratégia da análise de dados .....	49
CAPITULO III – RESULTADOS	
1 Caraterísticas dos participantes e ambiente próximo .....	53
2 Avaliação das capacidades individuais .....	60
3 Utilização e necessidade de serviços comunitários .....	72
CONCLUSÃO .....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	99
ANEXOS .....	105



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. População residente e população da amostra do Concelho de Valença com 65 + anos .....	44
Tabela 2. Características sociodemográficas dos participantes .....	54
Tabela 3. Passatempos ao longo da vida .....	55
Tabela 4. Características da habitação .....	56
Tabela 5. Relação com os vizinhos e o lugar .....	56
Tabela 6. Conhecimento e utilização de respostas sociais de apoio às pessoas idosas .....	58
Tabela 7. Participação Social, segurança e saúde .....	59
Tabela 8.1. Descrição da funcionalidade por item (Barthel) .....	61
Tabela 8.2. Valores globais na funcionalidade para as ABVD (Barthel) .....	62
Tabela 9.1 Descrição da funcionalidade por item nas AIVD (Lawton).....	63
Tabela 9.2. Valores globais na funcionalidade para as AIVD (Lawton) .....	64
Tabela 10.1 Descrição do desempenho cognitivo por item (MMSE) .....	65
Tabela 10.2. Valores globais no desempenho cognitivo (MMSE) segundo idade e escolaridade (média e desvio-padrão no MMSE por grupo de idade e escolaridade).....	66
Tabela 11.1. Descrição da Rede Social por item (LSNS-6).....	67
Tabela 11.2. Valores globais da rede social (LSNS-6).....	68
Tabela 12.1. Descrição da Sintomatologia Depressiva por item (GDS 15).....	69
Tabela 12.2. Valores globais da sintomatologia depressiva (GDS).....	69
Tabela 13. Descrição dos Recursos Sociais (OARS-PT) .....	71
Tabela 14. Utilização e necessidade de serviços de cuidados pessoais.....	73
Tabela 15. Utilização e necessidade de serviços de supervisão contínua .....	73
Tabela 16. Utilização e necessidade de serviços de monitorização .....	74
Tabela 17. Utilização e necessidade de serviços domésticos .....	75
Tabela 18. Utilização e necessidade de serviços de preparação de refeições .....	76
Tabela 19. Utilização e necessidade de serviços administrativos.....	76
Tabela 20. Utilização e necessidade de viagens .....	77
Tabela 21. Utilização e necessidade de desporto .....	78
Tabela 22. Utilização e serviços sociais/recreativos .....	79
Tabela 23. Utilização e necessidade de serviços de saúde mental .....	80
Tabela 24. Utilização e necessidade de serviços de medicamentos psicotrópicos .....	80
Tabela 25. Utilização e necessidade de serviços de enfermagem .....	81
Tabela 26. Utilização e necessidade de serviços de fisioterapia .....	82
Tabela 27. Utilização e necessidade de serviços de avaliação sistemática multidimensional ...	83
Tabela 28. Utilização e necessidade de serviços de coordenação, informação e apoio .....	83
Tabela 29. Utilização e necessidade de serviços de transporte .....	84
Tabela 30. Utilização e necessidade de serviços de emprego .....	85
Tabela 31. Utilização e necessidade de serviços de preparação para as atividades da vida diária .....	85
Tabela 32. Utilização e necessidade de serviços de realojamento .....	86
Tabela 33. Envelhecimento ativo segundo o género .....	87
Tabela 34. Envelhecimento ativo segundo a escolaridade .....	87



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Determinantes de envelhecimento ativo segundo a OMS .....	20
---	----





## INTRODUÇÃO

---



A nível mundial nas últimas décadas tem-se verificado um aumento substancial de indivíduos com 65 ou mais anos. Tomassini e Lamura (2009), defendem que a população idosa se encontra num rápido crescimento em comparação com as restantes faixas etárias da população, na maioria dos países desenvolvidos. O envelhecimento, segundo os autores, é resultado do aumento da esperança média de vida e do declínio da fertilidade, conduzindo esta última a uma redução de jovens na população e aumentando o peso da população envelhecida. Também em Portugal tem sido notório este fenómeno, sendo que Bandeira e colaboradores (2014) referem que o envelhecimento populacional se agravou entre 1950 e 2011.

O envelhecimento, tal como foi apresentado anteriormente, pressupõe um grande desafio na área das Políticas Públicas. Bárrios e Fernandes (2014) consideram que o envelhecimento pode ser analisado do ponto de vista individual e coletivo, sendo imprescindível uma visão multidisciplinar, de forma a que as medidas políticas a aplicar sejam mais eficientes. Para os autores é urgente repensar as Políticas Públicas, uma vez que a longevidade é maior e a necessidade dos idosos mais jovens (3ª idade) é diferente dos idosos mais velhos (4ª idade), pois as vidas mais longas apresentam perdas graduais a nível físico, psicológico e social/relacional. Com o aumento da longevidade é necessário evitar ou diminuir os efeitos negativos do envelhecimento, promovendo o envelhecimento ativo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002a) o envelhecimento ativo é multidimensional e multissetorial, sendo determinado pela cultura, género e pelos fatores que condicionam a vida de cada indivíduo.

Na crescente procura de respostas perante o envelhecimento da população, a OMS (2002a) na Assembleia Mundial de Madrid em Abril de 2002, defendeu a necessidade de uma abordagem proativa e positiva, face à forma de lidar com o risco de doença, recomendando intervenções preventivas. Desta forma recomendou medidas generalizadas aos seus países membros. O envelhecimento ativo é um processo contínuo, onde os indivíduos de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades participam ativamente na promoção da saúde, participação social e na segurança, potenciando assim a qualidade de vida. Mais recentemente, a ILC-Brazil (2015) acrescentou ao envelhecimento ativo um quarto pilar - a aprendizagem ao

longo da vida. Estar ativo significa participar a nível social, económico, cultural e espiritual, mantendo a autonomia e independência, apesar de possíveis limitações associadas ao aumento da idade. Podendo o envelhecimento apresentar uma das suas faces, envelhecimento normal, patológico ou bem-sucedido/ótimo (Bastos, Faria, Amorim & Melo de Carvalho, 2013a) torna-se imperativo implementar programas que visem o envelhecimento ativo da população, de forma a prevenir e/ou adiar o envelhecimento patológico. Mas para isso é necessário avaliar as capacidades e necessidades das pessoas, de forma a serem envolvidas nos programas orientados para o envelhecimento ativo.

A OMS (2002a) identificou os fatores que influenciam o envelhecimento ativo, tendo concluído que os fatores são múltiplos e interatuam entre si. Este Organismo considera que tanto os recursos do indivíduo (internos ao indivíduo - pessoais e de comportamento) como o seu ambiente (recursos externos ao indivíduo) interatuam entre si, interferindo diretamente no envelhecimento ativo do indivíduo. Assim, destaca-se principalmente a nível externo a condição social, ambiental, económica e os serviços a que o indivíduo tem acesso onde se incluem os Serviços de Saúde e Sociais. Além disso, a nível interno do indivíduo destacam-se o comportamento, fatores biológicos, genéticos, da personalidade, psicológicos e comportamentais. Além destes fatores, esta Organização considera ainda as diferenças entre género e cultura como determinantes do envelhecimento ativo. Consideram-se como determinantes o conjunto de várias influências que rodeiam indivíduos, famílias e nações.

O aumento da população idosa a nível europeu, também se reflete em Portugal e de acordo com o Censo da população de 2011, a região do Alto Minho, formada por 10 concelhos, apresenta um Índice de Envelhecimento (nº de indivíduos com 65 ou mais anos por cada 100 indivíduos com menos de 15 anos numa dada população) de 174,2%, estando bastante acima do Índice de Envelhecimento a nível nacional (127,8%). Acompanhando a tendência acentuada de envelhecimento que ocorre na região do Alto Minho, no município de Valença verifica-se que a população idosa representa uma proporção de 171% (INE, 2015), estando este valor ligeiramente abaixo da Sub-Região em que está inserido. Esta situação levanta questões pertinentes em termos do envelhecimento ativo, tornando-se importante perceber as

características da população idosa e do seu ambiente físico, social e cultural. Neste sentido, torna-se necessário e relevante realizar uma avaliação gerontológica multidimensional com o objetivo de (1) avaliar as capacidades e necessidades das pessoas com 65+ anos a viver em casa; e (2) identificar a utilização e necessidade de serviços comunitários, (3) traçar orientações para as políticas locais de promoção de envelhecimento ativo segundo a OMS. Desta forma, será aplicado o Protocolo de Avaliação de Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP\_GeroSOC-R; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2013).

Para realizar Avaliação Gerontológica Multidimensional, existem diversos instrumentos que abrangem a multidisciplinariedade e interdisciplinaridade, diagnosticando desta forma o estado físico, cognitivo, funcional, e recursos sociais do idoso (Rodrigues 2009). Assim, para o autor, a Avaliação Gerontológica/Geriátrica Multidimensional consiste num diagnóstico multidisciplinar que engloba os problemas funcionais e psicossociais das pessoas idosas. A adequação da prestação de cuidados sociais e de saúde na população idosa conduz à diminuição na deterioração a nível físico e cognitivo e redução nos serviços domiciliários. Além disso, os cuidadores apresentam menor nível de *stress* e os custos, conseqüentemente, são menores. Por estes motivos, o autor afirma que esta avaliação deve ser realizada sistematicamente a nível global e multidisciplinar, por se mostrar benéfica não apenas nos problemas de saúde, mas também ao nível psicológico e social relacionando-as com as incapacidades e necessidades de cada indivíduo.

Segundo Bastos, Faria, Gonçalves e Lourenço (2015), a prática gerontológica devido à sua complexidade deve realizar-se a nível multidisciplinar e bio-psico-social, compreendendo um processo faseado com três momentos específicos: (a) *escuta*, onde cliente e profissional constroem uma relação de confiança; (b) *avaliação* que deve ocorrer tendo por base uma visão multidisciplinar e bio-psico-social e (c) *intervenção* que engloba operações básicas e especializadas. Muito embora estas três fases sejam parte integrante de um processo, destaca-se aqui a fase da avaliação. A avaliação permite a análise das necessidades do indivíduo, através de um conjunto de medidas que analisam: ações e comportamentos; funcionamento biológico e físico; cognição; ambiente e sentimentos, tendo por finalidade a intervenção.

Ao nível da investigação, o envelhecimento ativo tem sido abordado de forma a perceber quais os aspetos que mais contribuem para o bem-estar dos idosos e para um envelhecimento saudável. Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012) testaram o modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS, baseando-se em seis aspetos principais: serviços sociais e de saúde, comportamentais, pessoais, ambiente físico, sociais e económicos, tendo concluído que o modelo não foi empiricamente validado. Os resultados desta investigação mostraram que neste modelo, a saúde é o principal fator associado ao envelhecimento ativo. Contudo observa-se uma relevância de outros fatores pela seguinte ordem: componente psicológica, desempenho cognitivo, fatores biológicos e relações sociais, que quando associados entre si têm grande influência no envelhecimento ativo.

Paúl e colaboradores (2012), concluíram também que os fatores comportamentais são muito importantes, sendo a situação económica e social relevante comparativamente às características biológicas. Segundo os autores, este modelo baseia-se no envelhecimento saudável, com independência e implicação social, para alcançar envelhecimento ativo é necessário ter saúde, possuir qualidade de vida e estar socialmente envolvido. Em termos teóricos, os autores consideram que é mais difícil alcançar envelhecimento ativo em idades avançadas, de género masculino e nível socioeconómico baixo. É difícil definir o envelhecimento ativo, embora se tenha em consideração a heterogeneidade e que a variabilidade de trajetórias dos idosos difere muito.

Um estudo realizado por São José e Teixeira (2014) contribuiu para uma reflexão crítica sobre envelhecimento ativo, afirmando que este constitui uma forma de dar “*empowerment*” aos idosos, mas também acentua o idadismo. A definição de envelhecimento ativo não é explícita e na opinião dos autores não existem elementos suficientes para defini-lo. Por este motivo, agruparam os documentos analisados, tendo em conta principalmente, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia (UE) que apresentam uma definição clara sobre o envelhecimento ativo ou referem considerações importantes. No que diz respeito aos potenciais benefícios, os autores referem uma correlação positiva entre atividade física, mental e bem-estar/qualidade

de vida, verificando-se que a participação social reduz os sintomas depressivos. Por outro lado, a reforma antecipada ao diminuir o contacto social, contribui para acelerar o declínio cognitivo. A OMS ao incluir as atividades não produtivas promove a inclusão e realça a qualidade de vida, enquanto a UE promove a igualdade de género e potencia benefícios sociais através da promoção Intergeracional.

Para São José e Teixeira (2014) observa-se algumas fragilidades neste estudo, dado que a OCDE e a UE excluem do envelhecimento ativo as atividades não produtivas. Uma fragilidade que apenas se refere à OCDE é o facto de o envelhecimento ativo ser de responsabilidade individual, não valorizando a sociedade e as instituições políticas pela promoção de bem-estar dos cidadãos. A persistência do idadismo no mercado de trabalho, assim como as desigualdades sociais e a falta de associações séniores, são alguns dos obstáculos à ideia de envelhecimento ativo.

A investigação na área da tem demonstrado que a Avaliação Multidimensional é útil para perceber as capacidades e necessidade da população idosa, para poder ser traçada uma intervenção mais eficaz. Sendo este um tema cada vez mais recorrente na atualidade, são inúmeros os trabalhos a este respeito, destacando-se algumas das investigações realizadas a este nível a norte de Portugal. Tendo em vista a Avaliação Multidimensional da população idosa com 65 ou mais anos, foram realizados diversos estudos. No município de Santo Tirso o estudo realizado por Pereira (2013) colaborou para orientar o plano Gerontológico concelhio; em Esposende numa investigação concretizada por Costa (2013) foram sugeridos serviços e/ou programas comunitários para promover a qualidade de vida dos idosos; também Sá (2013) realizou uma investigação no município de Amares, tendo contribuído para o desenho de uma intervenção gerontológica ao nível da comunidade.

Realizar a avaliação das pessoas idosas é importante para conhecer as suas reais capacidades e necessidades. Esta situação levanta questões pertinentes e torna-se importante perceber as características da população idosa. Por este motivo, foram colocadas as seguintes questões de investigação: será que a população em análise apresenta os pilares de envelhecimento ativo propostos pela OMS? Que dinâmicas existem nesta comunidade que contribuem para promover o envelhecimento ativo?

De forma a responder a estas questões é necessário e importante realizar uma avaliação Gerontológica Multidimensional à população Valenciana para perceber as suas características. Para o efeito será realizado este estudo com a perspetiva de analisar o envelhecimento do Município de Valença, tendo em vista os objetivos já enunciados.

Após a contextualização e justificação das razões que levaram à realização deste trabalho, importa referir a forma como esta dissertação está organizada. Assim, o presente trabalho é composto por três capítulos: (a) *Capítulo I* - compreende a revisão de literatura o fenómeno do envelhecimento (envelhecimento em Portugal e no mundo e as principais teorias acerca do envelhecimento humano), de seguida aborda os aspetos centrais desta dissertação por um lado o Envelhecimento Ativo e os planos de ação para promover o envelhecimento ativo. Por outro lado, a importância da Avaliação Gerontológica Multidimensional e avaliar para intervir; (b) *Capítulo II* – abrange o método, concretamente, o plano de investigação e participantes, instrumentos e procedimentos de recolha de dados, e a estratégia da análise da informação recolhida e (c) *Capítulo III* – resultados obtidos designadamente as características dos participantes e ambiente próximo, avaliação gerontológica multidimensional e utilização e necessidade de serviços comunitários.

Procede-se finalmente, à discussão dos principais resultados, bem como à conclusão deste estudo, tendo em conta os objetivos do estudo, as limitações e as implicações para as políticas locais de envelhecimento ativo.



CAPÍTULO I

---

REVISÃO DE LITERATURA



## **1. O fenómeno do envelhecimento**

O ser humano sempre se preocupou com o aumento da longevidade e com o elixir da eterna juventude. Ao longo dos anos têm sido várias as perspetivas apresentadas por diferentes autores. De forma breve serão apresentados nesta secção os seguintes aspetos: (a) as Ciências do Envelhecimento; (b) Envelhecimento em Portugal e no Mundo; (c) As principais Teorias acerca do envelhecimento humano; (d) Envelhecimento Ativo e (e) Promoção de Envelhecimento Ativo.

Fernández-Ballesteros (2004) afirma que a Gerontologia nasceu devido a contributos de vários investigadores, tendo início no século XVII, quando se afirmou que a longevidade aumentaria quando as condições de higiene, as condições sociais e da saúde fossem melhoradas. No entanto, este assunto apenas seria desenvolvido no século XIX, pois segundo a autora, nesse período a importância do envelhecimento era relacionada com o peso, altura e idade, assim como as condições económicas. Posteriormente, a Gerontologia baseou os seus trabalhos nas características individuais, tendo em conta os aspetos físicos, sensoriais e motores. Na perspetiva da autora, com o aumento da investigação científica geraram-se contributos que vieram a explicar as mudanças no envelhecimento e as transformações que ocorrem de forma diferente nos idosos.

Segundo a mesma fonte, o objeto de estudo da Gerontologia é o processo de envelhecimento e as suas diferentes dimensões, tendo em conta os aspetos físicos, psicológicos e sociais, no velho, na velhice e no envelhecimento. Para a autora, a Gerontologia Social é uma especialidade da Gerontologia, que além de estudar o envelhecimento do ponto de vista bio-psico-social, também se preocupa com o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, bem como as consequências sociais que se podem delinear com o intuito de melhorar o processo de envelhecimento. Desta forma, Fernández-Ballesteros (2004) afirma que a Gerontologia engloba de forma integral a interdisciplinaridade e as teorias da área da Biologia, Psicologia e Sociologia, sendo uma ciência baseada na investigação sobre a velhice, o envelhecimento e o velho.

Neri (2008) complementando esta ideia, defende que a Gerontologia é um campo multi e interdisciplinar que pretende descrever as mudanças do processo de envelhecimento ao nível genético-biológico, psicológico e sociocultural. Esta disciplina interessa-se também pelas características dos idosos, pela velhice e envelhecimento, em diferentes contextos socioculturais. Para a autora, a Gerontologia envolve muitas disciplinas, no entanto, a Biologia, a Psicologia e a Sociologia são o seu eixo e delas “bebem” as suas teorias, métodos e modelos. A mesma fonte refere que a Gerontologia Social foi um termo utilizado para descrever a Gerontologia e as condições sociais e socioculturais do envelhecimento e as consequências desse processo. Neste campo são importantes as atitudes face à velhice, as práticas políticas e sociais, a gestão da velhice nas instituições sociais e nas organizações (governamentais e não governamentais), os índices de bem-estar, as redes de suporte social e as relações intergeracionais, etc.

A visão de Paúl (2012) encara a Gerontologia como uma área científica que se preocupa com a análise do envelhecimento humano, dando especial atenção às suas vertentes físicas, psíquicas e sociais, de forma a contribuir para o esclarecimento sobre o processo de envelhecimento humano. Segundo a autora, a Gerontologia Social procura explicar o envelhecimento e indica as atividades e programas que melhor se adaptam a esta faixa etária. Segundo a autora, as principais linhas de ação da Gerontologia Social e Comportamental, são o processo de Envelhecimento, o desenvolvimento Humano, a Gerontologia Educacional e a avaliação de Políticas e Serviços Sociais.

De forma geral, os investigadores das Ciências Gerontológicas são unânimes em afirmar que a Gerontologia é uma ciência que estuda o velho, o envelhecimento e a velhice, existindo para tal interdisciplinaridade com diversas áreas onde se destacam as perspetivas Biológicas, Psicológicas e Sociais. De acordo com Bass (2009), a Gerontologia caminha em direção a uma disciplina integrativa de carácter interdisciplinar.

A Gerontologia Social, por seu lado, procura compreender todos os processos que ocorrem na Gerontologia, apontando caminhos para poder melhorar o processo

de envelhecimento. Bastos e colaboradores (2013a) referem que a Gerontologia sendo multidisciplinar, tem sido confundida desde o início com a especialidade médica Geriátrica.

Em síntese, é possível afirmar que a ciência gerontológica é recente e abrange a interdisciplinaridade de várias ciências, dada a complexidade do envelhecimento e das múltiplas variações que este pode ter. Paúl e Ribeiro (2012) afirmam que existe uma tendência crescente para a utilização de teorias multidisciplinares como modo de fundamentar e orientar a resolução de problemáticas na área da Gerontologia, pois esta é uma forma de perceber o envelhecimento no seu todo.

### **1.1 Envelhecimento em Portugal e no mundo**

A tendência de envelhecimento populacional é sentida também em Portugal. Bandeira e colaboradores (2014) referem que a população portuguesa sofreu uma alteração demográfica acentuada entre 1950 e 2011, existindo a inversão da pirâmide por idades, o que se traduz numa população envelhecida. Se por um lado a proporção de jovens diminuiu de 30% para 15%, por outro lado, a população com 65 ou mais anos neste período aumentou de 7% para 19%, tendo existido um aumento significativo de indivíduos com 75 e mais anos. Segundo os autores, embora o processo de envelhecimento seja notório em todo o país, existem diferenças significativas e variações entre as diversas regiões, surgindo como a região mais envelhecida o Alentejo, seguida da região do Norte e de Lisboa.

Segundo a mesma fonte, a diminuição da natalidade e conseqüente aumento da esperança média de vida (longevidade) contribuíram para o aumento do envelhecimento. Em 2011, os 27 países da União Europeia apresentavam um elevado Índice de Envelhecimento. Portugal era um dos países que em 1950 possuía uma população jovem, atualmente é o sexto país da União Europeia com maior Índice de Envelhecimento. A região Europeia que apresentou inicialmente envelhecimento mais acentuado foi a Europa Ocidental e segundo Bandeira e colaboradores (2014), os

países do Sul, onde se engloba Portugal, tiveram um forte envelhecimento especialmente entre 1990 e 2011, sendo estes os países mais envelhecidos da Europa.

Além disso, a nível mundial, Goldstein (2009) defende que as mudanças que têm vindo a ocorrer relativamente ao nascimento, morte e migração dos povos, tem alterado a estrutura etária das populações. O envelhecimento da população é inevitável devido às baixas taxas de fertilidade e mortalidade, sendo que uma pequena alteração na fertilidade ou mortalidade pode ter grandes efeitos sobre a estrutura de idade da população. As populações contemporâneas variam constantemente a sua estrutura etária, no Japão verifica-se a maior longevidade do mundo e várias décadas de subfertilidade, pois há uma criança menor de dez anos de idade para cada dez indivíduos com setenta anos. Ao passo que o Paquistão possui um histórico de alta fertilidade, na qual existem 10 crianças para cada pessoa com setenta anos.

Goldstein (2009) apresenta uma visão geral do envelhecimento à escala mundial e refere que entre 1950 e 2000, a idade média da população mundial aumentou a esperança média de vida de 23,9 para 26,7 anos. Nas próximas décadas, a idade média da população vai aumentar cerca de 38 anos a esperança média de vida. O declínio da fecundidade observada em quase todas as partes do mundo, exceto na África Subsariana e em zonas do Médio Oriente, leva ao envelhecimento da população. Segundo a mesma fonte, as influências a curto prazo do envelhecimento populacional estão em constante mudança, sendo marcadas pelos nascimentos e pela população migrante. A longo prazo, segundo Goldstein (2009), os efeitos no envelhecimento populacional podem ser entendidos se nos focarmos nos grupos ou unidades populacionais (estrutura etária atual) e nos fluxos populacionais (novas entradas e saídas), mas também se deve refletir sobre a evolução da população a longo-prazo. Segundo o autor, a migração e envelhecimento da população estão relacionados, podendo a migração ser uma solução a curto prazo para atenuar o envelhecimento da população. Por conseguinte, o fluxo constante de migrantes pode tornar uma população mais jovem a curto prazo.

As alterações nas populações, segundo Goldstein (2009), têm ocorrido a nível social e económico e relacionam-se com as quedas na fertilidade, a entrada da mulher

no mercado de trabalho, dando prioridade à educação dos filhos. A curto prazo, as sociedades devem aumentar a escolaridade, embora o número de contribuintes não aumente. Mas a longo prazo, o Ensino Superior pode aumentar a produtividade em todo o curso de vida e neutralizar os efeitos de uma entrada mais tardia na vida ativa. O aumento da longevidade pelo menos teoricamente, pode conduzir a um maior nível de poupanças disponíveis para investimento de capital. O que interessa a longo prazo não é a proporção de pessoas de diferentes idades, mas a proporção dos que estão de boa saúde e que são capazes de ser produtivos, daí a relevância do envelhecimento ativo.

A população portuguesa, europeia e mundial nunca antes assistiu a um aumento tão significativo do envelhecimento. Atualmente, existem muitos idosos com mais de 80 anos, facto que há poucos anos não ocorria, mas por outro lado também nunca houve tão poucos nascimentos como atualmente. O envelhecimento está associado ao aumento do conhecimento nas áreas médicas, ao aumento da esperança média de vida, à diminuição da mortalidade, à melhoria das condições de vida e à diminuição da mortalidade infantil. Além disso, o planeamento familiar e a entrada das mulheres para o mercado de trabalho também geraram uma enorme diminuição da natalidade.

## **1.2 As principais teorias acerca do envelhecimento humano**

Como referido anteriormente, a Gerontologia é uma área do conhecimento que se constrói com base numa grande divergência de disciplinas. Para Fernández-Ballesteros (2004), as teorias do envelhecimento baseiam a sua conceptualização nas áreas da Biologia, Psicologia e Sociologia, não sendo possível a sua conceptualização de forma isolada por cada uma destas ciências, pois para explicar o envelhecimento de forma adequada é necessário referir as alterações Biológicas, Psicológicas e Sociais.

Segundo Paúl e Ribeiro (2012), a teoria é de superior interesse para perceber da melhor forma possível o processo de envelhecimento, pois as teorias sustentam os fenómenos que são observados, gerando questões de investigação ou apoiando as

intervenções. Os principais quadros teóricos utilizados para estudar o envelhecimento humano, segundo Paúl e Ribeiro (2012) são: a perspectiva do curso de vida “*life course*”; as teorias desenvolvimentais do curso de vida “*life-span*”; a teoria dos papéis; a teoria da troca “*exchange*”; as teorias pessoa/ambiente/teorias ecológicas; as teorias do envelhecimento bem-sucedido e teoria da seletividade socioemocional, estando associadas estas teorias a vários modelos. Para os autores existe uma tendência crescente para a utilização de teorias multidisciplinares como forma de fundamentar e orientar a resolução de problemáticas na área da Gerontologia. Esta é também uma forma de perceber o envelhecimento no seu todo, pois no processo de investigação procuram-se explicações baseando-se em teorias ou modelos de modo a poder atribuir legitimidade às teorias.

Na tentativa de explicar as várias questões que têm sido colocadas sobre a variabilidade do envelhecimento, Bengston, Gans, Putney, e Silverstein (2009), defendem que as teorias do envelhecimento são interdisciplinares e congregam em si múltiplos fatores, tendo os autores destacado as teorias Biológicas, Psicológicas e Sociológicas do envelhecimento.

De acordo com a mesma fonte, atualmente existe uma visão mais aprofundada sobre o envelhecimento saudável, sendo que a interação das múltiplas influências no envelhecimento saudável traduz-se no entendimento do processo bio-psico-social. Este processo envolve estruturas sociais (género, idade, raça, cultura e nível sócio económico), individuais (características psicológicas e comportamentais) e biológicas (metabolismo celular). Esta visão remete-nos para diferentes grupos teóricos, designadamente teorias Biológicas, Psicológicas e Sociológicas.

As teorias Biológicas do envelhecimento realçam que o sistema imunitário ao longo da vida vai combatendo um número indeterminado de agentes agressores. Assim, no processo de envelhecimento essa “luta” torna-se menos eficaz, dando lugar à diminuição da imunidade, fator ao qual estão associados problemas cardiovasculares, inflamatórios, doença de Alzheimer e neoplasias. Não menos importante é a teoria da evolução (a diversidade biológica é resultado da adaptação e da relação com o ambiente), a plasticidade neuronal (capacidade cerebral de



desenvolver novas conexões sinápticas a partir da experiência e do comportamento do indivíduo), as mudanças adaptativas a diferentes condições ambientais, o *stress* oxidativo e a teoria da senescência, pois todas elas contribuem para explicar o processo de envelhecimento.

As teorias Psicológicas do envelhecimento, segundo Bengtson e colaboradores (2009), defendem a importância do desenvolvimento ao longo do curso de vida, com destaque para a teoria da Otimização Seletiva com Compensação (SOC) de P. Baltes e M. Baltes (1990) e a teoria da seletividade socioemocional de Carstensen (1991), sendo marcos importantes, pois mostram aspectos positivos do envelhecimento. A teoria SOC tem sido muito explorada e atualmente reconhece-se que existe plasticidade cognitiva na vida adulta, sendo este um processo de adaptação que ocorre ao longo da vida, que tem em conta a reserva cognitiva, as diferenças interindividuais e intraindividuais. A plasticidade pode ser influenciada por fatores culturais, no entanto estes recursos tornam-se menos eficazes na idade avançada. A teoria da seletividade socioemocional, como referem os autores, defende que os idosos focalizam a sua atenção na estabilização das suas emoções. Para tal, limitam as informações negativas e focam-se mais em informações positivas. Assim, ativam recursos cognitivos adicionais para alcançar o bem-estar emocional. A Psicologia, tem ainda destacado a resiliência, como aspecto positivo do envelhecimento, uma vez que esta capacidade contribui para compensar certos declínios e perdas que ocorrem com a velhice. Dentro das teorias Psicológicas também se destaca a teoria da integração dinâmica que agrega duas visões, por um lado o bem-estar emocional que melhora a regulação emocional, mas por outro lado, o indivíduo idoso e o aumento de dificuldade em perceber a informação afetiva levando ao comprometimento do autoconceito de bem-estar. A teoria refere que os idosos mais velhos têm dificuldade em integrar sentimentos de bem-estar e de complexidade devido ao aumento de vulnerabilidade em situações de muita estimulação ou em casos de recursos sócio económicos baixos.

Nas Ciências Sociais, várias teorias procuram explicar o processo de envelhecimento. A perspectiva científica sobre o desenvolvimento do conhecimento ajuda a perceber as desigualdades e desvantagens a nível cumulativo. Segundo os

autores, a teoria da desigualdade cumulativa preocupa-se com a natureza intergeracional da desigualdade e a classe social influencia os resultados e alterações do curso de vida. Desta forma, é influenciada por diversos fatores a que o indivíduo está exposto. Os indivíduos fazem as suas escolhas, sendo que as experiências ao nível da família, escolaridade, trabalho e lazer vão moldando e influenciando a sua forma de envelhecer. Na perspetiva dos autores, a Gerontologia Social tem vindo a desenvolver-se, centrada no envelhecimento individual e coletivo nos seus diversos contextos, tendo em atenção a interdisciplinaridade dos mesmos.

Para Bengtson e colaboradores (2009), a criação de políticas de envelhecimento integra três áreas: (1) políticas económicas e o seu contributo para o bem-estar do indivíduo; (2) a sociedade e os seus valores, comportamentos e ações, integrando padrões individuais e comunitários e (3) o Estado e as suas Políticas Públicas de envelhecimento.

Segundo Paúl e Ribeiro (2012), futuramente, a investigação em Gerontologia deverá preocupar-se com o género, pois existem mais mulheres idosas do que homens. O envelhecimento cognitivo é o ponto nuclear da investigação em Gerontologia e o avanço da tecnologia tem ajudado a perceber o que ocorre ao nível cognitivo no envelhecimento. Na perspetiva de Paúl e Ribeiro (2012), a investigação refere que a plasticidade e a compensação são fatores que podem ajudar a perceber o envelhecimento cognitivo. Outra das preocupações da investigação neurológica é o bem-estar e destacam que ao contrário da deterioração física e cognitiva, os idosos apresentam bons níveis de bem-estar subjetivo só se verificando declínio próximo da morte. Em termos teóricos, os autores referem que entre as teorias que desenvolvem o envelhecimento emocional salientam-se: (1) a seletividade socioemocional; (2) a teoria de Labouvie-Vief e (3) a teoria do controlo. Estas teorias, conjuntamente com o modelo SOC de P. Baltes e M. Baltes (1990) dão-nos indicação sobre a regulação emocional nos idosos, onde as alterações cognitivas dos incentivos emocionais e uma maior motivação e competência emocional promovem a melhor qualidade de vida dos idosos.

Ainda de acordo com a mesma fonte, fatores adaptativos do envelhecimento, tais como a plasticidade positiva e a reserva neuronal, têm muita importância na

compensação de declínios que ocorrem nesta faixa etária. Segundo Paúl e Ribeiro (2012), outro fator favorável ao envelhecimento é a regulação emocional, pois intervém como impulsionador de bem-estar subjetivo.

Em síntese, a Gerontologia tem dado grandes passos rumo ao conhecimento de todo o processo de envelhecimento. Ao longo dos anos tem-se verificado que as teorias do envelhecimento, são cada vez mais sólidas e os investigadores procuram respostas para envelhecer bem. O envelhecimento ativo surge como uma medida política, que poderá contribuir de forma positiva para o envelhecimento.

## 2 Envelhecimento ativo

A OMS (2002a) na Assembleia Mundial de Madrid em Abril de 2002, defendeu o envelhecimento ativo como um processo contínuo, onde os indivíduos de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades promovem a **saúde**, a **participação** e a **segurança**, potenciando desta forma a qualidade de vida. Neste sentido, o envelhecimento ativo tem em conta uma abordagem de curso de vida. Para poder implementar esta ideia, foi sugerido um conjunto de políticas que alavancam o envelhecimento ativo e se relacionam diretamente com aspetos comportamentais e psicológicos.

Das políticas impulsionadoras de envelhecimento ativo propostas pela OMS (2002b), destaca-se a opção da saúde promovendo comportamentos saudáveis, bom funcionamento físico e cognitivo, promoção do afeto positivo, estratégias de *coping* e, ainda, a promoção do funcionamento psicossocial e da participação social.

Na perspetiva da OMS (2002a), os determinantes de envelhecimento ativo (Figura 1) envolvem os indivíduos, as suas famílias e as comunidades em que estes estão inseridos, sendo a cultura e o género considerados como determinantes transversais. Como tal, a cultura influencia todos os determinantes do envelhecimento ativo, pois envolve o indivíduo moldando-o segundo as suas influências. Os valores, atitudes e tradições de uma cultura podem determinar vários tipos de envelhecimento. O género é também um determinante transversal do envelhecimento ativo, pois em algumas culturas o género feminino tem menos acesso a um conjunto

variado de oportunidades uma vez que é visto na perspectiva de cuidador, enquanto o género masculino é mais orientado para o uso da força.

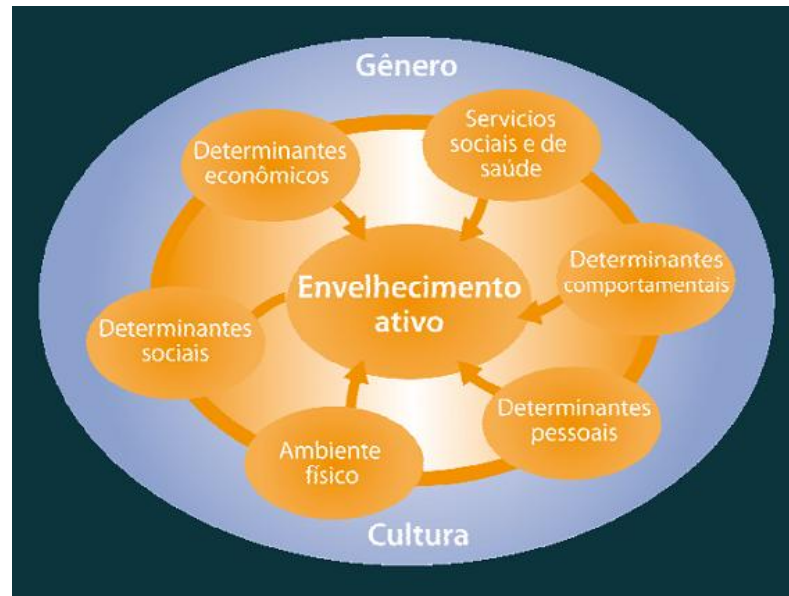


Figura 1. Determinantes de envelhecimento ativo segundo a OMS

Fonte: OMS, 2002

Os determinantes relacionados com os sistemas de saúde e com os sistemas sociais são também mencionados pela OMS (2002a), uma vez que no envelhecimento ativo a promoção da saúde e a prevenção de doença de forma igualitária são decisivos. Com o avançar da idade existe maior prevalência de doença e por isso é necessário que os cuidados de saúde estejam ao alcance de toda a população. Estilos de vida saudáveis tornam-se basilares no alcance de um envelhecimento ativo, uma vez que contribuem para retardar as alterações funcionais e previnem o aparecimento de doenças crónicas. Por esta razão, a OMS (2002a) recomenda a realização de atividade física regular, uma alimentação saudável, cuidar da higiene oral, reduzir o álcool e eliminar a automedicação.

Os ambientes físicos são também um dos determinantes propostos pela OMS (2002a), visto que um ambiente com barreiras arquitetónicas pode levar ao isolamento do idoso, gerando depressão e conseqüentemente diminuição de mobilidade. As

barreiras arquitetónicas são ainda propensas a provocar quedas ou outros acidentes. A mesma fonte refere que existe atualmente um grande número de indivíduos idosos que vivem sozinhos e a habitação em si constitui um fator de interação social ou de isolamento. Outros determinantes físicos são a alimentação, a água e o ar não poluídos, pois os idosos são indivíduos mais vulneráveis e a falta destas condicionantes pode levar ao agravamento de doenças crónicas e ao comprometimento do sistema imunológico.

A OMS (2002a) afirma que a aprendizagem ao longo da vida, as oportunidades, a paz e a proteção são importantes para atingir um envelhecimento ativo, pois estão associadas a um aumento do bem-estar geral e da saúde. A mesma fonte refere a importância dos aspetos económicos, uma vez que o valor da reforma condiciona o acesso aos cuidados de saúde e à alimentação, apresentando-se as mulheres mais vulneráveis. Por outro lado, a proteção social e o emprego são determinantes do envelhecimento ativo, uma vez que a pensão de reforma para a maioria dos idosos é a sua única fonte de receita para suportar todos os seus encargos. O prolongamento de tempo na vida laboral é uma forma de estabilizar e sustentar os encargos financeiros, aumentando as relações sociais, contribuindo para elevar o bem-estar psicológico, sendo por isso um dos condicionantes do envelhecimento ativo.

Os determinantes propostos pela OMS (2002a) aplicam-se a todas as faixas etárias, embora nos idosos tenham maior impacto na saúde e na qualidade de vida. Os serviços sociais e de saúde, os determinantes comportamentais e pessoais, o ambiente físico e os determinantes sociais e económicos interagem entre si e são bons indicadores da forma como os indivíduos envelhecem.

A OMS (2002b) emitiu diretrizes a serem aplicadas pelos estados membros em que Portugal se integra. Este plano de ação possui três áreas de intervenção prioritárias: (a) a pessoa de idade e o seu desenvolvimento; (b) a promoção da saúde e o bem-estar no envelhecimento e (c) a criação de um ambiente propício e favorável. Posteriormente foram emitidas recomendações específicas para que o plano de ação internacional sobre o envelhecimento fosse focado essencialmente no envelhecimento ativo. Desta forma, os estados membros das Nações Unidas devem apoiar o

envelhecimento ativo, especialmente nas seguintes áreas: redução do número de mortes prematuras em idade produtiva; redução de incapacidades associadas a doenças crônicas nos idosos; melhorar a qualidade de vida no envelhecimento; aumentar a participação ativa a nível social, cultural, económico e político da sociedade; reduzir custos com tratamentos e assistência médica; promover programas de envelhecimento ativo e ambientes amigos dos idosos (como por exemplo cidades amigas dos idosos); promover a solidariedade entre gerações, indivíduos e suas famílias.

Recentemente, a OMS (2015) afirmou que é necessário implementar novas medidas a nível global, tendo em conta a diversidade existente entre as vidas mais longas e as desigualdades. Assim, aos três pilares básicos já referidos do envelhecimento ativo junta-se um novo pilar, a aprendizagem ao longo da vida que influencia o bem-estar, a empregabilidade, a solidariedade intergeracional e a promoção de oportunidades, etc.

Envelhecer ativamente pressupõe o envolvimento ativo do indivíduo nas suas múltiplas dimensões Biológicas, Psicológicas e Sociais (Fernández-Ballesteros, 2009). Portanto, para se promover o envelhecimento ativo é fundamental avaliar as condições das pessoas em termos bio-psico-sociais.

Fernández-Ballesteros (2009) considera que a OMS (2002) propôs uma visão ampla sobre o envelhecimento ativo, pois tem em conta determinantes do meio ambiente, económicos, sociais, serviços de saúde, sociais, estilos de vida e condicionantes pessoais. Dada a complexidade de comparação entre as muitas características, o envelhecimento ativo deve ser analisado através de instrumentos, escalas e indicadores. No entender da autora, existe alguma confusão entre conceitos, quer nas definições dos termos, quer a nível da sua dimensionalidade, uma vez que o envelhecimento é um conceito multidimensional.

Segundo a mesma fonte, a visão da OMS sobre o envelhecimento ativo tem em conta uma abordagem de curso de vida, onde são considerados três aspetos importantes. O percurso de vida e a manutenção de um bom funcionamento, o modelo teórico de envelhecimento ativo e, por último, as políticas existentes face ao

aumento de idosos. Este modelo tem em conta que os indivíduos envelhecem de formas muito diferentes, existindo por isso uma grande variabilidade intra individual e interindividual, que tendencialmente aumenta com a idade. Desta forma, a autora refere que os indivíduos que apresentam um bom desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social têm propensão para manterem ao envelhecer um bom funcionamento conjuntamente com independência, bem-estar e plasticidade. Por este motivo, a OMS (2002a) reconhece que o envelhecimento ativo é um processo de adaptação, onde atuam mecanismos preventivos e corretivos, moldados pelos recursos internos e externos do indivíduo. Ao longo da vida, o indivíduo seleciona, otimiza e compensa mecanismos de forma proativa, na expectativa de alcançar um bom nível de funcionamento positivo que leva ao envelhecimento ativo.

Testar o modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS foi o objetivo de Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012), tendo-se baseado em seis aspetos importantes: serviços sociais e de saúde, comportamentais, pessoais, ambiente físico, sociais e económicos, tendo concluído que o modelo não foi empiricamente validado. Nesta investigação, os autores recorreram a uma amostra de 1.322 idosos residentes na comunidade, utilizando um protocolo de avaliação extensivo para medir determinantes da OMS de envelhecimento ativo. Do protocolo constavam os seguintes instrumentos: o *Mini Mental State Examination*, Escala de Lubben, *Health Questionnaire*, Teste de Orientação da Vida, Inventário de Personalidade, Questionário sobre a felicidade, Qualidade de Vida (*WHOQOL-BREF*), *Mini Peak Flow*, utilização de medições eletrodinâmicas (*Grip-D, TAKEIScienti fi InstrumentsCo., LTD*), sendo ainda avaliadas a saúde e a condição física através de indicadores de autorrelato.

Os resultados da investigação de Paúl e colaboradores (2012) mostraram que neste modelo, a saúde é o principal fator associado ao envelhecimento ativo, apresentando também relevância a componente psicológica, seguida do desempenho cognitivo, dos fatores biológicos e das relações sociais que associados aos anteriores, têm grande influência no envelhecimento ativo. O modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS não foi empiricamente validado e requer uma análise dos fatores psicológicos e a sua relação com a capacidade de lidar com o envelhecimento. Os autores afirmam que no envelhecimento ativo, as características psicológicas são

muito importantes para a adaptação individual ao envelhecimento, tendo em atenção a promoção de hábitos saudáveis, a resiliência, evitar o isolamento e aumentar o sentimento de bem-estar.

Na investigação sobre envelhecimento ativo, Paúl e colaboradores (2012), concluíram que o envelhecimento ativo é de carácter multidimensional e possui características objetivas e subjetivas. No entanto, os fatores comportamentais são muito importantes, sendo a situação económica e social relevante relativamente a características biológicas. Segundo os autores, este modelo baseia-se no envelhecimento saudável, com independência e implicação social. Para alcançar envelhecimento ativo é necessária saúde, qualidade de vida e envolvimento social. Em termos teóricos, os autores consideram que é mais difícil alcançar envelhecimento ativo em idades avançadas, de género masculino e nível socioeconómico baixo. É difícil definir o envelhecimento ativo, tendo em consideração a heterogeneidade e a variabilidade de trajetórias dos idosos.

Stenner, McFarquhar e Bowling (2011) analisaram os aspetos subjetivos do envelhecimento ativo, tendo afirmado que a ideia de envelhecimento ativo ocorre ao longo da vida e parte de uma visão política, compreendendo aspetos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais que interagem de diferentes formas. Segundo os autores, o envelhecimento ativo está relacionado com a participação permanente em atividades sociais, culturais e rotinas diárias.

Este estudo contou com uma amostra de 42 participantes com média de idade de 72 anos, tendo por objetivo obter informação sobre a perceção que o idoso tem sobre envelhecimento ativo, qualidade de vida e como envelhecer ativamente. Os resultados deste estudo mostram que a maioria dos idosos associa o envelhecimento ativo com a prática de atividade física, cerca de metade dos participantes referiu que para ter envelhecimento ativo era necessário estar mentalmente ativo, apenas uma pequena parte mencionou que para ter envelhecimento ativo é necessário ter pelo menos uma atividade social (estar com a família, estar com os amigos, frequentar clubes, ir à igreja, fazer voluntariado, praticar desporto e sair para fazer refeições fora de casa). Os idosos descreveram o envelhecimento ativo como um conjunto



multifacetado de fatores físicos, mentais e sociais, englobando interesses, ocupação de tempos livres, relações familiares, realização de voluntariado, manutenção de um estilo de vida saudável e envolvimento social.

Dada a subjetividade do envelhecimento ativo, esta investigação teve em atenção os determinantes individuais, referindo que os acontecimentos de vida relacionados com situações difíceis tais como quedas, doenças ou mortes de entes queridos, desafios relacionados com a dependência e/ou isolamento, aumentam a subjetividade. O envelhecimento ativo, segundo Stenner e colaboradores (2011), tende a ser compreendido realizando a distinção entre atividade e passividade, seja a nível mental, físico, social ou todos estes fatores relacionados entre si, implicando que o indivíduo tem o seu próprio padrão. Para os autores, a perda de autonomia pode significar um afastamento do envelhecimento ativo, onde a capacidade mental, física e social diminui conjuntamente com a autonomia e o interesse pela vida, aumentando a dependência e o isolamento. Desta forma, os autores concluíram que envelhecimento ativo era percecionado de forma complexa, sendo um desafio que embora seja individual tem uma relação direta com fatores macrossociais. Envelhecer ativamente implica saber gerir os desafios que os eventos de vida poderão trazer numa abordagem psicossocial.

A principal resposta política criada face ao crescente envelhecimento da população, conforme Walker e Maltby (2012) são as políticas que promovem o envelhecimento ativo. Com o objetivo de contribuir para o debate crítico sobre o envelhecimento ativo, os autores analisaram e compararam o conteúdo de diversos documentos sobre este tema, em organismos internacionais como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia (UE). Os resultados deste estudo mostraram que existem conceções que são diferentes na sua generalidade, mas que possuem semelhanças. Esta situação verifica-se sobretudo entre as conceções da OMS e da UE.

Walker e Maltby (2012) mencionam que o envelhecimento está em fase crescente e é esperado que em 2060, 30% da população tenha 65 ou mais anos, alterando desta forma a economia e a sociedade das regiões e acarretando alterações

no futuro social. A mesma fonte afirma que a reforma leva a um processo de exclusão social, política e económica. No entanto, a União Europeia perante este acontecimento, desenvolveu políticas que assentam principalmente no valor da reforma, levantando, no entanto, questões de sustentabilidade e desequilíbrio financeiro entre os indivíduos ativos e inativos. Além de serem implementadas políticas de envelhecimento ativo na Europa, os autores mencionam que deveria também ser combatido o idadismo. Deste modo, o conceito de envelhecimento ativo tornou-se numa política aplicada a todo o mundo com carácter acentuadamente economicista, sendo um novo paradigma que tem por base a Gerontologia, a política e os seus condicionantes.

Após a análise documental realizada, os autores concluíram que o envelhecimento ativo apresenta uma abordagem ampla que tem em conta a participação, o bem-estar e a idade do indivíduo, abrangendo-o a nível micro, meso e macro. Neste contexto, sugerem que a responsabilidade individual seja acompanhada de medidas políticas que visem o emprego, a saúde, as pensões e a educação potenciando dessa forma o envelhecimento ativo.

Segundo Cassinello (2013), o envelhecimento ativo surgiu com o envelhecimento populacional que implicou o nascimento de políticas públicas direcionadas aos idosos. Nesta perspetiva, a autora refere que não há apenas a preocupação com o aumento da esperança média de vida sem incapacidade, mas é reconhecido que o processo de envelhecimento ocorre ao longo da vida otimizando o bem-estar físico, mental e social com a finalidade de aumentar a expectativa de vida saudável, participativa e segura. A autora menciona que a comunidade científica atual reconhece a interação existente entre o ambiente e o comportamento ao longo do curso de vida como forte preditor do envelhecimento ativo, pois as variáveis bio-psico-sociais e as ações do indivíduo no seu ambiente são as principais responsáveis pela forma como se envelhece.

Cassinello (2013) salienta que a nível das políticas públicas é necessário serem implementadas medidas que sustentem os três pilares de envelhecimento ativo proposto pela OMS (2002). Para tal é necessário intervir ao nível da: (1) *saúde*

prevenindo e reduzindo a incapacidade, as doenças crónicas e a mortalidade prematura, os serviços sociais e de saúde (públicos e privados), prevenção de doenças e promoção de hábitos saudáveis; (2) *participação* ao nível de atividades remuneradas e não remuneradas, incentivar reformas tardias e contratação de pessoas mais velhas, promover o voluntariado aumentando as redes sociais dos idosos e o sentimento de ajuda aos outros, melhorando a satisfação com a vida, facilitar a aprendizagem ao longo da vida de forma a participar em sociedade; e (3) *segurança* ao nível das políticas sociais, económicas e físicas de modo a garantir a sua assistência.

A autora concluiu que o envelhecimento ativo depende de fatores políticos e individuais. Por um lado, requer a aplicação de medidas políticas ao nível da saúde, economia, trabalho, habitação e transporte para promover a participação dos idosos na vida comunitária. Por outro lado, o indivíduo deve saber gerir o seu estilo de vida.

Com o intuito de contribuir para uma reflexão crítica sobre o envelhecimento ativo, São José e Teixeira (2014) afirmaram que este constitui uma forma de dar “*empowerment*” aos idosos, mas também acentua o idadismo. O envelhecimento ativo foi impulsionado por três fatores macrossociais: o envelhecimento demográfico, a substituição do modelo de estado de previdência e o envelhecimento positivo.

Os investigadores referem que a definição de envelhecimento ativo não é explícita e, na sua opinião, não existem elementos suficientes para poderem defini-lo. Por este motivo, agruparam os documentos analisados, tendo em conta principalmente, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia (UE) que apresentam uma definição clara sobre o envelhecimento ativo ou referem considerações importantes. Os investigadores mencionam que o envelhecimento ativo proposto pela OMS e pela UE são mais amplos e têm em consideração o percurso de vida, realçando uma abordagem inclusiva. A OMS possui uma visão multidimensional e coletiva, tendo o indivíduo um papel importante. Desta forma, a OMS baseia-se nos direitos humanos, nos contextos de vida, nas ligações intergeracionais e nas oportunidades que surgem ao longo da vida, apresentando-se humanista, pois o indivíduo pode otimizar as oportunidades a nível físico e mental. A UE tem uma visão

semelhante à OMS, no entanto, realça a participação social, estilos de vida saudáveis e atividades produtivas, tendo em conta a vertente económica. A mesma fonte refere que a OCDE reconhece que o envelhecimento ativo é uma responsabilidade individual, acentuando as atividades produtivas e realçando a importância das pessoas mais velhas no mercado de trabalho, apresentando-se, por isso, individualista e economicista. As três organizações reconhecem que para envelhecer ativamente é necessário realizar atividades de utilidade económica e/ou social.

O envelhecimento ativo na perspetiva destas organizações, segundo São José e Teixeira (2014), tem em comum a responsabilidade individual, implicando a realização de atividades produtivas do ponto de vista económico e social (para a OMS também as atividades não produtivas). No que diz respeito aos potenciais benefícios, os autores referem uma correlação positiva entre atividade física, mental e bem-estar/qualidade de vida, verificando-se que a participação social reduz os sintomas depressivos. Por outro lado, a reforma antecipada ao diminuir o contacto social contribui para acelerar o declínio cognitivo. A OMS ao incluir as atividades não produtivas promove a inclusão e realça a qualidade de vida, enquanto a UE promove a igualdade de género e potencia benefícios sociais através da promoção intergeracional.

No entender de São José e Teixeira (2014), este estudo mostrou que existem algumas fragilidades, uma vez que a OCDE e a UE excluem do envelhecimento ativo as atividades não produtivas. Uma fragilidade que apenas se refere à OCDE é o facto do envelhecimento ativo ser de responsabilidade individual, desresponsabilizando a sociedade e as instituições políticas em relação à promoção de bem-estar dos cidadãos. Para os autores, a persistência do idadismo no mercado de trabalho, assim como as desigualdades sociais e a falta de associações seniores representam obstáculos para alcançar o envelhecimento ativo.

## **2.1 Planos de ação para promover o envelhecimento ativo**

Diversos estudos sobre a promoção do envelhecimento ativo apontam a prática de atividade física, como um dos determinantes primordiais para alcançá-lo. Araújo e

Melo (2011) afirmam que esta prática contribui para prevenir a doença, manter o funcionamento cognitivo e promover a integração na sociedade.

Para combater a inatividade existem planos específicos de desporto para os idosos. Segundo Araújo e Melo (2011), as atividades físicas devem realizar-se de forma gradual, tendo em conta o treino da força, da resistência, do alongamento e da flexibilidade, sendo que a maior parte dos exercícios engloba todas estas características.

De forma a combater a inatividade, o Município de Valença (Portal Municipal de Valença, 2015) possui um projeto denominado “Vida Ativa” que pretende através da atividade física contribuir para a promoção da saúde e bem-estar das pessoas com 60 anos ou mais, residentes no Concelho de Valença. Das atividades que fazem parte do programa “Vida Ativa” estão contempladas a ginástica de manutenção, danças de salão e piscina.

Araújo e Melo (2011) mencionam que os exercícios mais recomendados para os idosos são a ginástica, dança, caminhadas e atividades aquáticas. Ainda, os autores referem que existem atividades recreativas e de lazer que proporcionam descontração, diversão e alegria, permitindo ocupação de tempos livres e novas experiências, como a jardinagem, ioga e TaiChi.

A participação social é reconhecida pela OMS como um dos pilares básicos para o envelhecimento ativo, sobre este assunto Araújo e Melo (2011) referem que reforçar a participação na sociedade é importante para consolidar laços sociais e a relação familiar. Os idosos ao estarem inseridos na comunidade têm a possibilidade de experimentar novas vivências, trazendo-lhes benefícios afetivos, emocionais, informativos, instrumentais e potenciando o convívio social. Os autores afirmam que a importância de se envolver em atividades contraria a diminuição das suas redes sociais, diminuindo sentimentos de solidão. As atividades de lazer e recreação, as viagens, o convívio intergeracional, as novas tecnologias, a solidariedade e o voluntariado, cuidar dos netos e as universidades seniores, são as propostas apresentadas por Araújo e Melo (2011) para a promoção do envelhecimento ativo.

Ao nível do emprego, tem-se verificado um pouco por toda a Europa, a promoção de envelhecimento ativo. Hessel (2008) analisou a evolução da política europeia a nível do emprego e dos parceiros sociais, tendo em conta o envelhecimento ativo e as alterações do curso de vida.

O aumento de oportunidades de formação ao longo da vida e a adaptação dessas oportunidades, melhorou a empregabilidade dos trabalhadores, proporcionando empregos mais flexíveis e mais produtivos (Hessel, 2008). Nos países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), a formação profissional para os trabalhadores mais velhos, é custeada pelas entidades empregadoras.

Segundo a investigação de Hessel (2008), os trabalhadores mais velhos mantêm o potencial em adquirir novas competências. No entanto, sabe-se que o uso das competências melhora com a prática e regride quando as mesmas não são utilizadas. Desta forma, a capacidade de aprendizagem não se relaciona com a idade, mas sim com os meios laborais, daí que a reciclagem e a formação sejam o ponto-chave para melhorar a empregabilidade dos trabalhadores mais velhos.

O papel dos parceiros sociais, segundo Hessel (2008), torna-se eficaz na aprendizagem no local de trabalho e, assim, as ações de educação e formação de adultos através de protocolos entre os vários parceiros sociais vão ao encontro das necessidades de formação

Hessel (2008) concluiu que a aprendizagem ao longo da vida é cada vez mais importante e a formação dos trabalhadores mais velhos pode traduzir-se num aumento de produtividade e adiamento da entrada na reforma, contribuindo desta forma para a promoção do envelhecimento ativo.

A segurança é outro dos pilares básicos de envelhecimento ativo proposto pela OMS. Duarte e Barbosa (2011) sublinham que devem ser realizadas ações para diminuir a vulnerabilidade e os acidentes domésticos, pois a insegurança diminui a qualidade de vida, a autoestima, a autonomia e a independência dos idosos. Os autores referem que a segurança deve ser garantida a nível pessoal, prevenindo

quedas e ao nível do ambiente físico, eliminando barreiras arquitetónicas. O maior número de acidentes ocorre geralmente em casa, como afirmam os autores e muitas vezes podem ser evitados com pequenas alterações ambientais ou adaptações dos espaços, pois estão bastante relacionados com quedas no domicílio, daí a importância de implementar medidas preventivas. Os autores referem ainda que os incêndios e os acidentes por intoxicação são comuns nos idosos e ocorrem muitas vezes em casa por inalação de gás ou ingestão de medicamentos.

A inovação da tecnologia tem um papel muito importante, embora pelos seus custos elevados esteja ao alcance de poucos. No entanto, Duarte e Barbosa (2011) afirmam que a domótica permite que os idosos tenham maior conforto, segurança e menos barreiras arquitetónicas. Por outro lado, esta tecnologia dá a possibilidade de controlar o interior e exterior da casa, permitindo a deteção de intrusos e a localização de fumo, inundação ou gases. Dado que a segurança dos idosos não passa apenas pelo seu domicílio, Duarte e Barbosa (2011) referem que os espaços exteriores também devem permitir o acesso a todas as pessoas, uma vez que intervém ao nível da independência, saúde física, social e emocional. O projeto “Cidades Amigas das Pessoas Idosas” abrange vários assuntos associados à segurança como os espaços exteriores e edifícios, transportes e habitação. Duarte e Barbosa (2011) referem ainda a importância da segurança rodoviária, pois o idoso enquanto peão ou condutor, através de boas práticas pode prevenir potenciais acidentes. Existe ainda um conjunto de situações enunciadas pelos autores como os cuidados a ter em caso de ausência de casa por um dado período, as alterações climáticas, assaltos, burlas, maus tratos físicos, psicológicos, sexuais ou financeiros que muitas vezes surgem de amigos ou conhecidos.

O processo de envelhecimento pressupõe mudanças a nível físico, psicológico e social que variam de indivíduo para indivíduo, sendo multidirecional e multidimensional, existindo ganhos e perdas em função dos recursos internos e externos de cada indivíduo. Assim, Araújo e Pereira (2015) propuseram um programa de envelhecimento ativo para todas as idades que teve por base a ideia de envelhecimento ativo da OMS e a perspetiva de Wick (2012) que será brevemente explicada posteriormente. O programa denominado “Andar, Aprender, Amar: Um

programa de envelhecimento ativo para Todas as Idades” é composto por três fases (Araújo & Pereira, 2015), a seguir descritas sucintamente. Numa fase inicial, esclarece, motiva e consciencializa os participantes, explicando as vantagens e desvantagens das atividades. Numa segunda fase, desenvolve as atividades estipuladas que vão desde a realização de atividades físicas, estimulação cognitiva, atividades entre gerações e voluntariado. A terceira fase consiste na avaliação do programa realizado, com vista à melhoria dos resultados. Desta forma, o programa pretende manter, desenvolver e/ou melhorar as aptidões físicas, psicológicas e sociais, com vista à melhoria da qualidade de vida da população, de todos os grupos etários.

As estratégias de intervenção do programa têm o seu principal foco nos pilares de envelhecimento ativo da OMS (saúde, participação e segurança) e nas dimensões propostas por Wick, que intervém ao nível biológico (andar - cuidar do corpo em geral), a nível psicológico (aprender - estimulação intelectual constante) e a nível social (amar - amizades e contactos sociais). Assim, Araújo e Pereira (2015) pretendem contribuir para a prática do envelhecimento ativo através da otimização das capacidades físicas, psicológicas e sociais, promovendo a qualidade de vida, desde a infância à velhice.

Um pouco por todos os países da União Europeia (UE) a ideia de envelhecimento ativo tem-se tornado um desafio que também Portugal assumiu. Como forma de promover o envelhecimento ativo, uma vez que o Governo de Portugal lançou o Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (AEEASG, 2012) e as medidas propostas por este programa continuam a ter impacto atualmente.

No programa de ação do AEEASG (2012) foi lançado um conjunto de medidas que serviram para incentivar o envelhecimento ativo. Dentro destas medidas, destaca-se o fortalecimento do papel das famílias e das relações intergeracionais, a valorização do idoso tendo em conta a sua participação ativa e o exercício dos seus direitos, a aprendizagem ao longo da vida, o incentivo à realização de voluntariado social, a criação de condições para que os idosos permaneçam no lugar sendo dado destaque à prevenção de dependências.



Em Portugal, as medidas de política desenvolvidas para alcançar o envelhecimento ativo estão associadas à promoção do bem-estar e da inclusão social ao longo da vida realçando a importância dos idosos na sociedade. O programa de ação do AEEASG (2012) tem desenvolvido várias iniciativas ao nível da: (a) saúde - plano nacional de saúde para pessoas idosas e o programa saúde e termalismo sénior; (b) acessibilidades - o sistema de atribuição de produtos de apoio, o programa conforto habitacional para pessoas idosas e a rede europeia de desenho para todos e acessibilidade eletrónica; (c) segurança social - prestações sociais e familiares, complemento solidário para idosos e complemento por dependência; (d) aprendizagem ao longo da vida - rede de universidades seniores e o turismo sénior; e (e) tecnologias de informação - programa net@vó, o projeto TIO (Terceira Idade Online) e Idade Maior. Para além deste conjunto de medidas, foi criada a linha do cidadão idoso, a linha nacional de emergência social e o serviço de atendimento a pessoas com necessidades especiais, assim como o projeto VIP (Voluntariado Intergeracional de Proximidade) e planos de atividades intergeracionais nas autarquias.

O objetivo principal do programa de ação do AEEASG (2012) foi cooperar na facilitação de uma cultura de envelhecimento ativo na Europa, tendo definido para o efeito cinco eixos: emprego, trabalho e aprendizagem ao longo da vida; saúde, bem-estar e condições de vida; solidariedade e diálogo intergeracional; voluntariado e participação cívica; e, por último, o conhecimento e sensibilização social.

A preocupação com as mudanças populacionais trouxe renovações interventivas a vários níveis e em toda a Europa foi lançado o desafio de criar uma Europa Amiga do Idoso, segundo a International Foundation for Integrated Care (IFIC, 2015). Com o envelhecimento da população é imperativo encontrar soluções sustentáveis para que os idosos se mantenham ativos e independentes, durante o maior tempo possível. Um dos fatores que contribui para alcançar esta autonomia são as cidades amigas dos idosos, contribuindo ainda para executar e implementar ações a nível físico e social para todas as gerações.

Segundo este Organismo, as Cidades Amigas dos Idosos possuem valores e princípios de atuação que as orientam, no sentido de desenvolver o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, promovendo a participação, proteção e segurança. Na perspetiva da IFIC (2015), as Cidades Amigas dos Idosos contribuem para que as pessoas vivam de forma independente, participando a nível socioeconómico através do consumo de bens e serviços, emprego e voluntariado. Para este Organismo, esta é uma forma de promover os direitos dos idosos, para que possam envelhecer com dignidade e igualdade de oportunidades. As cidades amigas dos idosos são inclusivas e dinâmicas e promovem a participação de todas as gerações. Possuem áreas de intervenção que afetam a forma como se envelhece: habitação, participação social, respeito e inclusão, participação, cidadania e emprego, comunicação e informação, serviços comunitários de apoio à saúde, espaços ao ar livre e as construções e acessos envolventes e, ainda, o transporte. Desta forma, as cidades amigas dos idosos contribuem para o envelhecimento ativo, dando resposta às alterações demográficas que têm ocorrido.

Em síntese, foram aqui focadas diversas intervenções possíveis tendo em vista o envelhecimento ativo. De forma a realizar uma intervenção adequada ao conjunto de características de cada população, é necessário realizar uma Avaliação Gerontológica Multidimensional, através de instrumentos, escalas e indicadores tal como seguidamente será referida.

### **3 Avaliação gerontológica multidimensional**

A Avaliação Gerontológica Multidimensional tem sido investigada por diversos autores e Rodrigues (2009) afirma que esta temática, tem vindo a ser cada vez mais valorizada pelas políticas da saúde e do social. Dado que antes de intervir é necessário avaliar, seguidamente será referida a relevância dos seguintes aspetos: 2 Avaliação Gerontológica Multidimensional e 2.1 Avaliar para intervir: Avaliação Gerontológica Multidimensional.

O autor refere que a evolução que tem ocorrido na qualidade de vida dos idosos está relacionada com o aumento de cuidados médicos, diminuição da

morbilidade, manutenção de capacidades funcionais e aumento da esperança média de vida. Desta forma, surge a necessidade de avaliar as capacidades dos idosos para poder ir ao encontro das suas necessidades através do meio envolvente. A Avaliação Gerontológica Multidimensional realiza-se através de instrumentos diversos, de forma a fazer um levantamento de necessidades, analisando o estado de saúde, as necessidades a nível social, económico e familiar, o comportamento e as condicionantes que possam comprometer a qualidade de vida. Uma avaliação para ser eficaz deve analisar o estado físico, a função cognitiva, o estado nutricional e funcional, a polimedicação, os recursos financeiros e sociais. Após a avaliação deve ser traçado um plano de intervenção que vise colmatar as necessidades dos problemas identificados.

Segundo Cantera (2009), a Avaliação Gerontológica Multidimensional tem a finalidade de obter informação para traçar um plano de tratamento/intervenção, utilizando os recursos adequados para poder tornar-se eficaz. O autor refere que existem várias vantagens, uma vez que se verifica diminuição da mortalidade, melhoria da capacidade funcional, do estado mental, diminuição de hospitalizações, de riscos hospitalares e de institucionalização, assim como aumento na utilização de serviços comunitários.

O processo de envelhecimento é complexo e Bastos, Faria, Gonçalves, e Lourenço (2015) referem que é necessário que a prática gerontológica se realize a nível multidisciplinar e bio-psico-social, pois a integração das várias disciplinas é muito importante, dadas as múltiplas facetas deste processo. A mesma fonte refere ainda que a intervenção gerontológica para ser eficaz deve apresentar benefícios, mostrando resultados em pouco tempo e a custo reduzido.

Segundo Bastos e colaboradores (2015), a prática gerontológica é um processo que acontece de forma faseada apresentando três momentos. Inicialmente, acontece a fase da escuta, e compreende a análise dos variadíssimos problemas do indivíduo de forma a estabelecer empatia com o idoso; a segunda fase diz respeito à avaliação que deve ocorrer tendo por base uma visão multidisciplinar e bio-psico-social, que será referida posteriormente; e a terceira fase compreende a intervenção que pode ocorrer a nível macro ou micro levando a mudanças nas ações ou comportamentos do

indivíduo e pode apresentar duas componentes, uma ao nível da diretividade e outra na prática baseada na evidência.

Relativamente à Avaliação Gerontológica (a segunda fase), segundo os autores, esta fase possui seis dimensões que possibilitam a análise das necessidades do indivíduo, tendo em vista a intervenção através de uma abordagem multidisciplinar e bio-psico-social. Segundo a mesma fonte, as 6 dimensões podem ser descritas da seguinte forma: (a) ações e comportamentos que dizem respeito a uma avaliação metódica, onde se englobam as atividades básicas e instrumentais da vida diária; (b) funcionamento biológico e físico, sendo avaliada a saúde física e a tendência biológica; (c) cognição, realizando-se um despiste cognitivo de modo a perceber se existe demência ou depressão; (d) características demográficas, de forma a conhecer as características relacionadas com a idade, género, estatuto conjugal, etc; (e) ambiente, identificando-se o contexto cultural, avaliando aspetos da qualidade e quantidade da rede de suporte, avaliação da casa, economias e o uso de serviços; (f) sentimentos, esta avaliação coloca ênfase nos sentimentos. Toda a fase de avaliação permite ao profissional perceber as muitas facetas dos problemas do idoso, auxiliando assim o exercício gerontológico numa avaliação que compreende variadíssimas dimensões.

A investigação na área da Gerontologia demonstra que a Avaliação Multidimensional é útil para perceber as capacidades e necessidades da população idosa, para poder ser traçada uma intervenção mais eficaz. Sendo este um tema cada vez mais recorrente, são inúmeros os trabalhos a este respeito, destacando-se seguidamente algumas das investigações realizadas a este nível a norte de Portugal.

A Avaliação Multidimensional da população com 65 ou mais anos do Município de Santo Tirso foi realizada por Pereira (2013), numa amostra de 140 idosos que residiam nas suas casas. Neste estudo foi analisada a capacidade funcional, tendo-se verificado que a maioria dos participantes eram independentes nas Atividades Básicas da Vida Diária (89%), embora nas Atividades Instrumentais fossem moderada ou severamente dependentes (77%). Ao nível do funcionamento cognitivo, este grupo apresentou algum défice cognitivo (28%), revelando ainda a existência de um baixo risco de isolamento social (1,4%). Nesta Avaliação Multidimensional, a apreciação do

nível de dependência da funcionalidade e do défice cognitivo foram contributos centrais para orientar o plano Gerontológico concelhio.

Outra Avaliação Gerontológica Multidimensional foi realizada por Costa (2013), tendo sido avaliados 84 idosos a residir no concelho de Esposende. A investigação revelou que quanto mais independentes são os idosos ao nível das Atividades Básicas da Vida Diária, tanto mais independentes são nas Atividades Instrumentais da Vida Diária, apresentando menor défice cognitivo e menor risco de sintomatologia depressiva. Por outro lado, quanto mais dependente nas Atividades Instrumentais da Vida Diária maior é o risco de depressão. Ao nível da cognição, o estudo revelou que quanto menor é o défice cognitivo, menor é também o risco de depressão. Após todas estas evidências foram sugeridos serviços e/ou programas comunitários para promover a qualidade de vida dos idosos.

Também Sá (2013) realizou uma Avaliação Gerontológica Multidimensional, tendo avaliado 38 idosos do Município de Amares, a viver sozinhos ou em alojamentos familiares com outros idosos. A investigação revelou que ao nível da funcionalidade para as Atividades Básicas da Vida Diária, a maioria dos participantes é independente (60,5%) e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária é moderadamente dependente (60,5%). Ao nível do funcionamento cognitivo (86,8%) não apresentam défice cognitivo e uma pequena parte (28,9%) apresenta risco de isolamento social. Através deste levantamento de capacidades e necessidades das pessoas idosas, pode ser traçada uma intervenção gerontológica ao nível desta comunidade.

As ações que poderão ser implementadas, com vista à redução das necessidades encontradas na avaliação gerontológica, são uma resposta importante para prevenir ou colmatar as necessidades ao nível bio-psico-social. Desta forma, serão apresentados de seguida alguns aspetos relevantes relativos à avaliação da funcionalidade, do funcionamento cognitivo, sócio emocional e ainda ao nível da necessidade de serviços.

### **3.1 Avaliar para intervir: avaliação gerontológica multidimensional**

Para Rodrigues (2009), o impacto das medidas de intervenção implementadas após a avaliação multidisciplinar, apresenta como principais resultados a recuperação física dos idosos, a redução de declínio cognitivo e da utilização de serviços de saúde. Tudo isto acarreta de forma direta e indiretamente benefícios financeiros.

Cantera (2009) refere que a Avaliação Gerontológica deve ser realizada independentemente do seu contexto e deve ter em conta as suas múltiplas dimensões, analisando as capacidades biopsicossociais. Para tal utiliza escalas de Avaliação Gerontológica que possuem características específicas e devem avaliar a funcionalidade, a capacidade mental e a capacidade social. A avaliação funcional pode ser medida, analisando se existe ou não dependência e em que grau, para posteriormente ser traçado um plano de intervenção.

Segundo o autor, geralmente a avaliação funcional está dividida em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD). Através das ABVD é possível analisar o autocuidado e a independência funcional; as AIVD examinam a capacidade de viver e se relacionar em comunidade, sendo mais complexas que as anteriores; por último, as AAVD são as mais difíceis relativamente às anteriores e a sua afetação mostra a fase inicial de deterioração. A avaliação funcional pode ser avaliada através do Índice de Katz, Escala de Barthel, Escala de Incapacidade Física da Cruz Vermelha e Escala de Lawton e Brody.

Quanto à avaliação da capacidade cognitiva, apesar de serem variadas as escalas, o autor destaca as seguintes: Miniexame cognitivo de Folstein, Teste mental abreviado de Pfeiffer, Escala de incapacidade mental da Cruz vermelha e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS).

A avaliação social, por seu lado, calculada pela sua subjetividade, sendo a escala da OARS dos instrumentos mais referenciados que permite analisar diversos serviços, além do questionário social e a Escala de Zarit.

Segundo Rodrigues (2009), a avaliação da funcionalidade define a capacidade que o indivíduo possui para realizar as atividades necessárias que garantam o seu bem-estar, a capacidade funcional é primordial para a qualidade de vida social dos

indivíduos. O autor refere que a capacidade funcional engloba a avaliação das capacidades para realizar várias atividades da vida diária relacionadas com a mobilidade. Quando existe baixa autonomia no idoso, o processo de envelhecimento fica comprometido e vulnerável. A vulnerabilidade no idoso tende a conduzir à incapacidade e resultante dependência. Com o aumento da idade, os idosos ficam mais vulneráveis e necessitam de mais ajuda para realizarem as atividades da vida diária, precisando as mulheres de mais apoio nomeadamente nas Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Ao nível do funcionamento cognitivo, Rodrigues (2009) refere que com o avançar da idade o controlo pessoal global diminui, sendo esta tendência mais acentuada nos idosos com 85 ou mais anos. Além do declínio do funcionamento cognitivo, verifica-se um aumento nos distúrbios de humor, aumentando de igual forma o nível de demência de moderada a grave. Os problemas relacionados com a falta de recursos para satisfazer as necessidades básicas têm repercussões ao nível da saúde mental dos idosos e pode levar a problemas depressivos ou a isolamento social dos idosos. Por conseguinte, a depressão nos idosos requer uma avaliação, uma vez que estes não se queixam de problemas depressivos ou tristeza. Importa referir que existe uma relação entre o aumento de relações funcionais e o aumento de sintomas depressivos em relação ao género, etnia e recursos económicos. O autor alude, ainda, que a depressão no idoso tendencialmente é mais prolongada e pode levar ao agravamento de doenças.

Verifica-se que outro dos pontos fulcrais no envelhecimento são os aspetos sociais, referindo Rodrigues (2009) que estes têm implicações na saúde do idoso, quer a nível físico quer a nível mental. A rede social de apoio quando é sólida está relacionada com uma boa autoperceção de saúde, por outro lado, quando se verifica uma fraca rede social o risco de desenvolver incapacidades é maior. A participação em atividades sociais mantém as relações sociais, prevenindo o declínio cognitivo nos idosos.

Rodrigues (2009) menciona que a utilização de serviços, mostra a necessidade sentida pelos idosos em requerer apoio para se manterem seguros no seu meio

envolvente. Atualmente, existe uma grande variedade de serviços para a população idosa, sendo mais pertinentes na área da saúde e na alocação de recursos. O aumento da utilização dos serviços é maior com o avançar da idade (80 ou mais anos), sendo os serviços mais utilizados a entrega de refeições, limpeza da casa e a enfermagem.

Face ao exposto ao longo deste capítulo e considerando o tema desta dissertação, neste estudo face aos resultados obtidos é esperado perceber as características da população idosa e do seu ambiente físico, social e cultural, com vista a traçar orientações para as políticas locais de promoção do envelhecimento ativo, segundo a OMS.

Seguidamente, serão apresentados os aspetos metodológicos que suportam este estudo.



CAPÍTULO II

---

MÉTODO



Ao longo deste capítulo serão apresentadas as principais opções metodológicas que sustentam este estudo.

## **1 Plano de investigação e participantes**

A dimensão amostral foi realizada tendo como referência o Censo da população de 2011, inclui as freguesias que apresentavam maior número de pessoas idosas do município de Valença, sendo recolhidos dados relativos a pessoas com 65 ou mais anos, a residir em casa.

O município de Valença (Anexo 1 – Caracterização do contexto de investigação), segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), possui uma população total de 14.129 habitantes, refletindo-se desta forma uma ligeira redução da população, face aos 14.187 residentes no Censo de 2001. Segundo a mesma fonte, a população existente apresenta 53,15% pessoas do género feminino e 46,85% do género masculino. Os dados recolhidos pelo INE em 2011 referem a existência de um *Índice de Envelhecimento* (número de idosos por 100 jovens) de 171, existindo um total de 3.197 pessoas com 65 anos ou mais a residir no conselho de Valença. Note-se que o valor de referência nacional é de 127,8.

Para a realização deste estudo procedeu-se à estratificação da amostra em termos de género e idade, como mostra a Tabela 1, tendo-se inquirido cerca de 3% da população com 65 ou mais anos, respeitando a distribuição por pequenos grupos etários e por grupos de género, de acordo com os Censos da População 2011. Além disso, houve ainda a preocupação de incluir todas as faixas etárias, não omitindo nenhum caso em que 3% tivesse representatividade zero.

Assim, numa primeira fase foram incluídas as freguesias de Valença (n=21), S. Pedro da Torre (n=14) e Cerdal (n=13) e após o novo ordenamento de território, foram acrescentadas as freguesias de Arão (n=12) e Cristelo Côvo (n=12), totalizando desta forma uma amostra de 72 participantes.

Tabela 1. População residente e população da amostra do Concelho de Valença com 65 + anos

Freguesia	Total de 65 ou + anos	Mulheres		Homens		Total da amostra
		Total	3%	Total	3%	
Valença	646	407	13	239	8	21
S. Pedro Torre	354	210	8	144	6	14
Cerdal	387	220	7	167	6	13
Arão	170	96	6	74	6	12
Cristelo Côvo	210	125	6	85	6	12
<b>Total</b>			40		32	72

Fonte: INE 2011

Como se pode observar da tabela anterior, estima-se inquirir 72 pessoas com 65 mais anos. O acesso aos participantes fez-se com ajuda do Presidente de Junta de Freguesia, que indicou o primeiro participante sendo que os restantes foram sendo sugeridos pelos próprios participantes no estudo, num procedimento de “bola de neve”.

## 2 Instrumentos da recolha de dados

Tendo por objetivo avaliar as capacidades e necessidades das pessoas com 65+ anos a viver em casa/comunidade, foi aplicado o *Protocolo de Avaliação de Necessidades Comunitárias Associadas ao Envelhecimento da População* (ANCEP\_GeroSOC-R; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2013). Este protocolo, elaborado por uma equipa de investigação da Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, é parte integrante de um projeto de investigação-intervenção de base comunitária – “*Envelhecer a Norte*”.

O referido Protocolo é constituído por diversos instrumentos de medida que visam avaliar aspetos relativos à caracterização sociodemográfica, capacidade funcional, capacidade cognitiva, aspetos socioemocionais/relacionais, e utilização e necessidades de serviços e recursos, entre os quais (1) o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa de Sequeira, 2007) para avaliar as atividades básicas da vida diária; (2) o Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa de

Sequeira, 2007) para avaliar as atividades instrumentais da vida diária; (3) o Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009; Freitas, Simões, Alves & Santana, 2015) para avaliar o funcionamento cognitivo; (4) a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6 (Lubben, 1988; versão portuguesa de Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) para avaliar o risco de isolamento social; (5) a Escala de Depressão Geriátrica-15 (GDS-15; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; versão portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003) para avaliar sintomatologia depressiva; e (6) o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT) (Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa de Rodrigues, 2008) para avaliar a utilização e necessidade de serviços (Parte A e B).

A *Ficha sociodemográfica* é constituída por questões de resposta aberta e fechada, relativas aos dados pessoais como idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, o número de filhos, condições de habitabilidade e dados relativos á comunidade, participação social, segurança e saúde, tendo o suporte de estudos semelhantes.

O *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa de Sequeira, 2007) avalia o nível de dependência e independência na funcionalidade para as atividades básicas da vida diária (ABVD). Da realização de dez atividades básicas da vida diária, constam: comer, vestir e despir, tomar banho, realizar higiene pessoal, utilizar a casa de banho, controlo de esfíncteres (vesical e intestinal), subir e descer escadas, transferência cadeira cama e deambulação. A cotação varia entre 0 e 100 pontos, estando este valor relacionado com o grau de dependência, sendo que quanto maior for a pontuação maior será a independência do sujeito. Os pontos de corte deste instrumento são: 90-100 (independente), 60-90 (ligeiramente dependente), 40-55 (moderadamente dependente), 20-35 (severamente dependente) e <20 (totalmente dependente). No que diz respeito às características psicométricas, este instrumento apresenta um elevado nível de fidelidade e boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,89).

O *Índice de Lawton* (Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa de Sequeira, 2007) é composto por vários itens que avaliam as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), tais como cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, fazer compras, utilizar o telefone e os meios de transporte, gerir o dinheiro e responsabilizar-se pela medicação. A pontuação de cada item varia de 1 a 5 e quanto maior for a pontuação, maior será o grau de dependência do indivíduo. A pontuação total varia entre 8 a 29 pontos, um total igual a 8 corresponde à classificação de independente, 9-20 pontos correspondem à classificação de moderadamente dependente e uma pontuação maior do que 20 pontos corresponde a uma classificação de severamente dependente. O Índice de Lawton apresenta uma boa consistência interna, avaliada através do coeficiente de alfa de Cronbach ( $\alpha=0,92$ ).

O *Mini Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009; Freitas, Simões, Alves & Santana, 2015) é um dos instrumentos mais utilizados no rastreio de défice cognitivo, assim como na avaliação global das funções cognitivas. Possui 30 questões onde são avaliados seis domínios cognitivos ao nível da (1) orientação (espacial e temporal), (2) retenção, (3) atenção e cálculo, (4) evocação, (5) linguagem e (6) habilidade ou capacidade construtiva. A pontuação varia de 0 a 30 pontos, correspondendo 30 pontos ao melhor desempenho cognitivo. Segundo os autores o défice cognitivo varia em função da escolaridade e da idade. Os dados normativos para a população portuguesa em termos de idade são compostos por três grupos etários: 25-49 anos; 50-64 anos e 65 ou + anos. Ao nível da escolaridade existem quatro grupos: 1-4 anos; 5-9 anos; 10-12 anos e 13 ou + anos. Sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos cognitivos e nos dados normativos os analfabetos foram excluídos. Neste estudo foram utilizados os pontos de corte de Freitas e colaboradores (2015) para 65 ou +anos. O ponto de corte definido para 1-4 anos de escolaridade que indica défice cognitivo foi de 26 pontos, 5-9 anos, 10-12 anos e mais de 12 anos, o ponto de corte definido foi de 28 pontos.

A *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6* (Lubben, 1988; versão portuguesa de Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) é um instrumento desenvolvido para avaliar as redes sociais dos idosos (ao nível familiar e rede de

amigos) e integração social, assim como o risco de isolamento dos idosos que vivem em comunidade. A pontuação total da escala varia entre 0 e 30, as pontuações inferiores a 12 indicam maior risco de isolamento social, os indivíduos que apresentam maior pontuação, revelam menor risco de isolamento social. No que diz respeito às características psicométricas, a LSNS-6 apresenta uma consistência interna adequada com um alfa de Cronbach de 0,80.

A *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS-15; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; versão portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003) apresenta um conjunto de questões que medem a sintomatologia depressiva dos idosos. A escala é constituída por 15 questões de resposta dicotómicas (sim/não), variando a pontuação entre 0 e 15 pontos. No que diz respeito á cotação, quando se responde afirmativamente às questões: 2,3,4,6,8,9,10,12,14 e 15 e de forma negativa às questões: 1,5,7,11 e 13 é atribuído a cada questão 1 ponto. Quanto aos pontos de corte, para a população portuguesa, entre 0 e 5 pontos não apresenta depressão e com valores superiores a 5 pontos apresenta depressão. Relativamente às características psicométricas, a GDS-15 apresenta boa consistência interna, com um alpha de Cronbach de 0,83.

O *Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos* (OARS-PT) (Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa de Rodrigues, 2008) é um instrumento desenvolvido essencialmente para avaliar os cuidados de saúde e a alocação de serviços, assim como o estado funcional. Permite ao avaliador ter uma visão alargada, portanto, multidimensional do idoso. A OARS cruza informações referentes à capacidade funcional, organizando-se este instrumento em varias áreas: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária (Rodrigues, 2008). O instrumento é composto por duas partes que podem ser utilizadas conjuntamente ou em separado. Neste estudo foi utilizada a *parte A* referente a recursos sociais e a *parte B*, que é composta por 19 serviços distribuídos por várias categorias: serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos; serviços de saúde; serviços de apoio, avaliação e coordenação; e serviços não classificados. Sendo que estes itens avaliam a utilização atual considerando os seis últimos meses. Em relação às características psicométricas, a coerência interna (alfa de Cronbach)

para as cinco escalas de avaliação funcional do instrumento situou-se entre 0,64 e 0,91.

### **3 Procedimentos da recolha de dados**

Após a Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo ter dado o seu parecer positivo para a realização deste projeto de investigação, foram realizados os contactos necessários ao nível das instituições para a realização do mesmo.

Inicialmente foi contactada a Câmara Municipal de Valença, a fim de dar a conhecer os objetivos do projeto, referindo a importância da Avaliação Gerontológica Multidimensional para a Promoção do Envelhecimento Ativo no Município de Valença. Posteriormente, foram contactados os presidentes das juntas de freguesia envolvidas, tendo-lhes sido solicitada a colaboração para identificar e ajudar a contactar os participantes em conformidade com os critérios estabelecidos – género e grupo etário.

A recolha de informação foi realizada no domicílio dos idosos ou em locais por eles designados, tendo sido salvaguardada a confidencialidade e o anonimato. Após o seu consentimento, cada participante tomou conhecimento do objetivo do estudo e a sua finalidade, bem como a importância de participar de forma voluntária, mantendo todos os dados fornecidos confidenciais. A informação foi recolhida em duas fases, numa primeira fase nas freguesias de Valença, S. Pedro da Torre e Cerdal, e a segunda fase, após o novo ordenamento de território, decorreu nas freguesias de Arão e Cristelo Côvo.

Através de administração assistida pelo investigador foi recolhida a informação, tendo por base o Protocolo de Avaliação de Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP\_GeroSOC-R; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2013). A administração do protocolo durou em média entre 45 e 60 minutos.



#### **4 Estratégia de análise de dados**

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao software PASW Statistics® versão 21, tendo sido realizados métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial, no sentido de exploração de associações entre variáveis e diferenças de grupos.

As características sociodemográficas dos participantes, assim como, os dados relativos aos resultados nas escalas de avaliação individual e à utilização de serviços comunitários foram descritos através de procedimentos de análise descritiva. Neste contexto, utilizou-se a frequência absoluta e relativa para descrever variáveis categóricas e ordinais, assim como, a média acompanhado de desvio padrão como medida de dispersão para a descrição de variáveis intervalares. Para explorar a associação entre os resultados relativos às diferentes dimensões da avaliação individual das pessoas mais velhas e os determinantes do envelhecimento ativo (género e escolaridade), foram realizadas comparações de grupos com recurso aos testes não paramétricos de Mann-Whitney (para comparar dois grupos independentes) e de Kruskal-Wallis (para comparação entre mais de dois grupos independentes).



CAPÍTULO III

---

RESULTADOS



Neste capítulo, são inicialmente descritos os resultados relativos às características sociodemográficas dos participantes. Posteriormente segue-se a apresentação dos resultados relativos à avaliação das capacidades individuais (dimensões do funcionamento), bem como as necessidades ligadas à utilização de serviços comunitários. Finalmente são apresentados os resultados relativos ao envelhecimento ativo em função dos determinantes “major” (género e cultura).

### **1 Caracterização sociodemográfica dos participantes e ambiente próximo**

A amostra do presente estudo é constituída por 72 pessoas idosas residentes no Concelho de Valença, sendo 56,9% do género feminino e 43,1% do género masculino. A idade dos participantes varia entre 65 e os 94 anos ( $M=78,2$ ,  $dp=8,6$ ), sendo que 56,9% dos participantes tem entre 65 e 79 anos e os restantes 43,1% 80 ou mais anos, tal como se pode observar na Tabela 2.

Ao nível da escolaridade, os participantes frequentaram em média 5 anos ( $M=5,0$ ,  $dp=3,7$ ), sendo que 6,5% são analfabetos. Maioritariamente, 69,4% têm entre 1 a 4 anos de escolaridade, 13,9% entre 5 a 9 anos, 6,9% entre 10 a 12 anos e 4,2% dos participantes têm escolaridade superior ao ensino secundário. Note-se que o grupo de participantes com 65-79 anos (3ª idade) apresenta uma média de escolaridade ligeiramente superior ao grupo com 80 ou mais anos (4ª idade) ( $M=5,8$ ,  $dp=4,4$  vs.  $M=3,4$ ,  $dp=2,3$ , respetivamente).

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes (52,8%) é casada, 37,5% são viúvos, 8,3% são solteiros e 1,4% separados ou divorciados. Na distribuição do estado civil pelos grupos de idade, verifica-se que no grupo com 65-79 anos, a maioria (65,9%) é casada, enquanto que metade dos participantes com 80 ou mais anos (51,6%) são viúvos e apenas 35,5% são casados. A grande maioria dos participantes (81,9%) tem filhos, variando entre um e sete filhos, em média cerca 1 filho ( $M=0,82$ ,  $dp=0,4$ ).

Tabela 2. Características sociodemográficas dos participantes

Características	65-79 anos (n=41)		80 + anos (n=31)		Total (n= 72)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade M (dp)</b>	71,9	(4,7)	86,5	(4,7)	78,2	(8,6)
Mín-Max	65-79		80-94		65-94	
<b>Género</b>						
Feminino	24	58,5	17	54,8	41	56,9
Masculino	17	41,5	14	45,2	31	43,1
<b>Escolaridade M (dp)</b>	5,8	(4,4)	3,8	(2,3)	5,0	(3,7)
Mín-Max	0-17		0-12		0-17	
0	2	4,9	2	6,5	4	5,6
1-4	26	63,4	24	77,5	50	69,4
5-9	6	14,7	4	12,9	10	13,9
10-12	4	9,8	1	3,2	5	6,9
13+	3	7,3	0	0,0	3	4,2
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	3	7,3	3	9,7	6	8,3
Casado	27	65,9	11	35,5	38	52,8
Viúvo	11	26,8	16	51,6	27	37,5
Separado(a)/divorciado(a)	0	0	1	3,2	1	1,4
<b>Situação Profissional Atual</b>						
Reformado	38	92,7	30	96,8	68	94,4
Reformado com trabalho remunerado	3	7,3	1	3,2	4	5,6
<b>Profissão ao longo da vida</b>						
Quadros superiores da administração pública	2	4,9	0	0	2	2,8
Especialistas nas profissões intelectuais e científicas	5	12,2	2	6,5	7	9,7
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	4,9	2	6,5	4	5,6
Pessoal administrativo e similares	0	0	1	3,2	1	1,4
Pessoal dos serviços e vendedores	9	22,0	2	6,5	11	15,3
Agricultores e trabalhadores qualificados na agricultura e pesca	3	7,3	7	22,6	10	13,9
Operários, artífices e trabalhadores similares	10	24,4	7	22,6	17	23,6
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagens	1	2,4	2	6,5	3	4,2
Trabalhadores não qualificados	1	2,4	0	0	1	1,4
Domésticas (Não classificado)	8	19,5	8	25,8	16	22,2
<b>Agregado Familiar</b>						
Com filhos	34	82,9	25	80,6	59	51,9
Nº de filhos M(dp)					2,0	(1,5)
Mín-Max	0-5		0-7		0-7	

Relativamente à situação profissional todos os participantes deste estudo estão reformados, mas desses 5,6% são reformados, mas têm também um trabalho remunerado. Em relação ao trabalho que desenvolveram ao longo da vida, destacam-se três grupos profissionais que correspondem à maioria da amostra (52,8%): operários/ artífices (e.g., pedreiro, operário fabril) 23,6%, pessoal dos serviços e vendedores (15,3%) e agricultores e trabalhadores qualificados na agricultura e pesca

(13,9%). Note-se que há ainda um grupo de participantes que foram domésticas ao longo da vida (22,2%), sendo na sua totalidade do género feminino.

Um total de 71 participantes forneceram informação acerca de passatempos. A maioria 71,8% referiu que tem ou teve algum passatempo ao longo da vida (Tabela 3).

Tabela 3. Passatempos ao longo da vida

Caraterísticas	Total (n= 71)	
	N	%
<b>Passatempos</b>		
Sim	51	71,8
<b>Tipo de passatempos <sup>a)</sup></b>		
Atividades individuais	22	30,6
Jardinagem e horticultura	12	16,7
Atividades desportivas	11	15,3
Voluntariado	3	4,2
Outras atividades	7	9,7
Atividades culturais	2	2,8

<sup>a)</sup> n=21

No entanto, atualmente apenas 21 participantes mantêm passatempos no seu dia-a-dia, e alguns deles têm mais do que uma atividade. De entre as atividades referidas pelos participantes, destacam-se atividades individuais (e.g, leitura, bordar, croché, palavras cruzadas e malha; 30,6%), a jardinagem e horticultura (16,7%) e as atividades desportivas (e.g, caça, pesca desportiva, basquetebol, atletismo e natação 15,3%).

O ambiente próximo, no que diz respeito à habitação, quase todos os participantes (94,4%) consideram que a sua casa tem as condições adequadas às suas necessidades e desejos. No entanto, 30,6% dos participantes referem ter humidade em casa e uma pequena percentagem (5,6%) não tem água quente. Apesar da grande maioria dos participantes avaliar positivamente a sua casa, em cerca de 81% dos casos existem barreiras arquitetónicas: 94,8% dos participantes referem as escadas, 5,2% as portas estreitas e 1,7% a banheira na sua casa.

Tabela 4. Características da habitação

Caraterísticas	Total (n=72)	
	N	%
<b>A casa tem as condições adequadas?</b>		
Sim	68	94,4
Não	4	5,6
<b>Caraterísticas da casa</b>		
Água quente	68	94,4
Humidade	22	30,6
<b>Existência de barreiras arquitetónicas</b>		
Escadas/degraus	55	94,8
Portas estreitas	3	5,2
Banheira	1	1,4

Em média os participantes vivem no mesmo lugar há cerca de 58 anos (dp=26,0), tendo este item uma variabilidade entre 2 e 93 anos (Tabela 5). A grande maioria dos participantes (88,9%) avalia a relação com os vizinhos como próxima e amigável (n=64) no entanto 11,8% considera que essa relação é afastada.

Tabela 5. Relação com os vizinhos e o lugar

Caraterísticas	Total (n= 72)	
	N	%
<b>Tempo que reside neste lugar M (dp)</b>	57,9 (26,0)	
Mín-Max (2-93 anos)		
<b>Relação com os vizinhos</b>		
Próxima e amigável	64	88,9
Afastada	8	11,8
<b>Vantagens em residir neste lugar</b>		
Acessibilidade a vários serviços (ex: Centro de saúde, correios)	31	43,1
Terra onde nasceu/familiaridade com o local e com as pessoas	23	31,9
Ambiente bonito e calmo	13	18,1
Viver perto de familiares	3	4,2
Outras vantagens (e.g., proximidade com Espanha, terreno barato)	2	2,8
Sem vantagens	3	4,2
<b>De que sente mais falta neste lugar</b>		
Nada	57	80,3
Serviços	7	9,9
Equipamentos culturais	4	5,6
Outros	3	4,2



Avaliando as vantagens e desvantagens em residir na sua freguesia, quase metade da amostra (43,1%), referiu como principal vantagem a acessibilidade a vários serviços (e.g, Centro de saúde, correios), sendo que muitos dos participantes destacaram ainda a ligação à terra onde nasceram e, como tal, a familiaridade com o local e as pessoas da sua freguesia (31,9%). O ambiente bonito e calmo associado ao cenário das suas vidas no dia-a-dia é referido por 18,1% participantes. Um total de 3 participantes (4,2%) considera não existir vantagens em residir naquela freguesia.

Em relação à questão sobre o que sentia falta ao residir na sua freguesia, a maioria dos participantes (80,3%) referiu não sentir falta de nada, (9,9%) sente falta de mais serviços, (5,6%) de equipamentos culturais e (4,2%) sente falta de outras coisas (e.g, mar).

Das estruturas e respostas sociais de apoio ao envelhecimento na freguesia onde reside, 20,8% dos participantes referiu o Serviço de Apoio Domiciliário, 18,1% o Centro de Convívio (18,1%) o Centro de Dia e 16,7% conhece o “Lar de Idosos” (ERPI).

Apenas 31,9% dos participantes utilizam esses serviços. De entre as razões de frequência/utilização destas respostas, apenas 20 participantes responderam a esta questão e destacam-se o convívio e combater a solidão (45%) como os aspetos mais referidos. No que diz respeito às razões pelas quais não frequentam essas respostas, quase a totalidade da amostra (95%) refere não precisar e apenas (5%) afirmam não necessitar pois tem apoio de familiares.

Tabela 6. Conhecimento e utilização de respostas sociais de apoio às pessoas idosas

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Que locais de apoio aos idosos há freguesia</b>		
Apoio domiciliário	15	20,8
Centro de convívio	13	18,1
Centro de dia	13	18,1
Lar de idosos	12	16,7
<b>Utiliza esses serviços</b>		
Sim	23	31,9
Não	49	68,1
<b>Razão de utilização (n=20)</b>		
Convívio	9	45,0
Combater a solidão	9	45,0
Gosto por ajudar os outros	1	5,0
Necessidade de apoio	1	5,0
<b>Razão para não utilização (n=41)</b>		
Não necessita	39	95,0
Tem apoio de outros familiares	2	5,0

Um total de 24 participantes foram inquiridos (em 2015, residentes em território urbano) sobre aspetos relativos à participação social, segurança e saúde (Tabela 7). Deste grupo, 15,3% dos participantes participa em atividades da comunidade (e.g., atividades promovidas pelas juntas de freguesia, como passeios ou ginástica) sempre que pode ou por vezes, enquanto que 18,1% nunca participa nestas atividades.

Tabela 7. Participação Social, segurança e saúde

<b>Caraterísticas</b>	<b>Total</b>	
	<b>(n= 24)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Participação Social</b>		
Participa nas atividades de lazer da comunidade		
Sempre que pode	7	29,1
Por vezes participa	4	16,7
Nunca participa	13	54,2
<b>Segurança</b>		
Existem barreiras arquitetónicas na freguesia		
Não existem barreiras arquitetónicas	24	100,0
Caso necessite sabe como contactar a GNR		
Sei como contactar	16	66,6
Posso pedir que alguém chame a GNR	7	29,2
Não sei como contactar a GNR	1	4,2
<b>Saúde</b>		
Necessita de tratamento médico regular		
Normalmente não necessito	8	33,3
Por vezes, necessito de tratamento médico	15	62,5
Necessito de tratamento médico regular	1	4,2
Necessita de ajudas técnicas para se deslocar (ex. andarilho, bengala)		
Não necessito de ajudas técnicas	12	50,0
Por vezes	5	20,8
Sempre	7	29,2
Perceção do estado de saúde		
Muito bom/Bom	4	16,7
Bom	9	37,5
Reduzido/Fraco	11	45,8

No que diz respeito à segurança, todos os participantes afirmaram não existirem barreiras arquitetónicas (e.g., escadas, ruas com pavimento escorregadio ou íngreme) na sua freguesia. No que se refere à segurança pública 66,6% dos participantes sabe como pode contatar a GNR caso necessite e apenas uma pequena parte (4,2%) não sabe como fazê-lo.

Quando questionados relativamente aos dados da saúde, 33,3% dos participantes considera que não necessita de tratamento médico regular, 62,5% refere

necessitar deste tratamento apenas por vezes e 4,2% afirma ter necessidade regular de tratamento médico. Metade dos participantes deste grupo (50,0%) não necessita de ajudas técnicas (e.g, andarilho, cadeiras de rodas, canadianas/bengalas), 20,8% necessita por vezes de ajudas técnicas e 29,2% necessita sempre de ajudas técnicas. Relativamente à percepção sobre o seu estado de saúde, 16,7% dos participantes avalia-a como muito boa, 37,5% como boa e quase metade dos participantes (45,8%) avalia a sua saúde como reduzida ou fraca.

## **2 Avaliação das capacidades individuais**

Dada a grande diversidade de medidas utilizadas, a descrição das capacidades do individuo faz-se numa perspetiva bio-psico-social. Apresenta-se em seguida os resultados obtidos na funcionalidade nas Atividades Básicas da Vida Diária e as Atividades Instrumentais da Vida Diária, o funcionamento cognitivo, o funcionamento social/relacional.

### ***Funcionalidade na Vida Diária***

Relativamente à *funcionalidade para as atividades básicas de vida diária* (ABVD), como se pode observar na Tabela 8.1, os participantes obtêm melhores resultados nos itens relativos à alimentação (todos os participantes são independentes), à capacidade para se vestir (84,7% são totalmente independentes), à higiene corporal (93,1% são totalmente independentes) e à utilização da casa de banho (86,1% são independentes). No entanto, 6,9% dos participantes são dependentes nas atividades de higiene corporal e 4,2% referem ter incontinência vesical.

Tabela 8.1. Descrição da funcionalidade por item nas ABVD (Barthel)

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Alimentação</b> Mín-Max (0-10)		
Independente	72	100
Necessidade de alguma ajuda	0	0
Dependente	0	0
<b>Vestir</b> Mín-Max (0-10)		
Totalmente Independente	61	84,7
Necessidade de alguma ajuda	11	15,3
Dependente	0	0
<b>Banho</b> Mín-Max (0-5)		
Totalmente independente	54	75,0
Dependente	18	25,0
<b>Higiene Corporal</b> Mín-Max (0-5)		
Totalmente independente	67	93,1
Dependente	5	6,9
<b>Utilizar casa de banho</b> Mín-Max (0-15)		
Independente	62	86,1
Necessita de ajuda	9	12,5
Dependente	1	1,4
<b>Controlo intestinal</b> Mín-Max (0-10)		
Independente	61	84,7
Incontinência Ocasional	9	12,5
Incontinente fecal	2	2,8
<b>Controlo vesical</b> Mín-Max (0-10)		
Independente	52	72,2
Incontinência Ocasional	17	23,6
Incontinente ou algaliado	3	4,2
<b>Subir escadas</b> Mín-Max (0-10)		
Independente sobe e desce escadas	58	80,5
Necessita de ajuda	13	18,1
Dependente	1	1,4
<b>Transferência cadeira cama</b> Mín-Max (0-15)		
Independente	56	77,8
Necessita de ajuda mínima	15	20,8
Necessita de grande ajuda	1	1,4
Dependente	0	0
<b>Deambulação</b> Mín-Max (0-15)		
Independente	52	72,2
Necessita de ajuda	19	26,4
Independente com cadeira de rodas	0	0
Dependente	1	1,4

Em termos globais, os 72 participantes deste estudo apresentam valores médios de 90,9 pontos ( $dp=13,9$ ) no Índice de Barthel, variando entre 40 e 100 pontos (Tabela 8.2). Mais de metade dos participantes (72,2%) é independente, 20,8% são ligeiramente dependentes e 7,0% moderadamente dependente na realização das ABVDs.

Tabela 8.2. Valores globais na funcionalidade para as ABVD (Barthel)

	<i>(n= 72)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Caraterísticas <i>M (dp)</i></b>	90,9 (13,9)	
Min-Max	40-100	
Independente	52	72,2
Ligeiramente dependente	15	20,8
Moderadamente dependente	5	7,0

Quanto à *funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária (ABVD)*, os participantes apresentam melhores resultados nas atividades relacionadas com a responsabilidade pela medicação 81,9%, destacando-se também os itens de lavar a sua roupa (69,4%), preparar comida (66,7), uso de dinheiro, pagar as contas ir ao banco (69,4%) (Tabela 9.1). No entanto, 23,6% dos idosos são incapazes de usar transporte público.

Tabela 9.1 Descrição da funcionalidade por item nas AIVD (Lawton)

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Alimentação</b> Mín-Max (0-5)		
Cuidar da casa sem ajuda	36	50,0
Faz tudo exceto trabalho pesado	14	19,4
Só faz tarefas leves	10	14,0
Necessita de ajuda para todas as tarefas	6	8,3
Incapaz de fazer alguma coisa	6	8,3
<b>Lavar a roupa</b> Mín-Max (0-3)		
Lava a sua roupa	50	69,4
Só lava pequenas peças	9	12,5
Incapaz de lavar a sua roupa	13	18,1
<b>Preparar comida</b> Mín-Max (0-4)		
Planeia, prepara serve sem ajuda	48	66,7
Prepara se lhe derem os ingredientes	8	11,1
Prepara pratos pré-cozinhados	2	2,8
Incapaz de preparar as refeições	14	19,4
<b>Ir às compras</b> Mín-Max (0-4)		
Faz compras sem ajuda	42	58,3
Só faz pequenas compras	12	16,7
Faz compras acompanhado	6	8,3
Incapaz de ir às compras	12	16,7
<b>Uso do telefone</b> Mín-Max (0-4)		
Usa-o sem dificuldade	45	62,5
Só liga para lugares familiares	10	13,9
Necessita de ajuda para o usar	10	13,9
Incapaz de usar o telefone	7	9,7
<b>Uso de transporte</b> Mín-Max (0-3)		
Viaja em transporte publico ou conduz	45	62,5
Só anda de táxi	10	13,9
Incapaz de usar transporte	17	23,6
<b>Uso de dinheiro</b> Mín-Max (0-3)		
Paga as contas, vai ao banco, etc	50	69,4
Só pequenas quantidades de dinheiro	16	22,2
Incapaz de utilizar o dinheiro	6	8,3
<b>Responsável pela medicação</b> Mín-Max (0-3)		
Responsável pela sua medicação	59	81,9
Necessita que lhe preparem a medicação	10	13,9
Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3	4,2

A Tabela 9.2 apresenta os resultados sobre a funcionalidade para as AIVD avaliada com a Escala de Lawton.

Tabela 9.2. Valores globais na funcionalidade para as AIVD (Lawton)

	<i>(n= 72)</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Caraterísticas <i>M (dp)</i></b>	13,1 (6,5)	
Min-Max (8-29)		
Independente	29	40,3
Moderadamente dependente	30	41,7
Severamente dependente	13	18,0

Os participantes obtiveram uma pontuação média de 13,1 pontos (dp=6,5), variando entre 8 e 29 pontos. Cerca de 40,3% dos participantes são independentes para as AIVD, 41,7% são moderadamente dependentes e 18,0% apresentam dependência severa na realização para as AIVD

### ***Funcionamento Cognitivo***

Como se pode observar na Tabela 10.1, o desempenho cognitivo dos participantes no MMSE em cada item é muito diverso. Na orientação, os participantes apresentam melhores resultados nos itens relativos à localização no espaço (país e terra), tendo sido realizados corretamente por 97,2% dos participantes no caso do item país e terra em que vive e 95,8% dos participantes identifica corretamente a casa/local onde estava a realizar a avaliação. Outro item que apresenta bom desempenho cognitivo encontra-se na retenção de palavras, no qual todos os participantes foram capazes de evocar os itens gato e bola (100%). Também o nível de linguagem apresenta bom desempenho, destacando-se o item do relógio (97,2), lápis (95,8%) e repete frase (98,6%) como valores mais relevantes.



O item no qual os participantes apresentam pior desempenho, diz respeito à habilidade construtiva (desenho), com 65,3% de respostas incorretas. Também na orientação, os itens que dizem respeito ao dia do mês (33,3%) e estação do ano apresentam uma percentagem elevada de respostas incorretas (34,7%). Surgem ainda resultados deficitários ao nível da evocação nos itens gato (34,7%) e bola (34,4%) nas tarefas de memória de trabalho.

Tabela 10.1 Descrição do desempenho cognitivo por item (MMSE)

Caraterísticas	Amplitude teórica	Resposta Correta		Resposta Incorreta	
		N	%	N	%
<b>Orientação</b>	0-10				
Ano		54	75,0	18	25,0
Mês		62	86,1	10	13,9
Dia do Mês		48	66,7	24	33,3
Dia da semana		59	81,9	13	18,1
Estação do ano		47	65,3	25	34,7
País		70	97,2	2	2,8
Distrito		69	95,8	3	4,2
Terra		70	97,2	2	2,8
Casa		69	95,8	3	4,2
Andar		63	87,5	9	12,5
<b>Retenção</b>	0-3				
Pera		72	100	0	0
Gato		72	100	0	0
Bola		71	98,6	1	1,4
<b>Atenção e cálculo</b>	0-5				
Calculo 27		62	86,1	10	13,9
Calculo 24		57	79,2	15	20,8
Calculo 21		55	76,4	17	23,6
Calculo 18		53	73,6	19	26,4
Calculo 15		53	73,6	19	26,4
<b>Evocação</b>	0-3				
Pera		51	70,8	21	29,2
Gato		47	65,3	25	34,7
Bola		40	55,6	32	34,4
<b>Linguagem</b>	0-8				
Relógio		70	97,2	2	2,8
Lápis		69	95,8	3	4,2
Repete frase		71	98,6	1	1,4
Pega com a mão dt		57	79,2	15	20,8
Dobra ao meio		61	84,7	11	15,3
Coloca		59	81,9	13	18,1
Lê frase		62	86,1	10	13,9
Escreve frase		60	83,3	12	16,7
<b>Habilidade Construtiva</b>	0-1				
Desenha		25	34,7	47	65,3

Em termos globais, relativamente ao desempenho cognitivo os participantes apresentam valores médios no MMSE de 24,7 pontos ( $dp=5,5$ ), variando entre 7 e 30 pontos (ver anexo 2, tabela A2). No entanto, quando retirados os participantes com 0 anos de escolaridade, a média global sobe para 25,1 ( $dp=5,0$ ) (Tabela 10). Um total de 26 participantes (36,1%) apresentam indicadores de défice cognitivo de acordo com os critérios de Freitas e colaboradores (2015).

Tabela 10.2. Valores globais no desempenho cognitivo (MMSE) segundo idade e escolaridade (média e desvio-padrão no MMSE por grupo de idade e escolaridade)

Idade	Escolaridade (anos)				Qualquer escolaridade
	1 a 4	5 a 9	10 a 12	>12	
65-79	26,6 (3,1) n=26	29,0 (0,9) n=6	29,8 (0,5) n=4	29,3 (0,6) n=3	27,5 (2,8) n=39
80+	21,4 (5,3) n=24	23,5 (7,5) n=4	29,0 – n=1	--- n=0	21,9 (5,6) n=29
Todos	24,1 (5,0) n=50	26,8 (5,2) n=10	29,6 (0,5) n=5	29,3 (0,6) n=3	<b>25,1 (5,0)</b> <b>n=68</b>
<b>Indicador de défice cognitivo (n=68) <sup>a)</sup></b>					
Com défice n (%)	26 (36,1)				
Sem défice n (%)	46 (63,9)				

<sup>a)</sup> Ponto de corte definido de acordo com os critérios de Freitas e cols. (2015) apenas para os participantes com 1 ou mais anos de escolaridade.

Comparando o grupo da 3ª idade com a 4ª idade, os participantes com 65-79 anos apresentam resultados significativamente superiores aos participantes com 80 ou mais anos ( $U=229,0$ ,  $p<0,001$ ). Os participantes com nível de escolaridade mais

elevado apresentam também resultados significativamente superiores aos participantes com menor grau de escolaridade ( $H(2) = 17,1, p = 0,001$ ). Os resultados dos participantes com 1 a 4 anos de escolaridade são significativamente mais baixos do que os resultados dos participantes com 10-12 anos ( $U = 18,5, p < 0,001$ ).

### ***Funcionamento socio-emocional/relacional***

Nesta secção apresentam-se os resultados obtidos nas várias escalas de medida relativas à avaliação dos aspetos sociais/relacionais e emocionais, procurando assim efetuar um retrato das relações da pessoa consigo própria e com os outros.

### ***Rede social de apoio***

Considerando a análise individual dos itens da LSNS-6 (ver Tabela 11.1), observa-se que os valores obtidos nos vários itens acompanham a amplitude teórica, o que conjuntamente com a análise do desvio padrão poderá indicar alguma variabilidade na rede social.

Tabela 11.1. Descrição da Rede Social por item (LSNS-6)

		Participantes n=72		Min-máx	Amplitude Teórica
		M	dp		
<b>Família</b>					
1.	Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	4,5	0,9	1-5	0-5
2.	De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	2,8	1,5	1-5	0-5
3.	Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	2,6	2,0	0-5	0-5
<b>Amigos</b>					
1.	Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	3,7	1,6	0-5	0-5
2.	De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?	2,2	1,4	0-5	0-5
3.	Com quantos amigos se sente á vontade para falar sobre assuntos pessoais?	1,3	1,5	0-5	0-5

Analisando as respostas dos participantes por item (Tabela 11.1) do LSNS-6, verifica-se que os participantes apresentam resultados mais elevados em todos os itens relativos à família, comparativamente aos amigos (ver anexo 2, tabela A2). Em cada grupo social, o item com melhores resultados é o item 1 – nº de familiares/amigos que vê ou fala pelo menos uma vez por mês – sendo a extensão da rede mais elevada na família do que no grupo de amigos (M=4,5 vs. M=3,7, respetivamente). Em ambos os grupos o item com resultados mais baixos é o item 3 – nº familiares/amigos com quem se sente à vontade para falar de assuntos pessoais – sendo também mais elevado no caso da família (M=2,6 vs. M=1,3, respetivamente).

Em termos de valores globais, os participantes obtiveram uma pontuação média de 17,1 ( $dp= 4,8$ ) na Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), apresentando uma variação entre 4 e 30 (Tabela 11.2).

Tabela 11.2. Valores globais da rede social (LSNS-6)

	Participantes n=72			
	M	dp	Min-máx	Amplitude Teórica
<b>Rede Social (pontuação total Lubben-6)</b>	17,1	4,8	0-30	0-30
Família	9,7	2,8	4-15	0-15
Amigos	7,3	3,5	4-15	0-15
<b>Risco Social</b>				
Maior risco de isolamento social n (%)	5 (6,9)			
Menor risco de isolamento social n (%)	67 (93,1)			

Note-se que nos itens relativos às relações familiares as pontuações foram ligeiramente superiores às pontuações sobre as relações com amigos (M=9,7 vs. M=7,3, respetivamente). Um total de 5 participantes (6,9%) apresenta indicadores de maior risco de isolamento social.

### Sintomatologia depressiva

Relativamente à sintomatologia depressiva, é de realçar que a maioria dos participantes (91,7%) considera estar “satisfeito com a sua vida” e “Está bem-disposto a maior parte do tempo” com igual valor, também é de salientar a forma positiva como responderam (93,1%) à questão “É muito bom estar vivo” (Tabela 12.1). Por outro lado, as questões que indicam maior sintomatologia depressiva dizem respeito às seguintes questões: “Fica muitas vezes aborrecido?” (51,4%), “Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?” responderam afirmativamente (59,7%) e “Sente-se inútil?” (56,9%).

Tabela 12.1. Descrição da Sintomatologia Depressiva por item (GDS 15)

Caraterísticas	Sim		Não	
	N	%	N	%
Mín-Max (0-15)				
Está satisfeito com a sua vida?	66	91,7	6	8,3
Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	29	40,3	43	59,7
Sente a sua vida vazia?	23	31,9	49	68,1
Fica muitas vezes aborrecido (a)?	37	51,4	35	48,6
Está bem-disposto (a) a maior parte do tempo?	66	91,7	6	8,3
Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	43	59,7	29	40,3
Sente-se feliz a maior parte do tempo	61	84,7	11	15,3
Sente-se muitas vezes desamparado (a)?	16	22,2	56	77,8
Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	29	40,3	43	59,7
Acha que tem mais dificuldade de memória que os outros?	19	26,4	53	73,6
Pensa que é muito bom estar vivo?	67	93,1	5	6,9
Sente-se inútil?	41	56,9	31	43,1
Sente-se cheio (a) de energia?	52	72,2	20	27,8
Sente que para si não há esperança?	14	19,4	58	80,6
Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o Senhor (a)?	19	26,4	53	73,6

Legenda: Os itens a sombreado tem a cotação de 1 ponto

Em termos globais, os participantes obtiveram uma pontuação média de 4,4 pontos ( $dp=3,0$ ), variando entre 0 e 13 pontos (Tabela 12.2).

Tabela 12.2. Valores globais da sintomatologia depressiva (GDS 15)

	Participantes (n=72)
Pontuação total M ( $dp$ )	4,3 (3,0)
Min-Máx	0 – 13

É de salientar ainda que a versão portuguesa da GDS 15 utilizada neste estudo não apresenta pontos de corte para indicação da sintomatologia depressiva. No entanto, em algumas versões internacionais é referido o valor médio de 5.

### ***Recursos sociais***

Ao nível dos recursos sociais é avaliada a interação social, a disponibilidade de ajuda e a possibilidade de ter alguém que possa cuidar do participante em caso de doença ou incapacidade. A Tabela 13 apresenta os resultados dos recursos sociais dos participantes, destacando-se que a grande maioria vive com o cônjuge (48,6%), com os filhos (22,2%) ou sozinho (20,8%).

Relativamente ao sentimento de confiança no outro, maioritariamente os participantes (97,2%), sentem que tem alguém em quem podem confiar. Mais de metade dos participantes (58,3%) refere ainda que quase nunca ou nunca se sentem sozinhos e uma parte (29,2%) relata que algumas vezes experimentaram o sentimento de solidão. A maioria dos participantes (61,1%) refere que não vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria.

Quase a totalidade dos participantes (94,4%) afirma ter alguém a quem recorrer em caso de necessidade de ajuda, por motivo de doença ou incapacidade. Destacando-se positivamente que 75,0% referem ter alguém que possa cuidar dele sempre que necessário, sendo os cuidadores na sua maioria cônjuges (38,9%) e filhos (37,5%).

Tabela 13. Descrição dos Recursos Sociais (OARS-PT)

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Quem vive em sua casa?</b>		
Vive sozinho	15	20,8
Conjuge	35	48,6
Filhos	16	22,2
Netos	1	1,4
Outros familiares	5	7,0
<b>Tem alguém em quem possa confiar?</b>		
Não	1	1,4
Sim	70	97,2
Ns/Nr	1	1,4
<b>Sente-se sozinho?</b>		
Muitas vezes/sempre	7	9,7
Algumas vezes	21	29,2
Quase nunca/nunca	42	58,3
Ns/Nr	2	2,8
<b>Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria?</b>		
Não	44	61,1
Sim	27	37,5
Ns/Nr	1	1,4
<b>Há alguém que possa ajudá-lo (a) caso esteja doentes ou incapacitado?</b>		
Não	3	4,2
Sim	68	94,4
Ns/Nr	1	1,4
<b>Há alguém que possa cuidar de si?</b>		
Sempre que necessário	54	75,0
Por pouco tempo	8	11,1
Às vezes	9	12,5
Ns/Nr	1	1,4
<b>Quem são essas pessoas?</b>		
Cônjuge	28	38,9
Irmãos	3	4,2
Filhos	27	37,5
Outro parente	7	9,7
Amigo	5	6,9
Outros	2	2,8
<b>Como se dá com a sua família e amigos?</b>		
Razoavelmente	10	13,9
Muito bem	61	84,7
Ns/Nr	1	1,4

Finalmente, no que diz respeito ao relacionamento com a família e os amigos os participantes (84,7%) mencionam que se relacionam muito bem com familiares e amigos, enquanto uma pequena parte (13,9%) caracteriza esse relacionamento como razoável.

### **3 Utilização e necessidade de serviços comunitários**

Como referido no capítulo II, para avaliar a utilização e necessidade de serviços foi utilizada a OARS-PT (Parte B). Os serviços aqui apresentados dizem respeito à utilização e necessidade que os participantes sentiram nos 6 meses anteriores a esta avaliação e estão agrupados por: serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos; serviços de saúde, serviços de apoio, avaliação e coordenação e serviços não classificados.

#### ***Serviços Gerais de Apoio***

Dos serviços gerais de apoio, segundo Rodrigues (2008), fazem parte os serviços de cuidados pessoais, serviços de supervisão contínua, serviços de monitorização, serviços domésticos, serviços de preparação de refeições e serviços administrativos que serão de seguida apresentados.

No que se refere à utilização de serviços de cuidados pessoais (Tabela 14) verifica-se que a maioria dos participantes (75,0%) não necessitou de cuidados pessoais diários e os participantes que necessitaram de ser ajudados na prestação desses cuidados (19,5%), a ajuda foi prestada por um familiar (não pago). Em 44,4% dos participantes o tempo médio de prestação do cuidado diário durou aproximadamente 1 hora e meia por dia, (38,9%) meia hora a 1 hora e meia e (11,1%) menos de meia hora por dia. No momento de recolha de informação 61,1% dos participantes ainda estava a receber essa ajuda. Em relação à necessidade de serviços de cuidados pessoais (banho, vestir, comer e ir à casa de banho) 20,8% dos participantes referiram necessitar desta ajuda.



Tabela 14. Utilização e necessidade de serviços de cuidados pessoais

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de cuidados Pessoais</b>		
<b>Nos últimos seis meses, alguém o ajudou nos seus cuidados pessoais diários?</b>		
Sim	18	25,0
Não	54	75,0
<b>Quem o ajudou nesses cuidados?</b>		
Familiar (não pago)	14	19,5
Alguém a quem paga por essa ajuda	4	5,6
<b>Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a ajudá-lo?</b>		
Menos de ½ hora por dia	2	11,1
½ hora a 1 ½ hora por dia	7	38,9
Mais de 1 1/2 hora por dia	8	44,4
Ns/Nr	1	5,6
<b>Ainda está a receber essa ajuda?</b>		
Sim	11	61,1
Não	7	38,9
<b>Necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc?</b>		
Sim	15	20,8
Não	57	79,2

As informações relativas aos serviços de supervisão contínua são apresentadas na Tabela 15 e mostram que a maioria dos participantes (84,7%) não precisou do serviço de supervisão contínua as 24 horas do dia.

Tabela 15. Utilização e necessidade de serviços de supervisão contínua

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de supervisão contínua</b>		
<b>Durante os últimos seis meses, alguém teve de estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?</b>		
Sim	11	15,3
Não	61	84,7
<b>Quem tratou de si ou o/a ajudou?</b>		
Familiar (não pago)	8	72,7
Alguém a quem paga	3	27,3
<b>Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?</b>		
Sim	3	27,3
Não	8	72,7
<b>Necessita de ter alguém a tratar de si as 24 horas?</b>		
Sim	3	4,2
Não	69	95,8

Dos 11 participantes (15,3%) que necessitaram desse tipo de ajuda, a mesma, foi-lhe prestada por um familiar (72,7%) ou por alguém pago (27,3%, (e.g, fisioterapeuta ou instituição). Destes participantes (27,3%) ainda tem necessidade de supervisão contínua por 24 horas. Importa referir que apenas 4,2% (n=3) reconhecem ter a necessidade de alguém o tratar por 24 horas.

A tabela 16 apresenta a necessidade de serviços de monitorização e mostra que 61,1% dos participantes tiveram nos últimos seis meses alguém que procurou saber como se encontrava, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente para se certificar de que tudo estava bem. Esta monitorização foi realizada maioritariamente por familiares (86,4%) e por amigos (13,6%). No momento da recolha de dados uma grande maioria dos participantes (61,1%) tinha alguém que pelo menos cinco vezes por semana procurava saber como se encontrava. Podemos ainda constatar que 63,9% dos participantes ainda necessita desse apoio.

Tabela 16. Utilização e necessidade de serviços de monitorização

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de monitorização</b>		
<b>Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?</b>		
Sim	44	61,1
Não	28	38,9
<b>Quem o fez?</b>		
Familiar	38	86,4
Amigo	6	13,6
<b>E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?</b>		
Sim	44	61,1
Não	28	38,9
<b>Necessita dessa pessoa?</b>		
Sim	46	63,9
Não	26	36,1

Os serviços domésticos são apresentados na Tabela 17 e revelam que, cerca de metade da amostra (52,8%) teve alguém que o ajudou regularmente a realizar as tarefas domésticas por não ser capaz de as realizar. Este tipo de apoio foi realizado através de familiar (50%; não pago) e os restantes (50%) recebiam esta ajuda através de alguém a quem pagavam, o tempo médio de prestação desses serviços domésticos rondou as 11 horas ( $dp=11,6$ ). Metade dos participantes (50,0%) ainda tinha essa ajuda afirmando considerar necessário possuir alguma ajuda para a realização destas tarefas.

Tabela 17. Utilização e necessidade de serviços domésticos

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços domésticos</b>		
<b>Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, porque não era capaz?</b>		
Sim	38	52,8
Não	34	47,2
<b>Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?</b>		
Familiar (não pago)	19	50,0
Alguém a quem paga por esta tarefa	19	50,0
<b>Quantas horas por semana por semana, foram empregues para fazer essas tarefas?*</b>	11,2(11,6)	
Mín-Máx (1-37)		
<b>Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?</b>		
Sim	36	94,7
Não	2	5,3
<b>Necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?</b>		
Sim	36	50,0
Não	36	50,0

\*Média (dp)

No que diz respeito à utilização e necessidade de serviços de preparação de refeições, mais de metade da amostra (58,3%), refere não ter tido necessidade que alguém lhe preparasse as refeições ou teve de comer fora de casa, por ser capaz de confeccionar as suas refeições (Tabela 18).

Tabela 18. Utilização e necessidade de serviços de preparação de refeições

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de preparação de refeições</b>		
<b>Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa, porque não é capaz de fazê-lo?</b>		
Sim	30	41,7
Não	42	58,3
<b>Quem lhe preparou as refeições?</b>		
Familiar (não pago)	24	80,0
Alguém a quem paga por esta tarefa	6	20,0
<b>Tem alguém que lhe prepare as refeições?</b>		
Sim	30	41,7
Não	42	58,3
<b>Necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições?</b>		
Sim	28	38,9
Não	44	61,1

Os participantes que necessitaram deste tipo de ajuda (41,7%) receberam este apoio através de familiares (80%; não pagos) e apenas (20%) teve de pagar para que lhe fosse realizado este serviço. Mais de metade dos participantes (61,1%) refere não ter necessidade que alguém lhe prepare regularmente as suas refeições.

Os dados que dizem respeito à necessidade de serviços administrativos (Tabela 19) mostram que metade da amostra, tiveram alguém que os auxiliasse em questões legais, relacionadas com negócios pessoais ou gestão de dinheiro (e.g., pagar contas).

Tabela 19. Utilização e necessidade de serviços administrativos

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços administrativos</b>		
<b>Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões relacionadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro?</b>		
Sim	36	50,0
Não	36	50,0
<b>Quem o/a ajudou?</b>		
Familiar	26	72,2
Alguém a quem paga por esta tarefa	5	13,9
Amigo	4	11,1
Alguém de uma instituição ou segurança social	1	2,8
<b>Tem alguém que o/a ajude nestas questões?</b>		
Sim	36	100,0
<b>Necessita que alguém o/a ajude nestas questões?</b>		
Sim	37	51,4
Não	35	48,6

É de salientar ainda que a outra metade da amostra recebeu essa ajuda através de familiares (72,2%), de alguém a quem paga por esta tarefa (13,9%), de amigos (11,1%) e alguém de instituição ou segurança social (2,8%). Dos participantes metade da amostra tem quem o ajude nestas questões e 51,4% consideram que necessitam este tipo de ajuda.

### **Serviços Sociais e Recreativos**

Segundo Rodrigues (2008) do grupo dos serviços sociais e recreativos fazem parte: as viagens, o desporto e os serviços sociais/recreativos.

Na Tabela 20 são referidas a utilização e necessidade de viagens, mostrando que nos últimos dois anos 46,6% dos participantes realizaram alguma viagem organizada pela junta de freguesia, Câmara Municipal ou outras instituições. Uma parte dos participantes (36,1%) espera realizar algum tipo de viagem e mais de metade dos participantes (62,5%) considera que necessita de viajar.

Tabela 20. Utilização e necessidade de viagens

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Viagens</b>		
<b>Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela junta de freguesia, Câmara Municipal, etc.?</b>		
Sim	35	46,6
Não	37	51,4
<b>Ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?</b>		
Sim	26	36,1
Não	37	51,4
Ns/Nr	1	1,4
<b>Necessita de viajar?</b>		
Sim	45	62,5
Não	27	37,5

A utilização e necessidade de desporto são apresentadas na Tabela 21, verificando-se que mais de metade dos participantes (72,2%) não participou nestas atividades. Relativamente aos (27,8%) que participaram em atividades desportivas, verifica-se que em média praticaram cerca de 2 vezes por semana ( $dp=0,80$ ) essas atividades. No momento de recolha de dados 95% dos participantes ainda participavam nestas atividades e cerca de metade da amostra reconhece (56,9%) a necessidade de fazer algum desporto ou exercício físico.

Tabela 21. Utilização e necessidade de desporto

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Desporto</b>		
<b>Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de freguesia, etc.?</b>		
Sim	20	27,8
Não	52	72,2
<b>Quantas vezes por semana participou nesta atividade?*</b>	2,3 (0,80)	
Mín-Máx (1-5)		
<b>Ainda participa nesses programas de desporto?</b>		
Sim	19	95,0
Não	1	5,0
<b>Necessita fazer algum desporto ou exercício físico?</b>		
Sim	41	56,9
Não	31	43,1

\*Média (dp)

A utilização de serviços sociais/recreativos é exposta na Tabela 22, revelando que apenas uma parte da amostra (33,3%) participa nas atividades realizadas por um grupo local, paróquia, junta de freguesia entre outros. Destes, 91,7% participam nestas atividades em média 2 vezes ( $dp=0,80$ ).

Tabela 22. Utilização e serviços sociais/recreativos

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços sociais/recreativos</b>		
<b>Nos últimos seis meses, participou em alguma atividade organizado por grupo local, paróquia, Junta de freguesia, etc.?</b>		
Sim	24	33,3
Não	48	66,7
<b>Quantas vezes por semana participa nas atividades de exercício físico por semana? *</b>		
	2,3 (0,80)	
<b>Ainda participa nessas atividades ou grupos?</b>		
Sim	22	91,7
Não	2	8,3
<b>Necessita participar neste tipo de atividades?</b>		
Sim	30	41,7
Não	41	56,9
Ns/Nr	1	1,4

\*Média (dp)

Observa-se ainda que 41,7% dos participantes reconhece a necessidade de participar neste tipo de atividades. Este valor é de ter em consideração aquando do planeamento de programas ou iniciativas orientadas para o envelhecimento ativo.

### **Serviços de saúde**

Relativamente a este assunto, Rodrigues (2008) menciona que dos serviços de saúde fazem parte: o serviço de saúde mental, a utilização de medicação psicotrópica, a enfermagem e a fisioterapia.

A utilização e necessidade de serviços de saúde mental são apresentados na Tabela 23, onde se pode verificar que 73,6% dos participantes nos últimos seis meses não necessitou de receber nenhuma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por “problemas dos nervos” e quase a totalidade da amostra (97,2%) não esteve hospitalizado devido a esse tipo de problemática. Dos participantes que necessitaram de alguma orientação ou tratamento, em média tiveram 1 consulta (dp=1,10). Existem 18 participantes (25%) que consideram necessitar de tratamento ou de aconselhamento para este tipo de problemas.

Tabela 23. Utilização e necessidade de serviços de saúde mental

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de saúde mental</b>		
<b>Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por “problemas de nervos” ou emocionais.?</b>		
Sim	18	25,0
Não	53	73,6
Ns/Nr	1	1,4
<b>Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?</b>		
Não	70	97,2
<b>Número de consultas ou sessões *</b>		
Mín-Máx (0-5)	0,45 (1,10)	
<b>Ainda está a receber ajuda?</b>		
Sim	16	22,2
Não	55	76,4
<b>Necessita de tratamento ou de aconselhamento?</b>		
Sim	18	25,0
Não	54	75,0

\*Média (dp)

A Tabela 24 apresenta a necessidade de utilização de medicamentos psicotrópicos, podendo observar-se que mais de metade da amostra (66,7%) nos últimos seis meses não tem tomado medicamentos receitados para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão, no entanto alguns (29,2%) necessitaram deste tipo de medicação, sendo que 90,3% ainda está a tomar esta medicação e mais de metade da amostra (66,7%) afirma não necessitar deste tipo de apoio.

Tabela 24. Utilização e necessidade de serviços de medicamentos psicotrópicos

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Medicamentos psicotrópicos</b>		
<b>Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?</b>		
Sim	21	29,2
Não	48	66,7
Ns/Nr	3	4,2
<b>Ainda está a tomar?</b>		
Sim	20	90,3
Não	1	9,7
<b>Necessita tomar esse tipo de medicação?</b>		
Sim	22	30,6
Não	48	66,7
Ns/Nr	2	2,8



Constata-se que apenas 23,6% dos participantes necessitou de serviços de enfermagem durante os últimos seis meses, esses cuidados foram majoritariamente (pago;94,1%) prestados por enfermeiros ou outros (e.g., instituições), sendo que a maioria destes (53,0%) apenas necessitou destes serviços ocasionalmente, não todos os dias. Os restantes participantes tiveram alguém que lhes prestasse ajuda, em média: Menos de ½ hora por dia (5,9%); de ½ hora a 1 hora por dia (17,6%); Mais de 1 hora por dia (5,9%). A duração desta ajuda decorreu durante menos de 1 mês (64,7%), de um a três meses (11,8%) e mais de três meses (23,5%). Atualmente apenas 5,9% está a receber cuidados de enfermagem. Uma pequena parte 6,9% refere necessitar de cuidados de enfermagem (Tabela 25).

Tabela 25. Utilização e necessidade de serviços de enfermagem

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de enfermagem</b>		
<b>Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem?</b>		
Sim	17	23,6
Não	55	76,4
<b>Quem o/a ajudou nesses cuidados?</b>		
Familiar ou amigo (não pago)	1	5,9
Enfermeiro ou outro (pago)	16	94,1
<b>Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?</b>		
Só ocasionalmente, não todos os dias	9	53,0
Menos de ½ hora por dia	1	5,9
De ½ hora a 1 hora por dia	3	17,6
Mais de 1 hora por dia	1	5,9
Ns/Nr	3	17,6
<b>Durante este tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?</b>		
Menos de 1 mês	11	64,7
De 1 a 3 meses	2	11,8
Mais de 3 meses	4	23,5
<b>Ainda recebe cuidados de enfermagem?</b>		
Sim	1	5,9
Não	16	94,1
<b>Necessita de cuidados de enfermagem?</b>		
Sim	5	6,9
Não	66	91,7
Ns/Nr	1	1,4

A Tabela 26 mostra a utilização e necessidade de serviços de fisioterapia e como se pode constatar a maioria dos participantes (66,7%) não tem necessidade de realizar estes tratamentos.

Tabela 26. Utilização e necessidade de serviços de fisioterapia

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de fisioterapia</b>		
<b>Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?</b>		
Sim	24	33,3
Não	48	66,7
<b>Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realiza-los?</b>		
Fisioterapeuta (pago)	23	95,8
Algum familiar ou amigo	1	4,2
<b>Quantas vezes por semana o têm ajudado a fazer esses exercícios? *</b>		
Mín-Máx (2-5)	4 (1,7)	
<b>Ainda faz fisioterapia?</b>		
Sim	7	29,2
Não	17	70,8
<b>Acha que necessita de fisioterapia?</b>		
Sim	31	43,1
Não	41	59,9

\*Média (dp)

Dos 33,3% de participantes que necessitam de serviços de fisioterapia, em média tiveram estes serviços 4 vezes por semana (dp=1,07) e recebem estes cuidados através de um fisioterapeuta (pago,95,8%). Destes, apenas 29,2% ainda faz fisioterapia, no entanto quando questionados os participantes sobre a necessidade deste serviço 43,1% têm a perceção de necessitar de fisioterapia.

### ***Serviços de Apoio, Avaliação e Coordenação***

Dos serviços de apoio, avaliação e coordenação fazem parte os serviços de avaliação sistemática multidimensional e de coordenação e apoio (Rodrigues, 2008).

A utilização e necessidade de serviços de avaliação sistemática multidimensional são apresentados na Tabela 27 e tal como se pode verificar 41,7%

dos participantes teve um médico ou assistente social que durante os últimos seis meses, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica. No entanto a necessidade sentida deste tipo de avaliação apenas é referida por 37,5% dos participantes.

Tabela 27. Utilização e necessidade de serviços de avaliação sistemática multidimensional

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de avaliação sistemática multidimensional</b>		
<b>Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?</b>		
Sim	30	41,7
Não	42	58,3
<b>Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?</b>		
Sim	27	37,5
Não	45	62,5

Quanto à utilização e necessidade de serviços de coordenação, informação e apoio verifica-se que 18,1% dos participantes possui este tipo de apoio. Este tipo de serviço foi prestado por amigo ou familiar (84,6%) ou ainda por alguém de uma instituição ou segurança social (15,4%).

Tabela 28. Utilização e necessidade de serviços de coordenação, informação e apoio

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de coordenação, informação e apoio</b>		
<b>Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajuda que necessitava?</b>		
Sim	13	18,1
Não	59	81,9
<b>Quem foi essa pessoa?</b>		
Amigo ou familiar	11	84,6
Alguém de uma instituição ou segurança social	2	15,4
<b>Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?</b>		
Sim	11	15,3
Não	61	84,7

Como se pode verificar, apenas 15,3% dos inquiridos tem a perceção de necessitar deste tipo de apoio (Tabela 28).

### **Serviços não classificados**

Os serviços não classificados, segundo Rodrigues (2008) são constituídos por serviços de transporte, serviços de emprego, serviços de preparação para as atividades da vida diária e serviços de realojamento.

No que diz respeito aos serviços de transporte (Tabela 29) quase metade da amostra (45,8%) costuma ir sozinho às compras, visitar amigos, ir ao médico, uma grande percentagem vai com um familiar (41,7%) e apenas (2,8%) vai de transporte público ou outro (e.g., Táxi). Em média os participantes realizam 5 deslocações por semana ( $dp= 4,12$ ). Quando questionados os participantes sobre a necessidade de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas ou saídas, mais de metade da amostra refere não necessitar (84,7%).

Tabela 29. Utilização e necessidade de serviços de transporte

<b>Caraterísticas</b>	<b>Total</b>	
	<b>(n= 72)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Serviços de transporte</b>		
<b>Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.?</b>		
Vai sozinho/a	33	45,8
Familiar	30	41,7
Amigo	7	9,7
Transporte publico ou outro	2	2,8
<b>Deslocações por semana? *</b>	5	(4,12)
Mín-Máx (0-15)		
<b>Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.?</b>		
Sim	11	15,3
Não	61	84,7

\*Média (dp)

A Tabela 30 apresenta a utilização e necessidade de serviços de emprego, mostrando que últimos seis meses, nenhum participante necessitou de ajuda para procurar trabalho nem foi aconselhado sobre como conseguir um emprego. No entanto, embora a grande maioria (97,2) refira não perceber a necessidade de encontrar emprego, (1,4%) sente essa necessidade.

Tabela 30. Utilização e necessidade de serviços de emprego

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de emprego</b>		
<b>Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o aconselhou sobre como conseguir um emprego?</b>		
Sim	0	0,0
Não	72	100
<b>Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?</b>		
Sim	1	1,4
Não	70	97,2
Ns/Nr	1	1,4

Todos os participantes referem que nos últimos seis meses, não participaram ou assistiram a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais (Tabela 31). No entanto, 12,5% dos inquiridos percebem esta necessidade.

Tabela 31. Utilização e necessidade de serviços de preparação para as atividades da vida diária

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de preparação para as atividades da vida diária</b>		
<b>Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais?</b>		
Sim	0	0,0
Não	72	100
<b>Acha que necessita desta preparação para as suas atividades de vida diária?</b>		
Sim	9	12,5
Não	61	84,7
Ns/Nr	1	1,4

A Tabela 32 mostra que a maioria dos participantes (97,2%), não recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança de casa, apenas 2,8% referiram esta necessidade, tendo sido na totalidade ajudados por familiares (não pago).

Tabela 32. Utilização e necessidade de serviços de realojamento

Caraterísticas	Total	
	(n= 72)	
	N	%
<b>Serviços de realojamento</b>		
<b>Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança?</b>		
Sim	2	2,8
Não	70	97,2
<b>Quem o ajudou a fazê-lo?</b>		
Familiar (não pago)	2	100,0
<b>Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?</b>		
Sim	2	2,8
Não	70	97,2

É de referir ainda que a necessidade sentida de conseguir um (outro) lugar para viver é apenas referida por 2,8% dos participantes.

**a. O envelhecimento ativo em função dos determinantes “major”**

Para analisar o envelhecimento ativo foram considerados os valores obtidos nas principais dimensões do funcionamento individual, considerando que o processo de envelhecimento pode ser conceptualizado em termos bio-psico-sociais. Dos vários determinantes enunciados na revisão da literatura (Capítulo I), foram apenas considerados os determinantes “major” – género e cultura. Dado que o conceito de cultura é muito abrangente, para efeitos das análises estatísticas considerou-se a escolaridade, uma vez que a investigação demonstra que esta é uma das variáveis

centrais no estudo do envelhecimento (Bastos *et al.*, 2015). A escolaridade foi por isso recodificada, tendo sido constituídos dois grupos (grupo A de 0 a 4 anos *versus* grupo B com 5+ anos).

Assim, comparando os resultados entre grupos de género, verifica-se que os resultados são relativamente homogêneos entre homens e mulheres, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $U > 531,0$ ;  $p > 0,200$ ). As mulheres apresentam, no entanto, resultados ligeiramente superiores aos homens no Índice de Barthel ( $M=93,4$  vs.  $M=87,5$ , respetivamente) e resultados mais baixos na Escala de Lawton ( $M=12,2$  vs.  $M=14,2$ , respetivamente), indicando um grau de independência das mulheres ligeiramente maior.

Tabela 33. Envelhecimento ativo segundo o género

	Homens (n=31)		Mulheres (n=41)		Teste
	M	dp	M	dp	
Barthel	87,5	17,3	93,4	10,2	$U=531,0$ ; $p=0,200$
Lawton	14,2	7,6	12,2	5,5	$U=547,5$ ; $p=0,300$
MMSE	24,6	6,0	24,8	5,1	$U=594,5$ ; $p=0,639$
GDS	4,5	3,2	4,4	3,0	$U=629,5$ ; $p=0,945$
Lubben 6	17,8	4,8	16,4	4,7	$U=537,0$ ; $p=0,261$

Comparando os resultados da avaliação multidimensional em função do grau de escolaridade dos participantes, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com 0-4 anos de escolaridade e 5 ou mais anos nos resultados relativos ao Índice de Barthel ( $U=251,0$ ;  $p=0,001$ ), à Escala de Lawton ( $U=274,5$ ;  $p=0,004$ ) e ao MMSE ( $U=175,0$ ;  $p<0,001$ ) (Tabela 20).

Tabela 34. Envelhecimento ativo segundo a escolaridade

	0-4 anos (n=54)		5 + anos (n=18)		Teste
	M	dp	M	dp	
Barthel	89,1	13,5	96,2	14,2	$U=251,0$ ; $p=0,001$
Lawton	14,2	6,8	9,7	4,3	$U=274,5$ ; $p=0,004$
MMSE	23,6	5,5	28,0	4,1	$U=175,0$ ; $p<0,001$
GDS	4,9	3,1	3,1	2,7	$U=537,0$ ; $p=0,261$
Lubben 6	16,2	5,0	19,5	3,2	$U=537,0$ ; $p=0,261$

Como se pode observar na tabela, os participantes com maior grau de escolaridade apresentam significativamente maior independência para as ABVD do que os participantes com menor escolaridade (M=96,2 vs. M=89,1, respetivamente), assim como desempenho no MMSE significativamente mais elevado (M=28,0 vs. M=23,6, respetivamente).

Assim, considerando os resultados apresentados ao longo deste capítulo, procede-se de seguida à discussão dos principais resultados e conclusão.



CONCLUSÃO

---



Após a apresentação dos resultados obtidos, importa agora proceder à sua sistematização face aos objetivos estabelecidos: (1) avaliar as capacidades e necessidades das pessoas com 65+ anos a viver em casa; e (2) identificar a utilização e necessidade de serviços comunitários, (3) traçar orientações para as políticas locais de promoção de envelhecimento ativo segundo a OMS.

Para a concretização dos objetivos do estudo, recorreu-se a uma amostra composta por 72 indivíduos, residentes em casa/comunidade, sendo estratificada em termos de género e idade. Em termos de género, os participantes deste estudo são na sua maioria mulheres (56,9%), casados (52,8%), tendo frequentado em média entre 1 e 4 anos de escolaridade (63,4%), sendo que há 5,6% de analfabetos. Todos estão reformados, sendo que 5,6% tem trabalho remunerado. Ao longo da vida ativa, a maioria dos participantes (23,6%) enquadra-se na categoria profissional de operários/artífices, 15,3% pertencem ao setor dos serviços e vendedores, 13,9% são agricultores e trabalhadores qualificados na agricultura e pesca e 22,2% são domésticas. Em termos do estado civil, a proporção de casados dos 65 aos 79 anos é maior (65,9%), enquanto os indivíduos com 80 ou mais anos apresentam uma percentagem superior de pessoas viúvas (51,6%).

No que diz respeito às atividades de ocupação de tempos livres observa-se que 71,8% dos participantes já tiveram algum passatempo ao longo da vida. De acordo com informação do Portal Municipal de Valença (2015), realiza-se desde 2002 o Programa “Vida Ativa” que se destina a pessoas com 65 ou mais anos e que contempla atividades de ocupação de tempos livres, em várias freguesias do Município, que vão desde a informática e inglês para seniores, danças de salão e ginástica de manutenção, onde participam cerca de 120 idosos. Note-se que no Município há 3.197 pessoas com 65+ anos. Considerando ainda o Relatório de Diagnóstico Social de Valença (2014-2016), existem mais de 40 Associações na sua maioria de carácter cultural e desportivo e algumas na área social que desenvolvem diversas atividades, podendo esta diversidade estar relacionada com os passatempos destacados pelos participantes.

Relativamente à habitação, a maioria dos participantes (94,4%) refere que vive em casa com condições adequadas às suas necessidades e desejos, muito embora

relatem que as mesmas têm barreiras arquitetónicas como escadas (94,8%), portas estreitas (5,2%) ou banheira (1,7%). Na perspetiva de Rodrigues (2007) a casa é um dos espaços mais importantes para o idoso, pois é onde este passa a maior parte do seu tempo, tendo um significado importante no processo de envelhecimento. A habitação possui um significado pessoal relacionado com os valores, objetivos e emoções. A acessibilidade da habitação é percecionada como a ligação entre a funcionalidade do idoso e as barreiras existentes na habitação, sendo ainda encarada como um espaço social e físico. O mesmo autor defende que as condições da habitação são importantes para a saúde do indivíduo, podendo a mesma ser afetada se as condições habitacionais não forem as melhores.

O tempo de residência dos participantes na freguesia centra-se entre os dois e os 93 anos ( $M= 57,9$ ;  $dp=$ ). A maioria dos participantes (88,9%) refere que a sua relação com os vizinhos como próxima e amigável. De acordo com Paúl (2005) as redes de suporte social têm um efeito positivo na saúde, promovendo o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. Os participantes referem como principal vantagem de viver na freguesia a acessibilidade a vários serviços (43,1%), sendo que muitos dos participantes destacaram ainda a ligação à terra onde nasceram e, como tal, a familiaridade com o local e as pessoas da sua freguesia (31,9%). Por outro lado, 80,3% dos participantes referem não sentir falta de nada na freguesia.

Relativamente ao conhecimento e utilização de respostas sociais de apoio as pessoas idosas existentes na freguesia, observa-se que uma parte substancial conhece as respostas sociais, mas apenas uma pequena parte dos participantes (31,9%) utiliza algum desses serviços. Dos motivos que levam os participantes a procurar as respostas sociais destinadas a idosos estão relacionados com o convívio e o combate à solidão (90%).

No que diz respeito à participação social, a maioria dos participantes (54,2%) habitualmente não participa nas atividades desenvolvidas na comunidade, quer pela Junta de Freguesia quer por Associações. Quanto à segurança urbana, a totalidade da amostra tem a perceção de não existirem barreiras arquitetónicas e quase a totalidade da amostra (95,8%) sabe como pedir ajuda caso necessite de segurança pública.

Relativamente à saúde percebida, mais de metade dos participantes (62,5%) considera que necessita de tratamento médico regular e destes 29,2% precisa sempre de ajudas técnicas. Os participantes têm a percepção de não existirem barreiras arquitetónicas na sua freguesia. No entanto, a OMS (2002) considera que os ambientes físicos são um dos determinantes de envelhecimento ativo, visto que um ambiente com barreiras arquitetónicas pode levar ao isolamento.

Em termos da Avaliação Gerontológica Multidimensional, no que diz respeito à *funcionalidade* para as atividades básicas da vida diária (ABVD) verifica-se que a maioria dos participantes (72,2%) é independente. No entanto, nas atividades instrumentais da vida diária (ABVD) 40,3% dos participantes são independentes, observando-se, no entanto, que uma grande percentagem (41,7%) é moderadamente dependente e 18% severamente dependentes. Também Pereira (2013) verificou no seu estudo que a capacidade funcional da maioria dos participantes era independente nas Atividades Básicas da Vida Diária, apesar de nas Atividades Instrumentais ser moderada ou severamente dependente, existindo em ambos os estudos a diminuição da funcionalidade para as AIVD. Na perspetiva de Paúl (2005), o envelhecimento ativo está relacionado com a autonomia e a independência nas Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária, na qualidade de vida e na expectativa de vida saudável.

Em relação ao *funcionamento cognitivo*, mais de metade da mostra (63,9%) não apresenta défice cognitivo. Considerando o desempenho cognitivo em termos da escolaridade e grupo etário, observa-se que os participantes com 65-79 anos apresentam resultados significativamente superiores aos participantes com 80 ou mais anos ( $U=229,0$ ,  $p<0,001$ ). Estes resultados estão de acordo com Fernandes (2007), segundo a qual as pessoas idosas que apresentam maiores níveis de instrução possuem melhores competências, mais conhecimento e mais capacidade de resolução de problemas.

Quanto ao *funcionamento socio-emocional/relacional*, considerando a rede social observa-se que há um baixo risco de isolamento social (6,9%). Segundo Ribeiro e colaboradores (2012) as redes sociais têm também um efeito protetor no processo de

envelhecimento, na medida que reduz o *stress* associado ao envelhecimento. A rede de suporte social dos idosos, assim como as relações significativas fazem parte de uma base afetiva e solidária que se torna muito importante ao longo da vida e de forma especial, no processo de envelhecimento.

Relativamente à sintomatologia depressiva observa-se que a maioria dos participantes não apresenta sintomatologia depressiva (93,1%). Relativamente a este assunto, Costa (2005) ao comparar a sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados com idosos a viver na comunidade, verificou que em ambos apresentam grande prevalência de depressão, sublinhando ainda a grande dificuldade de diagnóstico depressivo nos idosos que vivem na comunidade.

No que diz respeito aos recursos sociais, observou-se neste estudo que a maioria dos participantes (48,6%) vive com o cônjuge e 97,2% tem alguém em quem pode confiar. Além disso, os participantes também referem que nunca se sentem sozinhos (58,3%), embora mais de metade (61,1%) não veja os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria. Face a estes resultados, os participantes parecem dispor recursos sociais muito satisfatórios, pois 94,4% tem alguém a quem pode recorrer em caso de necessidade, por motivo de doença ou incapacidade. Ainda, 75% dos participantes teria alguém que cuidaria dele sempre que necessário, destacando-se os cônjuges e os filhos como principais cuidadores, possuindo muito bom relacionamento familiar e de amizades (84,7%).

Relativamente à *utilização e necessidade de serviços* foram analisados os serviços gerais de apoio, os serviços sociais e recreativos, os serviços de saúde e os serviços de avaliação e coordenação, tendo-se observado que os serviços que apresentam maior utilização em termos globais são os serviços gerais de apoio. Os serviços gerais de apoio incluem: cuidados pessoais, supervisão contínua, monitorização, serviços domésticos, preparação de refeições, serviços administrativos legais e de proteção. Destes, apenas se destaca que o serviço de cuidados pessoais e de supervisão contínua apresentam valores inferiores a 50%. Todos os serviços sociais e recreativos, serviços de saúde e serviços de avaliação e coordenação, apresentam na

generalidade pouca necessidade de utilização. Os resultados deste estudo contradizem o que menciona Rodrigues (2009), pois segundo o autor a necessidade de serviços, especialmente na área da saúde aumenta à medida que a idade avança, devido a uma maior vulnerabilidade e a problemas específicos dos idosos. Os idosos constituem um grupo com características próprias que está a aumentar, tornando-se importante que a intervenção se realize de acordo com as suas necessidades. Embora os serviços destinados a idosos tenham aumentado, são ainda insuficientes. Por outro lado, o autor também refere que a necessidade sentida pelos idosos está relacionada com o seu estado de saúde, com o apoio familiar que possuem e com a possibilidade de acesso que o idoso tem face aos recursos existentes na comunidade. O facto da necessidade percebida de serviços na área da saúde ser pouco significativa nesta amostra, pode ser um bom indicador de envelhecimento ativo.

Quanto ao envelhecimento ativo, comparando os resultados entre grupos de género, verifica-se que os resultados são relativamente homogêneos entre homens e mulheres, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $U > 531,0$ ;  $p > 0,200$ ). As mulheres apresentam, no entanto, resultados ligeiramente superiores aos homens no Índice de Barthel ( $M=93,4$  vs.  $M=87,5$ , respetivamente) e resultados mais baixos na Escala de Lawton ( $M=12,2$  vs.  $M=14,2$ , respetivamente), indicando um grau de independência das mulheres ligeiramente maior.

Comparando os resultados da avaliação multidimensional em função do grau de escolaridade dos participantes, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com 0-4 anos de escolaridade e 5 ou mais anos nos resultados relativos ao Índice de Barthel ( $U=251,0$ ;  $p=0,001$ ), à Escala de Lawton ( $U=274,5$ ;  $p=0,004$ ) e ao MMSE ( $U=175,0$ ;  $p<0,001$ ) (Tabela 20). Dito de outro modo, os participantes com maior grau de escolaridade apresentam significativamente maior independência para as ABVD e AIVD do que os participantes com menor escolaridade ( $M=96,2$  vs.  $M=89,1$ , respetivamente), assim como desempenho no MMSE significativamente mais elevado ( $M=28,0$  vs.  $M=23,6$ , respetivamente). Tendo em conta a investigação de Freitas e colaboradores (2015), estes resultados vão no sentido

esperado. Ou seja, a escolaridade é um dos determinantes a ter em conta no envelhecimento ativo.

### **Limitações do estudo**

Embora este estudo tenha permitido analisar as capacidades e necessidades das pessoas com 65 ou + anos a viver em casa/comunidade, algumas das limitações deste estudo podem comprometer a generalização de resultados para a população.

Em primeiro lugar, é de salientar o recurso a procedimentos “bola de neve” na recolha de informação o qual pode criar viés, embora a dimensão amostral seja representativa da população em termos de género e grupo etário face ao Censo da população. Em segundo lugar, é de considerar a extensão do Protocolo de recolha de dados, que pode gerar cansaço face às características da amostra - pouco escolarizada e provavelmente pouco familiarizada com instrumentos de papel e lápis.

### **Implicações para a prática gerontológica de base comunitária**

Com a realização deste estudo foi possível observar indicadores ao nível da funcionalidade das ABVD e AIVD, da cognição, dos recursos socio-emocionais e da utilização e necessidade de alguns serviços por parte dos idosos. No sentido de contribuir para orientar as políticas municipais que promovam o envelhecimento ativo, recomenda-se:

*Criar um gabinete municipal de apoio ao idoso, uma vez que o município de Valença apresenta um elevado um índice de envelhecimento (número de idosos por 100 jovens) de 178,1 e existindo um total de 3.197 pessoas com 65 anos ou mais a residir neste município (INE, 2011) e em crescimento exponencial como refere a literatura no domínio.*

*Generalizar a avaliação gerontológica multidimensional às restantes freguesias do concelho, de modo a ajustar as estratégias municipais de*



promoção do envelhecimento ativo às capacidades e necessidades da população.

*Formar os cuidadores informais*, uma vez que a maioria dos cuidados recai sobre a família, muito embora ao nível da saúde se constate que existe pouca necessidade de serviços, mas uma vez que é nesta área que surgem as maiores problemáticas, recomenda-se a prevenção de doença através da realização periódica de formação/ informação aos cuidadores informais, uma vez que a grande maioria vive com o cônjuge ou com os filhos.

*Investir na prevenção de hábitos saudáveis e no combate à inatividade* através de iniciativas de base comunitária. O programa “Vida Ativa” poderia ser alargado tendo em vista aumentar a participação em atividades recreativas e de lazer, as quais proporcionam descontração, diversão e alegria, permitindo a ocupação do tempo e proporcionar novas experiências, como jardinagem, loga e TaiChi.

*Efetuar parcerias com vista aprendizagem ao longo da vida*, uma vez que o envelhecimento ativo reformulado pela OMS em 2015 conta agora com um novo pilar - a aprendizagem ao longo da vida – para além da participação social, segurança e saúde.

*Criar uma rede de voluntariado de proximidade*, uma vez que há um numero substancial pessoas idosas que vivem sozinhas considerando que já existe um banco local de voluntariado, uma vez que neste estudo. Seria importante fazer a formação de voluntários com a finalidade de poder ser criado um banco local de voluntariado de proximidade no Município de Valença. Além disso, recomenda-se a sensibilização junto da população idosa, no sentido de incentivar a sua participação no banco local de voluntariado.

*Eliminar barreiras arquitetónicas* no sentido de criar ambientes mais “amigos das pessoas idosas”. Este tipo de intervenção pode contribuir para o acesso de todos os munícipes a um envelhecimento mais ativo.

*Promover atividades entre gerações*, uma vez que a participação dinâmica entre todas as gerações é também uma forma de promover o envelhecimento ativo. Por este motivo, recomenda-se que as instituições destinadas a idosos e a crianças do município de Valença, organizem grupos que possam promover dinâmicas em que os idosos e as crianças de forma alternada, relatem contos, histórias da freguesia, lendas e canções entre outros.

*Estabelecer iniciativas transfronteiriças*, tendo em conta que o Município de Valença está inserido na Eurocidade Valença-Tui, possuindo esta região características particulares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 2, 59-66.
- Araújo, L. & Melo, S. (2011). Relacione-se com os outros. In O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de envelhecimento activo* (pp. 13-38). Lisboa: Lidel.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de envelhecimento activo* (pp. 13-38). Lisboa: Lidel.
- Araújo, C., & Pereira, S. (2014). *Andar, Aprender, Amar – Um programa de envelhecimento activo para todas as idades*. Misericórdia de Braga, 10, 165-183.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L., Mendes, M., Baptista, M., Moreira, M., & Cabral, M. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspetivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barreto, J., Leuschener, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). Adaptação à população portuguesa da tradução do “ Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminar report” (GDS). Lisboa: Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência.
- Bárrios, M. J. & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32, 188-196.
- Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 347-374). NY: Springer Publishing Company.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Melo de Carvalho, J. (2013a). Gerontologia Social e prestação de serviços: Contributos para a prática-baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia*, 1, 1, 1-12.
- Bastos, A., Faria, C., Moreira, E., & Melo de Carvalho, J. (2013b). *Protocolo de avaliação de necessidades comunitárias associadas ao envelhecimento da população*. (ANCEP\_GeroSoc-R 2013). Viana do Castelo: LabGeroSoc
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida? *EXEDRA, Revista Científica*, 11-28.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 3-23). New York: Springer.
- Cantera, I. R. (2009). Escalas de valoración en contextos geriátricos. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social* (pp. 383-98). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cartensen, L. L. (1991). Selectivity Theory: Social activity in life-span context. In K. W. Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 195-217). New York: Springer.
- Cassinello, M. (2013). Envejecimiento activo: un reto individual y social. Sociedad y utopía. *Revista de Ciencias Sociales*, 41, 5, 449-463.

- Centro Internacional de Longevidade do Brazil. Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. Rio de Janeiro: ILC-Brazil; 2015.
- Costa, S. F. G. (2013). *Capacidades e necessidades de pessoas idosas a residir em casa: um estudo de base comunitária no Município de Esposende* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl & Fonseca (coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp.159-182). Lisboa: Climepsi Editores.
- Diagnóstico Social de Valença (2014-2016). Retirado a 8 de Março 2015 de: [www.cm-valenca.pt/files/11/1137.pdf](http://www.cm-valenca.pt/files/11/1137.pdf).
- Duarte, N. & Barbosa, C. (2011). Sinta-se seguro. In O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de envelhecimento activo* (pp. 13-38). Lisboa: Lidel.
- Fernandes, A. A. (2007). Determinantes da mortalidade da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (EU-15, 1991-2001). *Análise Social*, 42, 183, 419-443.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Una Introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social* (pp. 31-53). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Concepto y modelos teóricos. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Envejecimiento activo: contribuciones de la Psicología* (pp. 59-99). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca, A. M., Gonçalves, D., & Azevedo, M. J. (2008). *A "ligação à terra": identidade dos idosos rurais da raia portuguesa*. Coimbra: Centro de Estudos Ibéricos.
- Folstein, F., Folstein, E. & McHugh, R. (1975). "Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). The relevance of sociodemographic and health variables on MMSE Normative Data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 0, 1-9.
- Goldstein, J. R. (2009). How populations age. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 7-17). Texas, EUA: Springer.
- Hessel, R. (2008). Envelhecimento activo numa sociedade encanecida: formação em todas as idades. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 45, 3, 157-177.
- International Foundation for Integrated Care (IFIC, 2015)
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística (2012) – *Resultados definitivos da região norte-2011* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística (2015) – *Índices de Envelhecimento*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. [documento electrónico] retirado de: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadS](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=6790&tipoSelecao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true)
- Lawton, M. P. & Brody, E. (1986). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 3, 179-186.

- López, J. M. H. (2004). Técnicas de investigación y evaluación. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social* (pp. 355-82). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lubben, N. (1988). Lubben social network scale. *Family and Community Health*, 44-53.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental Sate Examination. *Sinapse*, 2, 9, 10-16.
- Neri, A. L. (2008). Gerontologia/Gerontologia Social/Geriatria. In A. L. Neri, *Palavras-chave em Gerontologia* (pp. 95-102). Brasil: Átomo Alínea.
- Organização Mundial de Saúde (2002a). Active ageing, a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002. Retirado a 22 de junho de 2015 de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)<http://social.un.org/ageing->
- Organização Mundial de Saúde (2002b). Declaração Política Y Plan de Accion Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Retirada a 22 de Junho de 2015 de [working-group/documents/mipaa-sp.pdf](http://working-group/documents/mipaa-sp.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Retirado a 23 de abril de 2016 de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1)
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e Ambiente. In L. Soczka (Ed.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247- 266). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual da gerontologia* (pp.1-15). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). Introdução. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp.11-14). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-10.
- Pereira, V. P. S. (2013). *Avaliação multidimensional da população com 65+ anos no perímetro urbano de Santo Tirso: contributos para o plano gerontológico municipal* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Portal Municipal de Valença. Retirado a 8 de março de 2015 de [http://www.cm-valenca.pt/portal/page/valenca/portal\\_municipal](http://www.cm-valenca.pt/portal/page/valenca/portal_municipal)
- Programa de Ação do AEEASG (2012). Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Retirado a 13 de Maio de 2015 de <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>
- Relatório de Diagnóstico Social de Valença (2014-2016). [documento eletrónico] retirado de: [http://www.cmvalenca.pt/portal/page/valenca/portal\\_municipal/servicos\\_municipais/accao\\_social/rede\\_social/Diagn%F3stico%20Social%20Final%202014-2016.pdf](http://www.cmvalenca.pt/portal/page/valenca/portal_municipal/servicos_municipais/accao_social/rede_social/Diagn%F3stico%20Social%20Final%202014-2016.pdf)
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araujo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão portuguesa da escala breve de redes sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista temática Kairós Gerontologia*, 15 (1), 217-234.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Porto.

- Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23, 2, 109-15.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos. Avaliação geriátrica multidimensional*. Coimbra: Edições Mar da Palavra.
- Sá, C. M. O. (2013). *Envelhecer em zonas rurais isoladas: avaliação gerontológica multidimensional no Município de Amares* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- São José, J. S. & Teixeira, A. (2014). Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise social*, 210, 49, 27-54.
- Sequeira, C. (2007). O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família. Tese de doutoramento. Porto: ICBAS-Universidade do Porto.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and 'active ageing': subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16, 3, 467-477.
- Tomassini, C. & Lamura, G. (2009). Population ageing in Italy and Southern Europe. In P. Uhlenberger (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp.69-89). USA: Springer.
- Walker, A. & Maltby T. (2012). Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 17, 117-130.
- Wick, G. (2012). The aging issue. *Karger Gazette*, 72, 1-3.



ANEXOS

---



## Anexo 1 - Caraterização do contexto de Investigação

O Município de Valença localiza-se a noroeste de Portugal, integrando a sub-região do Minho-Lima. Em termos territoriais, este concelho faz fronteira a sudoeste com o concelho de Vila Nova de Cerveira, a sul com o concelho de Paredes de Coura, a este com o concelho de Monção e a norte, separado pelo rio Minho, com a cidade de Tui, do país vizinho Espanha. Este município tem área total de, aproximadamente, 117 km<sup>2</sup>, e é constituído por 11 freguesias, como se pode constatar na Figura 2, sendo elas: Boivão, Cerdal, Fontoura, Friestas, União de freguesias de Gandra e Taião, Ganfei, União de freguesias de Gondomil e Sanfins, União de freguesias de São Julião e Silva, São Pedro da Torre, União de freguesias de Valença, Cristelo Covo, Arão e Verdoejo. A sede do concelho situa-se na freguesia de Valença.



Figura A2. Mapa das freguesias do Município de Valença

Fonte: Portal Municipal de Valença 2015

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), o Município de Valença possuía uma população total de 14.129 habitantes, refletindo-se desta forma uma ligeira redução da população, pois em 2001 existiam 14.187 residentes. Segundo a mesma fonte a população existente apresenta 53,15% pessoas do género feminino e 46,85% do género masculino. Os dados recolhidos pelo INE em 2011 referem a existência de um índice de envelhecimento de 178,1, existindo um total de 3.197 pessoas com 65 anos ou mais a residir no conselho de Valença.

A figura 3 apresenta o número de residentes em função dos vários grupos etários, destacando-se o maior número de residentes na faixa etária entre dos 25 aos 64 anos. O segundo maior grupo populacional corresponde aos idosos, pessoas com 65 anos ou mais, com 3197 pessoas. Os dois grupos com menor número de residentes situam-se nas faixas etárias dos 14 aos 19 anos e dos 20 aos 24 anos, sendo este último o que apresenta menor número de pessoas.

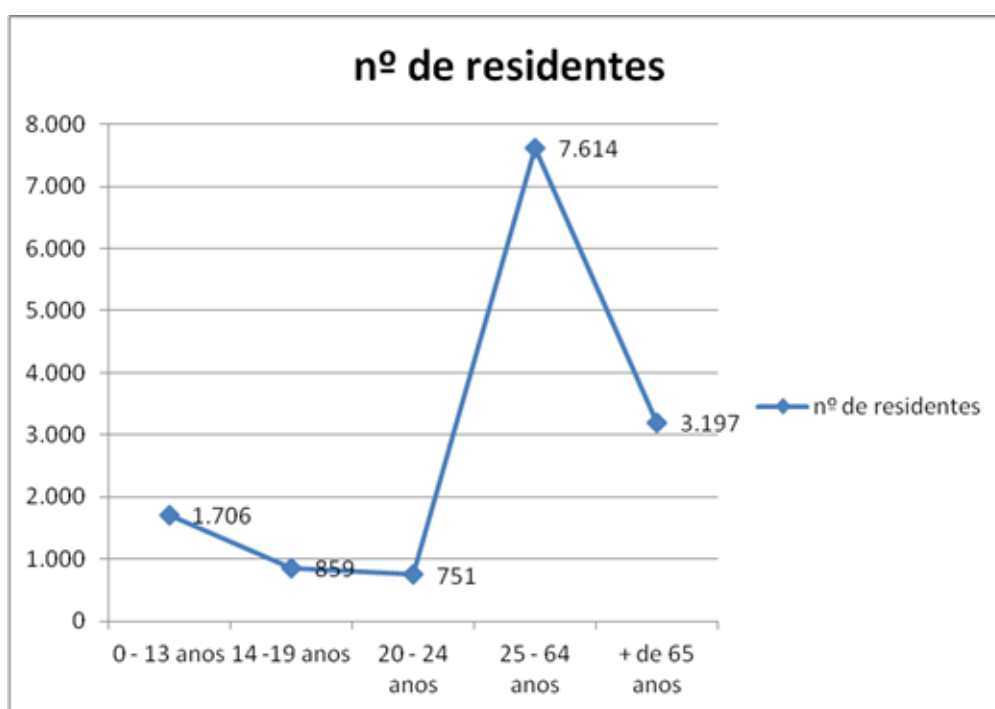


Figura A3. Estrutura etária da população do concelho de Valença

Fonte: INE 2011

De acordo com os dados do INE (2011), o Índice de Envelhecimento no Concelho é 178,1 idosos por cada 100 jovens, existindo um total de 3.197 pessoas com 65 anos ou mais, a residir no conselho de Valença. O aumento da faixa etária dos idosos traduz o crescente envelhecimento da população residente. A população idosa tem vindo a aumentar, à semelhança do que se verifica nos vários países da Europa e nas restantes regiões do país

A população com mais de 65 anos apresentou nos registos de recenseamento de 1991 uma representação percentual de 17,8% do total da população, em 2001 já apresentava 21,03%, mostrando já uma tendência de envelhecimento demográfico, que se acentua um pouco mais em 2011, apresentando indicadores de 22,6%.

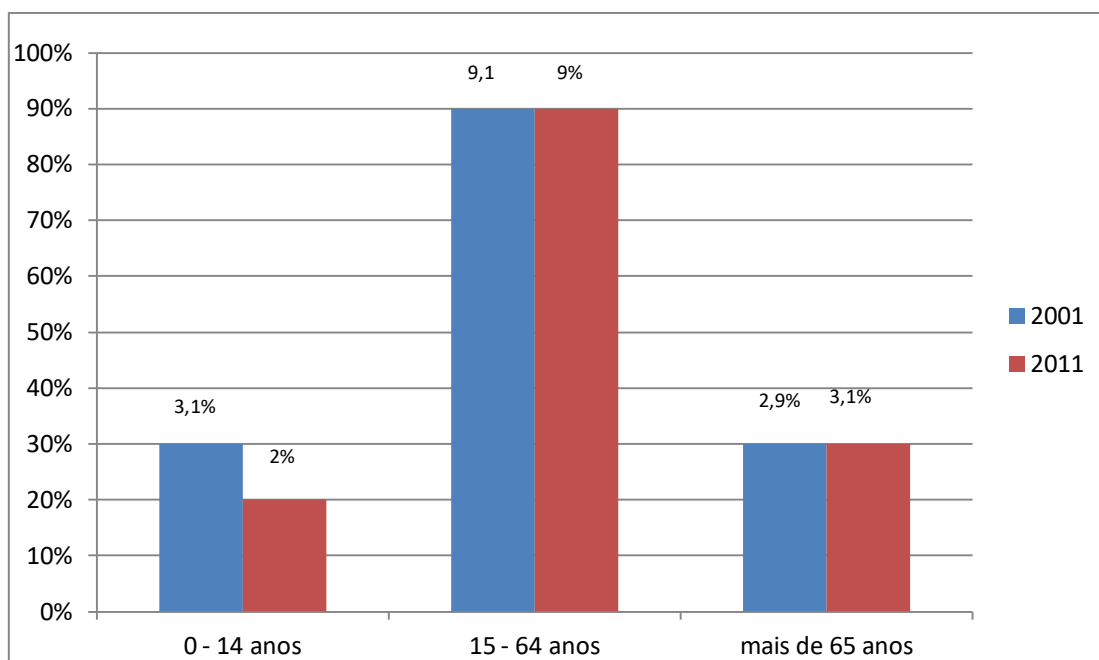


Figura A4. Dados comparativos da população residente

Fonte: INE 2011

Quando comparamos os dados da população residente, referentes a 2001 com os dados de 2011, verifica-se que nos três grandes grupos há alterações significativas, nas crianças/jovens e nos idosos.

Tal como tem sido previsto pelos vários demógrafos a diminuição da natalidade e os problemas de fertilidade estão a alterar a estrutura etária da população. Nesta

última década a faixa etária entre os anos zero e os catorze anos de idade, diminuiu no concelho de Valença.

A população em idade ativa, compreendida entre os quinze e os sessenta e quatro anos continua a representar a maior percentagem populacional. O aumento da faixa etária dos idosos traduz o crescente envelhecimento da população residente. A população idosa tem vindo a aumentar sendo posteriormente comparados os Censos de 1991, 2001 e 2011 (Figura 4).

## Anexo 2 - Análise individual das dimensões do envelhecimento individual

Tabela A1. Funcionamento Cognitivo por domínio (MMSE)

	M (dp)	Total (n=72) min-máx	Amplitude teórica
<b>MMSE M (dp)</b>	<b>24,7 (5,5)</b>	<b>7-30</b>	0-30
Orientação M (dp)	8,5 (2,1)	2-10	0-10
Retenção M (dp)	3,0 (0,1)	2-3	0-3
Atenção e Cálculo M (dp)	3,9 (1,7)	0-5	0-5
Memória de Trabalho M (dp)	1,9 (1,3)	0-3	0-3
Linguagem M (dp)	7,1 (1,6)	2-8	0-8
Habilidade construtiva	0,4 (0,5)	0-1	0-1

Tabela A2. Descrição da Rede Social por item (Escala breve de Lubben)

	Total (n=72)											
	0		1		2		3 ou 4		5 a 8		9 ou +	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Família</b>												
<i>Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?</i>			1	1,4	3	4,2	5	6,9	11	15,3	52	72,2
<i>De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?</i>			15	20,8	20	27,8	17	23,6	12	16,7	7	9,7
<i>Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?</i>	1	1,4	19	26,4	18	25,0	13	18,1	14	19,4	7	9,7
<b>Amigos</b>												
<i>Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?</i>	5	6,9	5	6,9	2	2,8	17	23,6	6	8,3	37	51,4
<i>De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?</i>	6	8,3	21	29,2	14	19,4	21	29,2	4	5,6	6	8,3
<i>Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?</i>	29	40,3	18	25,0	9	12,5	9	12,5	3	4,2	4	5,6