



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Magda Natércia da Costa Silva Pereira

**ENVELHECIMENTO E AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA
MULTIDIMENSIONAL:**

UM ESTUDO DE BASE COMUNITÁRIA NO MUNICÍPIO DE VIZELA

Curso de Mestrado
Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Alice Bastos

Agosto, 2016

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alice Bastos, um sincero e especial agradecimento pela sua permanente disponibilidade, dedicação, exigência, apoio e motivação. Obrigada pela orientação e pelo estímulo no sentido de fazer com que eu quisesse saber sempre mais sobre o envelhecimento humano e por fazer com que eu tivesse sempre vontade de querer fazer melhor.

À Professora Doutora Emília Moreira, agradeço a sua total disponibilidade no apoio ao tratamento dos dados.

À Professora Doutora Carla Faria, agradeço todo o incentivo e apoio. Obrigada pelas palavras de entusiasmo e pela amizade. Obrigada por ser alguém que fez a diferença na minha vida.

Agradeço a todos os idosos que generosamente participaram neste estudo, partilhando muito da sua história e experiência de vida. Obrigada pelos momentos proporcionados, pelas aprendizagens únicas e pelo crescimento pessoal. Sem a vossa colaboração este trabalho não seria possível nem teria significado.

À Carla, Andreia e Sara agradeço todo o apoio e incentivo. Obrigada pela coragem transmitida e essencialmente pela vossa amizade.

À Eduarda agradeço o apoio e colaboração na recolha de dados.

À Teresa agradeço todo o apoio, a amizade e partilha de ideias! Obrigada pelas palavras de incentivo e coragem.

À Terapeuta Cristina agradeço todas as palavras de incentivo e carinho. Obrigada por ter permitido que mesmo durante o trabalho, dedicasse um bocadinho do meu tempo a este projeto. Obrigada pela compreensão das minhas ausências e por toda a dedicação que todos os dias me oferece.

Ao Nuno agradeço toda a colaboração, apoio e companheirismo ao longo destes cinco anos. Obrigada essencialmente pela amizade, pela compreensão e pela infinita paciência em todo trabalho conjunto. Foi fantástico ter trabalhado contigo.

À Maria e à Laura, principais companheiras neste trabalho, agradeço todos os momentos compartilhados. Obrigada sobretudo pela amizade, pela aprendizagem, pelo trabalho conjunto, pelo incentivo, pela partilha de responsabilidades, gargalhadas e até mesmo cúmplices silêncios. Obrigada por não me terem deixado desistir! Foram momentos para sempre inesquecíveis! Sem vocês, seria tudo muito mais difícil.

Ao Carlos, uma das pessoas mais importantes da minha vida, agradeço o amor incondicional, o apoio, a generosidade e a compreensão. Obrigada pela força transmitida, pela paciência e pelo carinho sempre demonstrado... Este trabalho também é teu.

Aos meus avós, agradeço a infinidade de conhecimentos transmitidos. Obrigada por serem a principal fonte de inspiração, de experiência, de trabalho, de paciência, e sobretudo de muito amor.

Aos meus pais e irmão, agradeço a coragem, os valores transmitidos e a valorização sempre tão entusiasta do meu trabalho. À minha mãe, em particular, agradeço por ter sempre acreditado em mim e pela existência de um amor incondicional... Pela admiração e orgulho que sinto, a ela dedico este trabalho.

Obrigada a ti. Porque mesmo quando é difícil, tu nunca desistes de mim.

RESUMO

Contexto e objetivo do estudo. Um dos traços mais evidentes da sociedade portuguesa atual é a tendência para o aumento da longevidade, decorrente da revolução do envelhecimento. Neste contexto, é importante avaliar as capacidades dos indivíduos e os recursos comunitários, de modo a traçar políticas sociais e de saúde e planejar serviços adequados às necessidades das pessoas idosas. Face à perda das capacidades associadas ao envelhecimento, o ambiente torna-se num dos grandes desafios, sobretudo numa fase da vida em que as intervenções na pessoa são menos eficazes. Tendo em consideração a vulnerabilidade biopsicossocial da velhice, as pessoas idosas devem ser sistematicamente avaliadas numa perspetiva global e multidisciplinar. A partir dos resultados da avaliação, o objetivo é elaborar um plano de intervenção de modo a providenciar serviços que correspondam às capacidades e necessidades das pessoas mais velhas que vivem em casa promovendo um envelhecimento bem-sucedido. Face ao exposto, estabelece-se como objetivos do presente estudo: (1) analisar a capacidade funcional, cognitiva e socio-emocional em função das características sociodemográficas da população em estudo; (2) analisar as relações entre características sociodemográficas e as dimensões do envelhecimento e (3) avaliar a utilização e a necessidade percebida dos serviços comunitários associados ao envelhecimento.

Método. Este estudo de natureza quantitativa foi planeado a partir do Censo da População de 2011 e inclui 4% da população com 65+ anos, estratificada em termos de género e idade a residir em casa no concelho de Vizela. Para a recolha de dados utilizou-se o Protocolo de Avaliação de Necessidade Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP_GeroSOC.R; Bastos, Faria, Moreira & Melo de Carvalho, 2013).

Resultados. Fazem parte deste estudo 124 participantes, maioritariamente do sexo feminino (55,6%), com uma média de idade de 74 anos ($dp=7,16$). A maioria dos participantes é casada (56,5%), apresenta escolaridade reduzida (74,2% com 1 a 4 anos de escolaridade). Todos os participantes estão reformados, sendo que a profissão predominante ao longo da vida estava ligada ao sector industrial (44,4%). Relativamente à avaliação gerontológica, em termos da capacidade funcional na vida diária, verifica-se que a maior parte dos participantes é independente para as atividades básicas da vida diária (83,9%), e para as atividades instrumentais da vida diária (54,8%). Relativamente ao funcionamento cognitivo, observa-se que a maioria dos participantes (73,4%) não apresenta défice cognitivo. No que diz respeito aos aspetos socioemocionais/relacionais o risco de isolamento social é reduzido (16,9%). Quanto à utilização e necessidade percebida de serviços comunitários observa-se uma grande diversidade. A análise das diversas dimensões do envelhecimento em função do grupo etário, demonstrou diferenças estatisticamente significativas ($p<0,001$) em todas as dimensões da avaliação. Relativamente ao género e escolaridade apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas em algumas das dimensões.

Conclusão. A evidência reunida poderá ser tomada como ponto de partida para o desenho de futuras políticas locais, serviços e/ou programas de base comunitária com vista a promover a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.

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

Agosto de 2016

ABSTRACT

Context and purpose of the study. One of the most evident trace of portuguese nowadays society is the trend for the increase of longevity, due to the aging. In this context, it is important to evaluate the skills of the individuals and the humanitarian resources to trace social and health politics and manage to create suitable services to satisfy old people needs. Due to the loss of skills recurrent from aging, the environment becomes a big challenge, especially in a stage of life where people interventions become less effective. The bio -psycho -social vulnerability of old age, old people must be systematically evaluated in a global and multidisciplinary perspective. From the results of the evaluation, the goal is to draw up an intervention plan to provide services that match the skills and needs of old people that live at their own houses providing a successful aging process. Giving the above, the goals of this study are specific: (1) analysis the functional, cognitive and socio-emotional skills according to the sociodemographic characteristics from the study population; (2) analysis the sociodemographic characteristics and aging dimensions e (3) evaluate the use and the needs known about the communitarian services associated to aging.

Methodology: This quantitative study has been planned based on the 2011 Population Census and includes 4% of the population at the age of 65 or more, stratified by gender and age and living at their own houses in Vizela's county. For data collection it was used the Community Needs Assessment Protocol associated with the Population Aging (ANCEP_GeroSOC.R; Bastos, Faria, Moreira & Melo de Carvalho, 2013).

Results: In this study are included 124 participants, most of them from the female gender (55,6%), with an age average of 74 years old (dp: 7,16). Most of participants are married (56,5%) with low schooling level (74,2% studied between 1 and 4 years at school). All participants are retired, but most of them had their jobs at the industrial sector for their entire lives (44,4%). Relatively to the gerontological evaluation, in terms of functional skills to manage daily routines, most of the participants appears to be independent on that (83,9%) and on their instrumental activities of daily routines (54,8%). Relatively to the cognitive operation, it can be realized that most of the participants (73,4%) don't have any cognitive decrease. The risk of social isolation is low when we talk about socioeconomically/relational aspects (16,9%). About the use and needs known of communitarian services we can realize loads of diversity. The analysis made of the several dimensions of aging according to the age group, showed significant statistically differences ($p < 0,001$) in all the evaluation dimensions. Relatively to the gender and schooling it can only be seen the significant statistically differences in some of the dimensions.

Conclusion: The gathered evidence can be an outline to future local politics, services and/or programs with communitarian base in order to promote an increase of life quality and old people welfare.

Keywords: Aging; Multidimensional Gerontological Evaluation; Social Gerontology

August 2016

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA	7
1. O Envelhecimento no âmbito da Gerontologia Social: Aspetos Introdutórios	9
1.1. As Ciências do Envelhecimento: Da Gerontologia à Gerontologia Social	9
1.2. O envelhecimento coletivo <i>versus</i> o envelhecimento individual	13
1.3. Descontinuidades entre a 3ª e a 4ª idade	21
2. Envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável	25
2.1. Envelhecimento bem-sucedido no lugar	32
2.2. Envelhecer no seu próprio lugar	33
3. Avaliação gerontológica multidimensional e utilização de serviços comunitários	39
3.1. Avaliação da capacidade funcional do indivíduo	41
3.2. Avaliação dos recursos comunitários e utilização de serviços	50
CAPÍTULO II – MÉTODO	55
1. Plano de investigação e participantes	57
2. Instrumentos de recolha de dados	58
3. Procedimentos de recolha de dados	62
4. Estratégias de análise de dados	63
CAPÍTULO III – RESULTADOS	65
1. Descrição dos participantes e do ambiente próximo	67
2. Descrição das dimensões do envelhecimento individual	74
3. Análise comparativa das dimensões do envelhecimento em função de diferentes grupos socio-demográficos	77
4. Dimensão contextual do envelhecimento: A utilização de serviços comunitários	80
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	119

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. População residente nas freguesias em estudo, estratificada por género e grupo etário, e respetivo cálculo de 4% da amostra (INE, 2011)	57
Tabela 2. Descrição sociodemográfica dos participantes	68
Tabela 3. Recursos económicos face às necessidades percebidas	69
Tabela 4. Passatempos.....	70
Tabela 5. Condições da habitação: acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato	71
Tabela 6. Redes de vizinhança, serviços e necessidades das pessoas idosas	72
Tabela 7. Vantagens de viver na freguesia e necessidades percebidas	73
Tabela 8. Funcionalidade nas atividades da vida diária (ABVD e AIVD)	74
Tabela 9. Descrição do desempenho cognitivo no MMSE segundo idade e escolaridade (média de desvio padrão no MMSE por grupo de idade e escola com mais de 1 ano de escolaridade)	75
Tabela 10. Funcionamento interpessoal: as relações sociais.....	76
Tabela 11. Satisfação com a Vida	76
Tabela 12. Sintomatologia depressiva	77
Tabela 13. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário	78
Tabela 14. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género	78
Tabela 15. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade	80
Tabela 16. Serviços gerais de apoio	81
Tabela 17. Serviços gerais de apoio (continuação)	82
Tabela 18. Serviços sociais e recreativos	84
Tabela 19. Serviços de saúde.....	85
Tabela 20. Serviços de avaliação e coordenação	87
Tabela 21. Serviços não classificados.....	88
Tabela 22. Utilização de serviços e necessidade percebida	89
Tabela 23. Associação entre utilização de serviços e funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária	91

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade incontornável na sociedade ocidental do séc. XXI que lança novos desafios aos indivíduos e à própria sociedade. Em Portugal, nunca existiram tantas pessoas com 65 e mais anos, ou com 80 e mais anos, e tão pouco nascimentos e jovens como agora (Rosa, 2012). O último Censo da população realizado em Portugal (2011) mostrou a tendência crescente para o aumento da população com 65 e mais anos. Entre 2001 e 2011, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) reduziu de 16,2% para 14,9% da população residente total. No mesmo período, a proporção de indivíduos em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) também diminuiu de 67,3% para 66,0%, verificando-se simultaneamente o aumento da percentagem de idosos (população com 65+ anos de idade) de 16,6% para 19,0% (INE, 2012).

A par das alterações demográficas, revela-se fundamental estudar e conhecer as especificidades da população idosa. No entanto, o envelhecimento não é apenas um fenómeno populacional, mas pode também ser abordado como um processo individual, definido como um processo complexo que ocorre desde o nascimento até à morte, associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida (Fernández-Ballesteros, 2002). O aumento de tempo de vida – longevidade- pode não representar um aumento em qualidade de vida, pois esta tende a diminuir à medida que o processo de envelhecimento aumenta. Para Balard, Blain e Robine (2012), mais importante do que o aumento da população idosa e que o aumento da esperança média de vida é envelhecer de modo bem-sucedido, apresentando assim uma visão positiva do processo de envelhecimento. Atendendo à diferente alocação de recursos ao longo da vida, que passa do crescimento na infância, para a manutenção na vida adulta, à regulação de perdas na velhice, Baltes (1997) estabelece a metateoria de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) como chave para um envelhecimento bem-sucedido. Para este autor no início da idade adulta tardia e na velhice, as perdas superam os ganhos, e com a idade o equilíbrio torna-se cada vez menos positivo. Neste sentido, o envelhecimento bem-sucedido é compreendido como a maximização dos ganhos e a minimização das perdas, não sendo por isso impossível alcançar um saldo positivo de ganhos e perdas em todas as idades da vida.

Do ponto de vista da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002/2005), é fundamental pensar o envelhecimento da população em termos do envelhecimento ativo. Este pode ser entendido como processo de otimização das condições de saúde, participação e segurança, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

Tendo em consideração a vulnerabilidade biopsicossocial das pessoas com 65+ anos, envelhecer no próprio lugar (*“aging in place”*) é um aspeto importante a considerar no processo de envelhecimento. Segundo Fange, Oswald e Clemson (2012) o estudo do “envelhecimento no lugar” centra-se na capacidade das pessoas idosas em continuar a viver nas suas próprias casas e adaptando-se às necessidades e condições que se vão alterando ao longo do tempo. Apesar de a maioria dos idosos preferir continuar a envelhecer em casa, a verdade é que a maioria das comunidades não estão preparadas para lidar com as necessidades da população mais envelhecida. É por esta razão que as capacidades e necessidades das pessoas idosas devem ser avaliadas, para que entidades públicas e privadas possam delinear programas e alocar recursos/serviços para responder às necessidades/ problemas dos mais velhos.

Nesta linha, e perante a complexidade biopsicossocial da velhice, as pessoas idosas devem ser sistematicamente avaliadas numa perspetiva integral e multidisciplinar, permitindo a elaboração de um Plano Geral que corresponda às suas capacidades e necessidades (Rodrigues, 2007). De acordo com este autor, a avaliação geriátrica/ gerontológica diz respeito a um processo de diagnóstico que compreende a avaliação de problemas de saúde, funcionais e psicossociais. A partir dos resultados da avaliação gerontológica, o objetivo é elaborar um plano de intervenção com vista à seleção de medidas mais adequadas para a resolução dos problemas identificados, de modo a providenciar serviços que correspondam às capacidades e necessidades das pessoas mais velhas que residem em casa, promovendo a sua qualidade de vida e um envelhecimento bem-sucedido (Bastos, Faria, Gonçalves & Lourenço, 2015). Neste sentido, o presente estudo incide sobre a avaliação gerontológica multidimensional num território delimitado.

Face ao exposto, estabelece-se os seguintes objetivos para o presente estudo: (1) analisar a capacidade funcional, cognitiva e socio-emocional em função das características sociodemográficas da população em estudo; (2) analisar as relações entre características sociodemográficas e as dimensões do envelhecimento e (3) avaliar a utilização e a necessidade percebida dos serviços comunitários associados ao envelhecimento.

Em termos de estrutura, a presente dissertação está organizada em três capítulos. No capítulo I, apresenta-se o enquadramento teórico e empírico que abordará três grandes temáticas: (1) o envelhecimento no âmbito da Gerontologia Social, no qual se faz a distinção entre envelhecimento populacional e individual, bem como a distinção entre terceira e quarta idade; (2) o ambiente e o envelhecimento bem-sucedido, no qual são desenvolvidos aspetos conceituais e metodológicos acerca do envelhecimento bem-sucedido e ativo e do envelhecer em casa; e, por último, (3) a avaliação gerontológica multidimensional, sendo abordada nomeadamente a avaliação funcional, cognitiva e socio-emocional, assim como a utilização e necessidade de serviços. Posteriormente, no Capítulo II descreve-se o modo como o estudo foi planeado. Integram este estudo, participantes com 65 e mais anos, residentes nas freguesias do concelho de Vizela e a recolha de dados foi realizada com recurso ao Protocolo de Avaliação das Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP_GeroSOC.R.2013; Bastos, Faria, Moreira & Melo de Carvalho, 2013). Neste capítulo, apresentam-se os procedimentos usados na recolha, no tratamento e análise dos dados recolhidos. Por fim, no Capítulo III, descrevem-se os resultados do estudo. Este trabalho finaliza com a discussão dos resultados e apresentação das conclusões, em relação aos objetivos do estudo e as suas implicações para a prática gerontológica.

CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA

1. O Envelhecimento no âmbito da Gerontologia Social: Aspectos

Introdutórios

Para se entender a importância da Gerontologia Social enquanto Ciência importa analisar o processo de envelhecimento humano quer numa perspectiva coletiva, percebendo por exemplo, o peso estatístico dos mais velhos na sociedade quer numa perspectiva individual, através de uma visão biopsicossocial.

1.1. As Ciências do Envelhecimento: Da Gerontologia à Gerontologia Social

O fenómeno do envelhecimento humano, decorrente do aumento da população idosa e redução do número de nascimentos, representa uma das mudanças mais significativas da sociedade atual, sendo acompanhado por um interesse crescente das Ciências Sociais e Humanas em conhecer melhor o processo de envelhecimento, passando a ser cada vez maior o número de investigadores a ocupar-se do estudo deste processo.

A necessidade de obtenção de mais conhecimento científico acerca dos idosos, do processo de envelhecimento, e das suas consequências sobre a vida quotidiana, ganhou uma nova pertinência no fim da II Guerra Mundial, induzida por um fenómeno importante, o aumento significativo da esperança média de vida e o correspondente envelhecimento da população (Fonseca, 2006). Para o autor, a importância dos idosos como um grupo específico, dotado de uma cada vez maior relevância estatística e social, acerca do qual era absolutamente necessário saber mais, originou o aparecimento de uma disciplina nova- a Gerontologia.

O desenvolvimento da Gerontologia Social começou a ganhar estatuto particularmente a partir da década de 80, quando surgiram os primeiros manuais que englobavam a sistematização dos conhecimentos multidisciplinares sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2004). Para a autora, a compreensão do envelhecimento como uma visão pluridisciplinar era essencial, já que o processo de envelhecimento é objeto de estudo de Ciências como a Bioquímica, a

Economia, o Direito, a Medicina, a Psicologia, a Sociologia e a Política. Assim, é esta característica de multidisciplinariedade que caracteriza a Gerontologia.

Neste sentido, surge a Gerontologia, que segundo Schaie e Willis (2003) estuda os fenômenos associados ao processo de envelhecimento desde o nascimento até à velhice, bem como o estudo de idosos como população específica. A Gerontologia é assim, um campo de estudos inter e multidisciplinares que investiga os fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados com o envelhecimento humano. Segundo Fernández-Ballesteros (2000), esta dedica-se ao estudo multidisciplinar do envelhecimento, da velhice e das pessoas mais velhas. Porém, Neri (2008) refere que a Gerontologia é um campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças ligadas ao processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais.

Fernández-Ballesteros (2002) refere que o envelhecimento, a velhice e o idoso, constituem-se objetos de estudo da Gerontologia que podem ser abordados desde uma perspectiva de investigação básica e aplicada.

A Gerontologia em todas as suas áreas de investigação ocupa-se do estudo do processo de envelhecimento de forma multidisciplinar. Deste modo, Fernández-Ballesteros (2000) considera que quando se estabelece como objeto de estudo a pessoa idosa, geralmente orienta-se a atenção para um indivíduo debilitado em termos de saúde. Por esta razão, e com alguma frequência, a Gerontologia vê-se reduzida ao estudo da velhice patológica. A velhice enquanto estado do indivíduo supõe uma etapa da vida, a última, por isso a autora assume esta etapa como um processo que ocorre ao longo da vida que deve ser visto numa perspectiva de continuidade, desde o nascimento à morte e não apenas o último período de vida.

Com o desenvolvimento da Gerontologia surgiram novos ramos de estudo, como é o caso da Gerontologia Social que partilha do mesmo objeto de estudo da Gerontologia, mas tem um foco de estudo distinto. Segundo Paúl (2005b), o termo Gerontologia Social foi usado pela primeira vez, em 1964, por Clark Tibbits para descrever a área da Gerontologia que estuda o impacto das condições socioculturais e

ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento.

Segundo Fernández-Ballesteros (2004), a Gerontologia Social desenvolve-se praticamente na segunda metade do século XX, quando ocorre um aumento exponencial do envelhecimento da população. O primeiro artigo publicado onde aparece esta designação ocorre nos anos 60 como referido anteriormente, mas é apenas na década de 70 que esta Ciência mais específica começa a ganhar relevância.

De acordo com Néri (2008), a Gerontologia Social surge como a construção de uma área multidisciplinar do conhecimento na descoberta das interdependências entre o envelhecimento individual e coletivo, seja ao nível do impacto dos fenómenos do envelhecimento nas estruturas familiares, na economia, na proteção social, no direito, bem como nas representações sociais da vida, da morte e do envelhecimento, ou nas práticas culturais e na relação com o tempo.

Neste contexto, o gerontólogo social possui conhecimentos biopsicossociais da pessoa idosa e do envelhecimento, ampliando estes mesmos conhecimentos a uma perspetiva social, em benefício das pessoas mais velhas. Em suma, estes profissionais planeiam, monitorizam e avaliam programas ou ações interventivas no contexto público e/ou privado, no sentido de otimizar o envelhecimento humano e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas (Paúl, 2005a).

Na Gerontologia Social, os investigadores são confrontados com uma ampla variedade de problemas de investigação que vão desde o abstrato (o que são os efeitos do envelhecimento da população sobre presente e futuro de estruturas sociais) até às práticas (o que as Políticas Públicas podem melhorar). Para compreender adequadamente estes problemas exige não só dados, mas também explicação teórica, visto que a teoria desempenha um importante papel na investigação sobre o envelhecimento (Bengtson, Burgess & Parrott, 1997).

Considerando que o envelhecimento é um processo contínuo desde a conceção até à morte, a Gerontologia Social enquadra-se predominantemente na perspetiva do ciclo de vida (“life span/life course perspective”) proposta por Baltes (1987), afirmando

que o potencial para a mudança desenvolvimental está presente ao longo de toda a vida de forma multidirecional, multidimensional e multicausal. Trata-se de uma abordagem multidisciplinar ao desenvolvimento, tendo como premissa central as mudanças verificadas nos indivíduos ao longo das suas vidas que afetam, potencializam e condicionam o seu desenvolvimento.

Desta forma, a Gerontologia Social assume-se como uma área de estudo abrangente e face à necessidade de uma perspetiva integradora, bem como a relevância da interdisciplinaridade para o avanço no conhecimento na Gerontologia Social, Bass (2009) propõe uma teoria integrada de Gerontologia Social.

Bass (2009) apresenta uma proposta teórica sensível ao passado e às implicações do presente e do futuro que, integra influências de nível macro (que avalia os contextos social, económico, ambiental, cultural e político que influenciam o comportamento humano e a saúde) e de nível micro (a nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões), sendo que a evolução de todas as estruturas envolvidas e as suas interações determinam o processo de envelhecimento individual. Como estas perspetivas priorizam a alocação de recursos e apoiam uma população envelhecida e, como resultado, como é que o indivíduo responde ao seu próprio envelhecimento e aos dos outros, constituem aspetos centrais da sua proposta teórica.

Os contextos de vida, nos quais o envelhecimento ocorre, mudam ao longo de diferentes períodos de tempo e são influenciados por importantes eventos históricos (ex. crise económico financeira de 2008), variando entre as diferentes regiões geográficas. Desta forma, o acumular de vantagens e desvantagens ao longo do ciclo de vida deve ser considerado na compreensão da experiência do envelhecimento, uma vez que as experiências acumulam-se e influenciam as capacidades, acesso, recursos, relações, escolhas e ações em fases posteriores da vida. Para além disto, a perspetiva teórica de Bass (2009) reconhece a importância do poder político na compreensão do processo de envelhecimento e, assim, torna-se um modelo conceptual integrado, reflexo das consequências do tempo, incluindo a cultura, a posição social, as circunstâncias económicas, forças ambientais, acontecimentos mundiais e atributos individuais.

Alguns dos obstáculos aos avanços do conhecimento na Gerontologia Social prendem-se com as metáforas representacionais ou esquemas gráficos utilizados (Bastos, Faria, Amorim & Carvalho, 2013). Para se avançar no conhecimento, é necessário dispor de instrumentos conceptuais e metodológicos que facilitem uma aproximação entre investigadores. Desta forma, as metáforas representacionais também contam. Bass (2009) propõe que, para se pensar a questão do envelhecimento na Gerontologia Social, se utilize uma nova representação gráfica – uma torre. Metaforicamente esta torre simbolizaria uma visão integradora da Gerontologia Social.

A Gerontologia Social não é estática e a sua análise altera-se com o passar do tempo, dado que uma das principais dimensões é o tempo, na experiência acumulada, na história e nos eventos que influenciam o indivíduo. Assim, a teoria integrada da Gerontologia Social apresenta-se como uma teia tridimensional em que os vários elementos são interativos com influências mútuas em diferentes momentos no tempo, tornando-se mais estruturada.

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

1.2. O envelhecimento coletivo *versus* o envelhecimento individual

O envelhecimento coletivo é um dos problemas que afeta atualmente a sociedade portuguesa. Os avanços na Ciência, Tecnologia e particularmente da Medicina permitiram nos últimos anos, que os indivíduos vivam mais tempo e em melhores condições, o que se traduz num aumento da esperança média de vida. Para Rossel (2004), o envelhecimento populacional é resultado da melhoria das condições de higiene e da qualidade de vida, dos avanços médicos e gerontológicos, dos progressos

sociais, da diminuição da taxa mortalidade e da natalidade e do aumento da esperança média de vida.

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

A mesma autora defende que, para compreender o envelhecimento populacional, é importante ter em consideração que existem idades, a partir dos quais os indivíduos são classificados em categorias etárias fixas, sendo que estas são, frequentemente mencionados como três grupos etários: idade jovem (0-14 anos), ativa (15-64 anos) e idosa (65 + anos). Assim, na perspetiva da autora é mediante estas categorias que se desenvolve o conceito de envelhecimento populacional, “que se define como uma evolução da composição etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos (envelhecimento no “topo” da pirâmide etária = 65+ anos) ou à diminuição da importância estatística dos jovens (envelhecimento na “base” da pirâmide etária = 0-14 anos)” (Rosa, 2012, p. 23).

Deste modo, apresentam-se alguns dados relativos ao envelhecimento da população em Portugal. De acordo com os dados disponibilizados pelo INE (2012), entre 2001 e 2011 a taxa de mortalidade passou de 10,1 para 9,7 óbitos por mil habitantes e a taxa de mortalidade infantil de 5,0% para 3,1%, sendo que neste período, se verificou uma redução generalizada das taxas de mortalidade em todos os grupos etários.

Ainda segundo Rosa (2012) a taxa de fecundidade apresentou uma diminuição de 1,45 crianças por mulher em 2001 para 1,35 crianças por mulher em 2011, ou seja, verifica-se uma diminuição dos nascimentos. Em simultâneo, verifica-se um decréscimo das taxas de fecundidade nos grupos etários abaixo dos 30 anos, contrariamente a um aumento nos grupos etários mais elevados. Estas alterações do comportamento face à fecundidade refletem-se no aumento da idade média da mulher, quer ao nascimento do

primeiro filho, quer ao nascimento de um filho. Entre 2001 e 2011, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho passou de 26,8 para 29,2 anos, e a idade média da mulher ao nascimento de um filho subiu de 28,8 para 30,9 anos de idade. No mesmo sentido, e quando se analisa a taxa de fecundidade entre o mesmo período verifica-se uma descida da taxa de natalidade de 10,9 para 9,2 nascimentos por mil habitantes, o valor mais reduzido de todo o período. Esta diminuição dos níveis de fecundidade deve-se sobretudo à progressiva emancipação da mulher, que se verifica, no aumento da sua participação no mercado de trabalho e no prolongamento dos percursos académicos até idades mais tardias. Além disso, nos dias de hoje, as mulheres têm a sua própria determinação na decisão acerca da fecundidade, particularmente através da generalização dos métodos contraceptivos, do planeamento familiar e na inclusão no sistema público de saúde.

No entanto, temos também que analisar o aumento da esperança média de vida à nascença. Quem nasceu em Portugal, em 1960, a esperança média de vida era 60,7 anos se fosse homem e 66,4 anos se fosse mulher, mas dados dos Censos 2011 revelam que os homens esperam viver até aos 76,5 anos e as mulheres até aos 82,4 anos (INE, 2012), sendo que a esperança média de vida das mulheres tem aumentado sistematicamente ao longo da última década. Também o grupo dos idosos muito idosos (80 anos e mais) tem um considerável aumento. Em 2005, 1,3% da população mundial tinha 80 anos ou mais e espera-se que a meio do século XXI esta faixa etária represente 4,4% da população total (United Nation, 2007 como citado em Phillips, Ajrouch & Nallétamby, 2010). Na Europa, o número de idosos quase duplicará de 85 milhões em 2008 para 151 milhões em 2060, sendo que o grupo dos idosos muito idosos quase triplicará de 22 milhões em 2008 para 61 milhões em 2060 (Paúl & Ribeiro, 2012). Entre 2001 e 2011, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) reduziu de 16,2% para 14,9% da população residente total. No mesmo período, a proporção de indivíduos em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) também diminuiu de 67,3% para 66,0%, verificando-se simultaneamente o aumento da percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) de 16,6% para 19,0% (INE, 2012). Analisando estes três grupos etários, o maior diferencial observa-se no aumento do grupo etário dos 65 ou mais anos.

Em resultado destas alterações, o Índice de Envelhecimento em Portugal, ou seja, o número de idosos por cada 100 jovens – aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011. O fenómeno do envelhecimento populacional é mais acentuado nas mulheres, refletindo a sua maior longevidade – 103 e 153 idosos por cada 100 jovens do mesmo sexo, respetivamente para homens e mulheres, em 2011 (INE, 2012).

Face ao aumento do grupo de pessoas idosas, há quem considere que esta situação traz um aumento em custos de saúde. Por exemplo, segundo Rossell (2004), como consequência do envelhecimento da população: (1) aumentam os gastos com a saúde, pois com o avançar da idade aumentam as incapacidades e os estados dependentes e, consecutivamente aumenta a necessidade de recursos; (2) o mercado de trabalho é afetado, isto porque aumentam os níveis de escolaridade e formação e os jovens começam a trabalhar cada vez mais tarde, sendo assim os grandes atores do trabalho as pessoas mais velhas que, por outro lado, se ficarem sem emprego, podem vivenciar uma situação de pobreza e exclusão social; (3) é afetada a relação pensionista/contribuinte; (4) é posta em causa a viabilidade do sistema de Segurança Social, tendo em consideração que existem cada vez menos trabalhadores ativos e mais reformados, afetando a repartição de recursos; (5) aumenta o emprego informal e a economia invisível; (6) há um fomento de residências adequadas para que os idosos tenham uma vida digna; e, por fim, (7) é modificada a estimativa da velhice e a estrutura familiar.

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

Já no entender de Dias e Rodrigues (2012) o envelhecimento populacional deu origem a novas dificuldades do sistema de pensões o que implica a reformulação do cálculo de pensões, e por outro lado, a maiores necessidade de Saúde. Deste modo, de acordo com os mesmos autores, perante o aumento da longevidade e o envelhecimento populacional é importante que se lancem um conjunto de desafios e de oportunidades

às Políticas setoriais, sendo imperativo “*traduzir esta nova realidade numa maior abertura a novas práticas e a novos modelos*” (p.187).

Sumariamente, sendo o envelhecimento uma tendência demográfica e uma vez que as formas de viver a longevidade (“velhices”) são diversas, é necessária a criação de Políticas Públicas e outras iniciativas diferenciadas, atentas e adequadas às necessidades e capacidades das pessoas idosas. E daí a relevância de se fazer também uma análise do envelhecimento a nível individual.

De acordo com Rosa (2012), no que respeita ao envelhecimento individual, podem distinguir-se duas situações: (1) o envelhecimento cronológico que resulta da idade e que é definido como um processo universal, progressivo e inevitável e (2) o envelhecimento biopsicológico que é vivido de modo subjetivo por cada indivíduo.

Segundo Birren e Schroots (1996, como citado em Fonseca, 2006) a idade cronológica é usada como principal índice de informação acerca de uma pessoa e do seu desenvolvimento, mas ressaltam que a idade só por si não explica muito. Fernández-Ballesteros (2000) considera que a idade cronológica diz muito pouco da forma como se envelhece considerando-se mais significativo o modo como se envelhece. Também Botelho (2007) afirma que a idade cronológica constitui uma referência sobre os indivíduos que está inevitavelmente ligada ao seu envelhecimento, sendo 65 anos a idade consensualmente indicada para a designação de “idoso”. No entanto, o percurso de vida individual pode conduzir a diferenças substanciais entre indivíduos que sejam da mesma coorte de nascimento . Em abordagens populacionais é comum fazer o agrupamento dos indivíduos, em relação à idade segundo grupos etários, como vimos anteriormente.

Note-se que o envelhecimento é um fenómeno complexo dado a sua diversidade e heterogeneidade. Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) o envelhecimento apresenta-se como um *processo normal, gradual e universal*, implicando um conjunto de transformações que ocorrem em todos os seres humanos com a passagem do tempo, independentemente da sua vontade; é *irreversível*, pois apesar de todos os

esforços e avanços da ciência não se reverte o processo de envelhecimento; é *único, individual e heterogéneo*, uma vez que depende da interação de fatores internos (como a genética) e externos (como o estilo de vida, educação, ambiente e condições sociais). De acordo com as autoras, outra característica do envelhecimento prende-se com a *variabilidade inter e intra-individual*, dado que existem padrões de envelhecimento distintos tanto entre pessoas com a mesma idade cronológica, como nas diversas funções de uma mesma pessoa (fisiológicas, psicológicas, sociais). Assim, o grupo das pessoas idosas representa um grupo heterogéneo. Desta forma, o envelhecimento é definido como um processo que ocorre ao longo da vida, é dinâmico, complexo e universal, existindo diversas trajetórias de vida (Baltes, 1997).

Baltes (2004) descreve o envelhecimento como um processo de desenvolvimento definido por ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida, conseqüentes da relação interdependente dos recursos pessoais com os recursos do ambiente. Alguns investigadores da área vêem no ato de envelhecer o fim do desenvolvimento, mas outros são os que se opõem, argumentando que o envelhecimento não é o fim mas antes um desafio para o desenvolvimento (Fonseca, 2006).

Para Birren (1985, como citado em Fonseca, 2006) o envelhecimento individual é um processo que ocorre ao longo do ciclo de vida e que comporta: (1) uma dimensão biológica que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, designada de senescência, (2) uma componente psicológica, definida pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento, e (3) uma dimensão societal, que diz respeito aos papéis sociais, adequado às expectativas da sociedade para este grupo etário.

Papalia e Feldman (2013) fazem a distinção entre envelhecimento primário e envelhecimento secundário. Por envelhecimento primário entende-se as mudanças inerentes ao próprio processo de envelhecimento. Já por envelhecimento secundário entende-se por mudanças no desenvolvimento que estão relacionadas com doenças, estilos de vida e outras mudanças induzidas pelo ambiente circundante. No entanto, esta distinção ente envelhecimento primário e secundário parece não ser suficiente no

sentido de se alcançar uma definição concetual no domínio (Birren & Schroots, 1996, como citado em Fonseca, 2006).

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

Para Bengtson, Gans, Putney e Silverstein (2009), o envelhecimento é um processo biopsicossocial, existindo uma multiplicidade de teorias acerca do processo de envelhecimento, teorias provenientes dos domínios biológico, psicológico e sociológico. Assiste-se a uma necessidade crescente de perceber o "porquê" e o "como" ter lugar a uma grande heterogeneidade no envelhecimento. Embora de que atualmente se contemple uma abordagem diferente, tendo em vista uma teoria unificada, reconhecendo que o envelhecimento engloba processos internos (pessoa) e externos (ambiente) em constante interação. Neste sentido, nenhuma das teorias do envelhecimento individualmente é capaz de explicar adequadamente o processo de envelhecimento, uma vez que as mudanças que ocorrem ao longo da vida têm múltiplas e complexas causas (Ribeiro & Paúl, 2012).

Bengston e colaboradores (2009) definem a teoria como uma explicação que está alinhada com uma perspectiva científica sobre o desenvolvimento do conhecimento. Também Paul e Ribeiro (2012) afirmam que as teorias no âmbito do envelhecimento, como em todas as outras, servem para explicar e sistematizar os fenômenos que observamos e levantar hipóteses ou fundamentar intervenções, daí a sua relevância para o desenvolvimento científico.

De acordo com Bengston e colaboradores (2009) as teorias biológicas partem do princípio que o organismo experimenta três etapas essenciais: (1) o crescimento e desenvolvimento; (2) a maturação; (3) e o declínio e morte. Estas três etapas sucedem-se umas às outras, a não ser que existam erros biológicos ou morte provocada por um acidente do organismo, devido a uma alteração plástica e/ou funcional que provoque a morte do indivíduo. Os autores apresentam um conjunto de perspectivas que são das principais explicações teóricas do porquê do envelhecimento ocorrer em organismos vivos. Os principais paradigmas teóricos que orientam a investigação no campo biológico são condensados em duas orientações gerais: processos estocásticos (como a mutação genética aleatória e o stress oxidativo) e a senescência programada (expressões genéticas estruturadas na idade avançada). Esta perspectiva destaca o consenso sobre o papel que a evolução e a seleção natural têm na longevidade e uma discordância acerca de como este processo pode ter ocorrido.

Segundo a mesma fonte, as teorias psicológicas do envelhecimento assentam fundamentalmente na perspectiva desenvolvimental do ciclo de vida ("*life span*") e no modelo da Optimização Selectiva com Compensação (SOC). As teorias psicológicas assumem que ocorrem mudanças no funcionamento psicológico das pessoas com o tempo e com o avançar da idade, ainda que nem todas as mudanças que ocorrem na psique humana se ajustem ao funcionamento biológico anteriormente descrito. As teorias psicológicas do envelhecimento articulam os seus mecanismos, dando ênfase à questão "Como?", convergindo em conceitos como a complexidade e processos dinâmicos, a necessidade de situar os microprocessos em contextos históricos e sociais amplos, e a interação entre níveis de análise e influências recíprocas. Os autores realçam os aspetos mais positivos do envelhecer e ser velho, contudo verificam-se diferenças temáticas nas teorias. Enquanto uns apostam na mudança (refletida nos

conceitos de plasticidade), outros centram-se na estabilidade (regulação emocional e equilíbrio).

Ainda de acordo com Bengtson e colaboradores (2009) as teorias sociológicas explicam a complexidade e a diversidade do processo de envelhecimento no contexto social, e baseiam-se em termos gerais, na interação simbólica e na teoria da estrutura social. Para os mesmos autores as teorias na área da sociologia do envelhecimento dão destaque às desigualdades e desvantagens cumulativas, sendo que esta teoria incorpora elementos de conteúdo macro e microsociológicos e tem em consideração a forma como os sistemas sociais geram desigualdade em vários níveis. A teoria da desigualdade cumulativa atenta à percepção de desvantagem e não apenas às condições objetivas da sua situação, que tem sido a abordagem dominante em estudos prévios de acumulação de desvantagem. Daí a teoria da desigualdade cumulativa dar atenção à natureza intergeracional da desigualdade.

Sumariamente, nenhuma das teorias individualmente consegue explicar o processo de envelhecimento no seu todo, dado que este é um processo biopsicossocial (Fernandez- Ballesteros, 2008). Tendo em consideração que o envelhecimento é individual, variando de indivíduo para indivíduo de acordo com a sua trajetória de vida, importa analisar as percepções positivas e negativas que o grupo dos idosos, nomeadamente a terceira e quarta idade apresentam.

1.3. Descontinuidades entre a 3ª e a 4ª idade

Baltes e Smith (2003) defendem, que pensar a longevidade e a dignidade humana implica ter em consideração o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do ciclo de vida, assim como as suas implicações. Sendo conceitos distintos, a diferenciação entre terceira e quarta idade faz-se por um predomínio positivo *versus* negativo.

No que respeita à definição da terceira e quarta idade, Baltes e Smith (2003) afirmam existir duas formas de conceptualizá-la. A primeira definição, de base populacional (demográfica), descreve a terceira e a quarta idade como sendo a idade

em que 50% da coorte de nascimentos não estão vivos. Tomando este critério, nos países desenvolvidos, a transição da terceira para a quarta idade dar-se-ia entre os 75 e os 80 anos. Já nos países em desenvolvimento a faixa etária é claramente menor. De salientar a tendência para o número de idosos continuar a aumentar acentuadamente, sobretudo, o número dos muitos idosos (com 80 anos e mais). Numa definição diferente, mas ainda baseada em dados demográficos, Baltes e Smith (2003) abordam a transição da terceira para a quarta idade como a idade em que 50% das pessoas que alcançaram os 50 ou 60 anos, nos países em desenvolvimento, e os 80 a 85 anos, nos países desenvolvidos, morreram. No entanto, na opinião de Triadó e Villar (2006), esta perspectiva populacional não expressa a variabilidade existente entre a população idosa, porém tem um peso cada vez mais relevante, ao qual ainda não foi dada muita atenção, especialmente no que se refere às pessoas com idade avançada que vivem na comunidade. A segunda abordagem, baseada no indivíduo, consiste em estimar o tempo de vida máximo para cada indivíduo. Com base nas evidências atuais, a esperança média de vida de um indivíduo, sem uma doença específica que o impeça de ter uma vida mais longa, varia entre os 80 e os 120 anos. Deste modo, as transições individuais para a quarta idade podem começar em idades muito diferentes, por exemplo, cerca de 60 para alguns ou cerca de 90 para outros (Finch, 1996; Manton, 2001, como citado em Baltes & Smith, 2003).

Baltes e Smith (2003) referem que existem evidências sobre aspetos positivos da mente das pessoas idosas na terceira idade. Outra descoberta positiva associada ao envelhecimento consiste no facto dos adultos mais velhos estarem no topo de todas as faixas etárias em categorias como inteligência emocional e sabedoria (Baltes & Smith, 2003). A inteligência emocional representa a capacidade de perceber as causas das emoções, por exemplo, o ódio, amor ou o medo, e de desenvolver estratégias para evitar situações de conflito emocional. Por sua vez, a sabedoria é entendida pelos autores como a combinação ideal da plena consciência e virtude e consiste na experiência em questões de conduta, significado e interpretação da vida. Sobre este assunto, importa referir que a sabedoria envolve níveis elevados de desempenho no domínio da inteligência prática e social e que a aquisição da mesma depende de uma coligação especial entre *expertise* nesse domínio e fatores relacionados com a pessoa

(Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006, como citado em Bastos, Faria & Moreira, 2012).

Relativamente à capacidade adaptativa, Baltes e Smith (2003) referem que existem resultados otimistas relativos ao potencial que um indivíduo em envelhecimento tem para se adaptar às novas condições de vida, incluindo as perdas relacionadas com a saúde. Os mesmos autores questionam-se sobre o potencial de plasticidade e adaptabilidade dos idosos da terceira idade se alargar à quarta idade. A investigação sobre as diferentes idades da velhice é um dos novos temas da investigação gerontológica. Os autores referem que, apesar de existirem relatórios otimistas sobre idosos da terceira idade, os investigadores também descobriram alguns dilemas e disfuncionalidade em idades muito avançadas. Em contraste com a terceira idade, dados sobre idosos de 90 a 100 anos mostram claramente muitas das consequências negativas que uma vida mais longa acarreta, nomeadamente um declínio considerável na saúde física e mental na quarta idade.

Baltes e Smith (2003) resumem a sua visão atual sobre os dilemas da quarta idade. A proposição de metateoria sobre a arquitetura biocultural da quarta idade defende que a eficácia da cultura para compensar o declínio biológico diminui em idade muito avançada. Tal perda requer um aumento de um papel compensatório de recursos baseados na cultura, incluindo a sua utilização e prática. Os autores consideram que a quarta idade não é uma simples continuação da terceira idade e que o envelhecimento saudável e bem-sucedido tem seus limites. Esta situação coloca também problemas mais ao nível societal. Será que os poucos recursos existentes face às múltiplas necessidades devem ser alocados aos mais velhos ou às crianças? Se por um lado os recursos devem ser alocados às crianças, jovens e adultos para garantir as melhores condições de crescimento, por outro os recursos devem também continuar disponíveis para apoiar os mais velhos. Este é um dos dilemas com que se confrontam os decisores políticos. Os investigadores devem, no entanto, contribuir com mais conhecimento científico para sustentar a tomada de decisão que afeta a vida coletiva.

Resultados provenientes do estudo “ Berlim Age Study “ (BASE; Baltes & Mayer, 1999) demonstram que as medidas de funcionamento subjetivo nas áreas do *self*,

personalidade e emotividade apontam para perdas de funcionamento em idosos da quarta idade. O panorama mais abrangente da quarta idade, a este nível, é obtido quando as análises são realizadas com base em indicadores de carácter físico, médico, psicológico e social, como um conjunto. Os autores referem que existe pouca dúvida de que a quarta idade testa os limites da capacidade da adaptação humana e que os anos ganhos de vida (longevidade) são muitas vezes considerados como um funcionamento que pode justificar os anos considerados "maus". Neste sentido, a quarta idade é entendida como o prolongamento de uma vida que encara diversos custos, nomeadamente médicos, psicológicos, sociais e económicos. Assim sendo, podemos afirmar que a velhice tem dois rostos, o da 3ª idade e o da 4ª idade, sugerindo direções para investigação e política no futuro.

A 3ª idade está marcada por boas notícias, relativas ao aumento da esperança de vida, elevado potencial latente de manutenção de boa forma física e mental, existência de substanciais reservas cognitivo-emocionais e níveis elevados de bem-estar pessoal e emocional. Verifica-se que os indivíduos que se enquadram no grupo da terceira idade apresentam elevada plasticidade, revelando uma capacidade considerável para regular o impacto subjetivo da maioria das perdas que vão ocorrendo, sendo capazes de adotar estratégias eficazes de gestão de ganhos e de perdas da velhice. As transições individuais para a quarta idade podem começar em diferentes idades, sendo que para além da idade têm sido utilizados outros critérios nomeadamente a morbilidade e a mortalidade (Baltes & Smith, 2003).

Os mesmos autores analisaram os resultados da investigação sobre os velhos-muito-velhos. A quarta idade equivale a um nível de incompletude, vulnerabilidade e imprevisibilidade biocultural que é distinta da terceira idade. Neste sentido, a quarta idade apresenta um conjunto de más notícias, entre elas, as perdas consideráveis no potencial cognitivo, uma reduzida capacidade de aprendizagem, um aumento de sintomas de *stress* crónico, uma considerável prevalência de demências e também a presença de níveis elevados de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade.

A quarta idade está nos limites da capacidade funcional e a Política Social tem constrangimentos em termos da sua intervenção. Daí ser necessário desenvolver

esforços na investigação, nas políticas e nas práticas para lidar com o aumento dos velhos-muito-velhos e o conseqüente aumento da fragilidade e formas de morte psicológica (M. Baltes, 1996).

A capacidade da sociedade para conciliar longevidade e dignidade é ainda muito reduzida. Face a esta situação existe a necessidade de reconhecer as duas faces do envelhecimento humano: os ganhos e perdas. Dada a escassez de recursos e as múltiplas necessidades, Baltes e Smith (2003) consideram que uma política para a quarta idade pode levar a um desinvestimento nas fases iniciais do ciclo de vida (infância e adolescência), as quais traçam as fundações do próprio ciclo de vida.

Em suma, é possível verificar que a quarta idade não é uma mera continuidade da terceira idade, havendo entre os mais idosos uma elevada prevalência de disfunções e um reduzido potencial de funcionamento. Baltes e Smith (2003) revelaram a existência de uma acentuada disfuncionalidade na velhice mais tardia, mostrando claramente inúmeras conseqüências negativas resultantes do facto de viverem mais tempo e de atingirem a quarta idade. Contudo, tão ou mais importante do que assumir que o envelhecimento (sobretudo ao nível da quarta idade) comporta, em geral, mais perdas do que ganhos, é verificar até que ponto as pessoas estão conscientes desse facto, algo necessário para que possam proceder à elaboração de estratégias visando atenuar ou eliminar, tanto quanto possível, o impacto dessas mesmas perdas.

2. Envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável

Foi durante as últimas décadas do século XX, que se iniciou um novo paradigma no campo da investigação sobre o envelhecimento: uma visão positiva do processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009). A mesma autora destaca que existe uma certa confusão entre envelhecimento positivo e outros conceitos como bem-estar, satisfação com a vida ou qualidade de vida.

O envelhecimento bem-sucedido é um conceito multidimensional, e por esta razão não deverá reduzir-se a nenhum dos seus componentes, tais como satisfação com a vida. Por seu turno, Whitbourne e Whitbourn (2011) defendem que o envelhecimento

bem-sucedido se refere também, ao processo de envelhecimento onde o indivíduo se envolve em estratégias preventivas e compensatórias que permitem combater as alterações negativas que podem ocorrer no envelhecimento normal ou patológico.

De facto o conceito de envelhecimento bem-sucedido (*successful aging*) vai para além da longevidade e alguns investigadores reconhecem a importância de distinguir envelhecimento patológico, envelhecimento normal e envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Inelmen, Sergi, Enzi, Toffanello & Coin, 2007). Nesta perspetiva o envelhecimento normal é caracterizado por ausência de patologia física e mental séria. O envelhecimento patológico define-se pela presença de patologia grave. E, por fim o envelhecimento bem-sucedido (EBS) ocorre sob condições favoráveis e propícias ao desenvolvimento psicológico.

Para Fernandez- Ballesteros (2002) é possível promover o envelhecimento bem-sucedido partindo de três princípios básicos: (1) o envelhecimento da população constitui-se um êxito da sociedade moderna; (2) o envelhecimento da população lança um desafio aos indivíduos e à própria sociedade uma vez que vivendo mais anos têm mais probabilidade de verem o seu quotidiano limitado por doenças ou até mesmo outras incapacidade e (3) os idosos não são um grupo homogéneo , sendo possível experienciar a velhice de muitas formas. Assim, a mesma autora defende a prevenção do envelhecimento patológico, no sentido de “*dar más vida a los años*” (p.15).

Baltes (1987) considera o envelhecimento bem-sucedido como um processo, centrando as estratégias utilizadas pelas pessoas de modo a lidarem com as dificuldades que ocorrem com a idade. Neste âmbito vários autores basearam os seus trabalhos na hipótese central de que as mudanças ao nível das oportunidades desenvolvimentais, e os constrangimentos ao longo da idade adulta, levam a alterações nas estratégias utilizadas e na orientação para diferentes objetivos pessoais, como forma de conseguir ganhos e crescimento, ou então manter o estado alcançado, prevenindo as perdas. Assim, o envelhecimento bem-sucedido é encarado como o balanço positivo entre ganhos e perdas ao longo da vida. Esta abordagem, com origem nas Ciências Sociais e do Comportamento, surge na tentativa de ultrapassar a visão dos modelos biológicos (de crescimento, manutenção e declínio) baseados na existência de um processo unidirecional de maturação das estruturas orgânicas e posterior declínio (Baltes, 1987;

Baltes, 1990), apoiando-se na psicologia desenvolvimental do ciclo-de-vida, isto é, na descrição e explicação da modificação dos processos desenvolvimentais desde o nascimento até idade avançadas (Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999), e assumindo a incompletude do desenvolvimento humano. O envelhecimento passou assim a ser visto, segundo estes modelos, como um processo individual e diferencial (Baltes & Baltes, 1990), pelas múltiplas conjugações possíveis nas componentes mentais, comportamentais e sociais. Daqui surgiu a necessidade de adotar uma visão sistémica e integrativa, dentro do contexto cultural, para uma compreensão alargada das dimensões envolvidas no processo de envelhecimento. Baltes e M. Baltes (1990) sugerem que a concetualização de envelhecimento bem-sucedido assenta em sete proposições: (1) existem diferenças essenciais nas formas de envelhecer (envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido); (2) existe uma ampla variabilidade interindividual no nível, ritmo e direção da mudança ao longo do ciclo de vida; (3) os indivíduos caracterizam-se pela sua plasticidade e reserva latente ao longo do ciclo de vida; (4) existem limites na plasticidade humana, na capacidade de adaptação e, conseqüentemente, na possibilidade de mudança positiva em idade muito avançada; (5) a tecnologia e a prática baseada no conhecimento podem compensar o potencial declínio ; (6) com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez menos positivo e (7) o *self* mantém-se resiliente na velhice.

No quadro da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, o modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido proposto por Baltes e M. Baltes (1990) reflete a importância atribuída por essa mesma perspetiva a dois conceitos fundamentais para a compreensão do ato de envelhecer: a variabilidade interindividual e intraindividual. Em conjunto, estes conceitos enquadram o modo como os organismos se adaptam à mudança e sugerem a existência de múltiplas oportunidades de otimização do desenvolvimento psicológico. Assim sendo, uma definição de envelhecimento bem-sucedido requer a adoção de uma perspetiva simultaneamente sistémica e ecológica, isto é, baseada em indicadores objetivos e subjetivos enquadrados por um dado contexto sociocultural. Por outro lado, a definição mais genérica de envelhecimento bem-sucedido numa perspetiva de ciclo de vida surge em Fries (1990), como uma maximização de acontecimentos positivos e desejáveis (como por exemplo, longevidade

e satisfação com a vida) e uma minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis (como por exemplo, doença crónica ou a perda irreversível de capacidade mentais).

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

Por sua vez, na linha da saúde, insere-se o modelo de Rowe e Kahn (1987) acerca do envelhecimento bem-sucedido. De acordo com este modelo o conceito de envelhecimento bem-sucedido está conotado com a realização do potencial para alcançar o bem-estar físico, pessoal e social e a manutenção da competência em domínios selecionados do funcionamento, através de mecanismos de seleção, compensação e otimização. Para estes autores, o envelhecimento bem-sucedido engloba três componentes: (i) baixa probabilidade de doença e doença relacionada com incapacidade; (ii) elevada capacidade funcional, física e cognitiva; e (iii) compromisso ativo com a vida, sendo que cada um dos três comportamentos é importante, mas só a combinação destes é capaz de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido. Assim,

os autores salientam ainda uma hierarquia entre os três componentes de envelhecimento bem-sucedido: a ausência de doença e incapacidade facilita a manutenção do funcionamento físico e mental que por sua vez ajuda (mas não garante) o envolvimento com a vida. A combinação dos três componentes representa o conceito mais completo de envelhecimento bem-sucedido. No entanto, este modelo recebeu críticas por não considerar os vários padrões possíveis de envelhecimento bem-sucedido, baseando-se em critérios fixos que o descrevem, mas que não explicam os processos pelos quais os critérios seriam alcançados (M. Baltes & Carstensen, 1996)

Para Fernández-Ballesteros (2009), pode considerar-se o envelhecimento bem-sucedido como o produto do “processo de adaptação que ocorre ao longo da vida e através do qual se atinge um ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional, motivacional e social” (p.97). A promoção do envelhecimento bem-sucedido implica, por um lado, a otimização das condições por meio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e socio-ambientais, e por outro lado a prevenção das doenças e da incapacidade, assim como a maximização do bem-estar e da qualidade de vida na velhice. Deste modo, envelhecer bem está intimamente ligado com os comportamentos adotados ao longo da vida.

A definição processual deste autor está assim em conformidade com a teoria da Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e Kahana (1996), na qual o envelhecimento é um processo de adaptação em que atuam mecanismos preventivos e corretivos que podem ser facilitados por recursos internos e externos, económicos, sociais, etc. Esta proposta teórica é de facto compatível com os três mecanismos (seleção, otimização e compensação) propostos por Baltes e Baltes (1990), que são estratégias proactivas que atuam ao longo do ciclo de vida com objetivo de alcançar o nível ótimo de funcionamento, ou seja, um envelhecimento bem-sucedido.

No que respeita à experiência positiva de envelhecer bem, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002) o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. O termo “envelhecimento ativo” adotado pela OMS no final dos anos 90, procura transmitir uma mensagem mais abrangente e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros

fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005). De acordo com a mesma fonte o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas mesmas pessoas, participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida das pessoas, inclusive as que estão frágeis, fisicamente incapacitadas e requerem cuidados.

Em relação aos determinantes comportamentais, a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde que conjuntamente com os determinantes pessoais de ordem biológica e genética influenciam o envelhecimento ativo. No entanto, os genes podem estar envolvidos na etiologia de algumas doenças, mas muitas vezes a causa é externa e ambiental e, por isso, a importância dos determinantes ambiente físico e social para o envelhecimento ativo. Ambientes físicos adequados à idade, especificamente as residências sénior, podem representar a diferença entre a independência e a dependência dos indivíduos. Para além disso, determinantes sociais como apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem ao longo da vida e proteção contra manifestações de *idadismo* fazem a diferença no envelhecimento ativo. Por fim, os determinantes económicos podem limitar o acesso a bens e serviços necessários, visto que muitos idosos têm rendimentos baixos, provendo na maioria do sistema de proteção social nacional, levando a que muitos idosos se mantenham economicamente ativos na velhice por necessidade. O género e a cultura são considerados determinantes transversais do envelhecimento ativo. A cultura modela a forma de envelhecer, pois influencia todos os determinantes do envelhecimento ativo, uma vez que os valores culturais e as tradições determinam muito de como a sociedade encara os idosos e o envelhecimento. Por seu turno, o género é a lente através da qual se vê a adequação de várias ações políticas e o efeito das mesmas sobre o bem-estar das mulheres e dos homens (OMS, 2005).

Em Portugal, procurando analisar os fatores determinantes de um envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional, Ferreira, Maciel, Costa, Silva e Moreira (2012) realizaram um estudo com 100 idosos de uma Unidade de

Saúde de Familiar. Como instrumentos para a avaliação dos idosos foram utilizados a Medida de Independência Funcional e um questionário sociodemográfico. De acordo com os resultados, todos os idosos apresentaram independência funcional para a realização das atividades analisadas. Os dados mostraram também que a independência funcional promove uma maior inserção dos idosos na comunidade, através do fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, da amizade e do lazer, sendo estes fatores considerados como determinantes para um envelhecimento ativo.

Com o objetivo de validar o constructo de envelhecimento ativo proposto pelos investigadores portugueses e testar empiricamente o modelo de envelhecimento ativo da OMS (2002) Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012) avaliaram 1322 pessoas com idade compreendidas entre 55 e 101 anos a residir na comunidade, usando um protocolo de avaliação extensivo para medir os determinantes do modelo da OMS. Neste estudo foi realizada uma análise fatorial exploratória seguida de uma análise fatorial confirmatória das dimensões/fatores do envelhecimento ativo. Os autores não confirmaram o modelo de envelhecimento ativo, assim como, a maioria dos grupos de determinantes não são independentes nem significativos. No entanto, apresentaram um modelo de seis fatores (saúde, componente psicológica, funcionamento cognitivo, relações sociais, componente biocomportamental e personalidade) que explicam 54,6% do total da variância. Existem variáveis objetivas e também variáveis subjetivas que contribuem para o envelhecimento ativo e as variáveis psicológicas parecem contribuir significativamente para o envelhecimento ativo. No entanto, os autores ressaltam que o perfil do envelhecimento ativo é esperado que varie entre contextos e culturas.

A nível internacional, com o objetivo de analisar a relação entre variáveis sociodemográficas, saúde e participação em atividades físicas e ocupacionais, Ribeiro, Neri, Cupertino e Yassuda(2009) efetuaram um estudo, de natureza quantitativa, com uma amostra constituída por 155 idosos (60 anos ou mais) entrevistados pelo Estudo PENSA, na comunidade de Juiz de Fora/MG, dos quais 28% eram homens e 72% eram mulheres, com idades entre os 60 e os 103 anos ($M=72.4$ $dp=8.3$). Os resultados mostraram um perfil diferente de estilo de vida ativo quando comparados os géneros. Observou-se assim que os homens participaram mais em atividades físicas e as mulheres em atividades ocupacionais, como tarefas de casa e voluntariado. Os resultados indicaram também uma associação significativa entre escolaridade,

rendimento e estado de saúde auto-relatada e a frequência de realização de atividades. Deste modo, uma maior realização de atividades ocupacionais esteve associada a mais escolaridade, rendimento familiar e capacidade funcional. A relação entre atividade e idade foi ténue, pois somente se detetou menor realização de atividades instrumentais em pessoas acima de 80 anos. É sugerido pelos autores que futuras investigações deem continuidade ao levantamento do estilo de vida dos idosos residentes na comunidade e que avancem a investigação sobre o conceito de envelhecimento ativo e as suas implicações no bem-estar físico e psicológico dessa população.

Vicente e Santos (2012) com objetivo de avaliar os determinantes do envelhecimento ativo em idosos entre os 60 e 70 anos, residentes em Rodeio-SC, realizaram um estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, cuja recolha de dados ocorreu entre abril e agosto de 2011. Foram entrevistados 264 a residir em casa, e para tal foi utilizado um instrumento constituído por 44 questões relacionadas com o envelhecimento ativo, divididas em sete domínios: determinantes transversais, determinantes económicos, determinantes sociais, ambiente físico, determinantes pessoais, determinantes comportamentais e serviços sociais e de saúde. Os idosos eram participativos na comunidade e realizavam algum tipo de trabalho não remunerado (90,9%), e apresentavam índice significativo de risco de queda (30,68%). Apesar das evidências apresentadas, mostravam-se satisfeitos com a vida e realizavam regularmente atividades de lazer e físicas. Concluiu-se que, embora nem todos os idosos tenham uma avaliação positiva de cada determinante do envelhecimento ativo, de maneira geral, apresentaram-se independentes e satisfeitos com sua qualidade de vida.

2.1. Envelhecimento bem-sucedido no lugar

Os cenários possíveis em idades mais avançadas são numerosos, ilustrando o aumento das exigências sobre os idosos, através das mudanças ao nível dos seus recursos pessoais e mudanças ao nível do ambiente. As diferentes qualidades do ambiente onde o indivíduo está inserido têm impacto na saúde física e emocional do mesmo, assim como na forma como utiliza estes mecanismos de adaptação ao meio.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009) e Rodríguez (2004), dadas as limitações relacionadas com a idade, o ambiente socio-físico é um aspeto importante para a qualidade de vida na velhice e o lugar onde se vive e o tipo de estimulação físico-social que o idoso recebe, influência o respetivo processo de envelhecimento. Deste modo, as características ambientais devem ser tidas em consideração para uma melhor compreensão dos processos diferenciados de envelhecimento (Oswald, Jopp, Rott, & Whal, 2011).

Se o contexto físico e humano é um aspeto importante no processo de envelhecimento, importa maximizar o envelhecimento bem-sucedido ou ótimo a partir de uma relação adequada entre o idoso e o meio (Paúl, 2005b).

Assim sendo, considera-se que um envelhecimento bem-sucedido depende sobretudo de um ambiente harmonioso, no qual as determinantes físicas, psicológicas e sociais são devidamente valorizados.

2.2. Envelhecer no seu próprio lugar

O conceito *aging in place* traduzido por Paúl (2005b) como envelhecer no próprio lugar tem tido uma preocupação crescente essencialmente pelo aumento do número de idosos na sociedade em geral, tornando-se assim um novo desafio para investigadores, profissionais, assim como na formulação de políticas na área social, científica, entre outras (Fänge, Oswald e Clemson, 2012). Muitos autores, tal como Benjamim, Matthias e Franke (2000) e Carlson, Foster, Dale e Brown (2007), consideram que este conceito tem particularmente uma origem política, sendo uma forma de reduzir custos com Instituições de Solidariedade Social (IPSS), referindo que este conceito consiste numa das mais recentes iniciativas de Políticas Públicas que têm como finalidade promover a casa e os serviços de base comunitária em detrimento de outros, como lares.

Da análise de literatura é possível verificar que existem várias definições de *aging in place*. Para Pastalan (1990 como citado em Greenfield, 2011), o conceito *aging in place* refere-se à capacidade do indivíduo ser capaz de permanecer na própria

residência, mesmo quando confrontado com a necessidade crescente de apoio, devido às mudanças decorrentes do envelhecimento. Por sua vez, autores como Pynoos e colaboradores (2009) consideram que este conceito é uma política emergente que se preocupa nomeadamente com a busca da compreensão entre as mudanças decorridas no envelhecimento e no ambiente onde o idoso se integra, dando preferência pela manutenção e continuidade da pessoa no meio onde se insere. Já Paúl (2005b) considera *aging in place* o idoso continuar no seu lar ou instituição até mesmo quando os seus níveis funcionais diminuem e haja necessidade de procurar auxílio para compensar a autonomia perdida.

Segundo Davey, Nana, de Joux e Arcus (2004) o termo *aging in place* é um conceito que se refere ao facto de viver na comunidade, com algum nível de independência, em vez de se optar por cuidados residenciais associados a uma interação de influências entre os recursos biológicos, comportamentais, sociais, físicos e ambientais, que envolvem o próprio indivíduo, as suas famílias e as comunidades.

Desta forma, podemos assumir que o *aging in place* é um conceito multidimensional e complexo que engloba a situação socioeconómica do idoso, a sua preferência, a dinâmica cultural, o tipo de serviços e cuidados disponíveis, bem como a sua organização, as condições para a realização de atividades básicas e avançadas, entre outras circunstâncias (Ignácio, Santinha, Rito, & Almeida, 2012).

A este respeito, segundo Feldman e colaboradores (2004), a maioria das pessoas idosas parece preferir permanecer em sua casa à medida que envelhece. A permanência em casa deve-se nomeadamente ao facto dos idosos estarem por mais tempo independentes, terem autonomia e continuarem a manter as ligações com a sua rede de suporte social (Callahan, 1993; Keeling, 1999). A mudança de residência, nomeadamente para um Lar de Idosos (Estrutura Residencial para Idosos), retira ao idoso a necessidade de realizar um conjunto de tarefas que estaria habituado a desempenhar, perdendo por isso alguma independência, essencialmente das atividades de vida diária e também outras atividades ligadas à casa como por exemplo cozinhar, tratar de um animal de estimação, atividades ligadas à horticultura, entre outras (Tomasini & Alves, 2007). Para estes autores a permanência do idoso na sua própria

casa ou junto à família é sem dúvida a melhor alternativa para estimular a continuação de uma vida saudável, ativa e independente na velhice.

Optar por permanecer em casa leva o idoso a encontrar recursos (serviços/ou apoios) que possam ajudá-lo a continuar a viver na sua casa e na sua comunidade. É nesta perspectiva que as investigações vão identificando e melhorando os aspetos que parecem ser os mais adequados às pessoas idosas para envelhecerem nas suas próprias casas. Daí a necessidade de criação de serviços especializados, cada vez mais adequados às necessidades das pessoas idosas. *The National Aging in place Council* (NAIPC) é uma rede de suporte a idosos de origem norte-americana que tem como missão constituir-se como um recurso informativo sobre os apoios disponíveis para idosos que pretendam permanecer em suas casas, motivando todas as pessoas a desenvolverem um plano para a sua reforma (<http://www.ageinplace.org/>). Esta rede é constituída por uma equipa multidisciplinar que tem como objetivo atender às necessidades da população mais idosa no sentido de os ajudar a manterem-se independentes na sua própria residência. Considerando que o *aging in place* é realmente viável, a NAIPC sugere alguns serviços que se têm revelado pertinentes para idosos que vivam em casa. Neste sentido, o Serviço *Assisted Living* destina-se a indivíduos com algumas limitações mas que não necessitam de ajuda durante 24 horas, sendo que os diferentes profissionais prestam assistência de modo a garantir os cuidados de saúde, bem-estar e segurança. Por sua vez, o Serviço *Elder Law* diz respeito a um serviço jurídico e de apoio a planos financeiros. Já o Serviço *Emergency Response Services* consiste num serviço de mecanismos de alerta em situação de emergência, como por exemplo quedas. O Serviço *Home Accessibility Consultants* é um serviço de avaliação da casa, no qual se fazem recomendações que melhorem a acessibilidade e segurança. O Serviço *In Home Care* diz respeito a um serviço que presta assistência nas diversas atividades de vida diária, nomeadamente cozinhar, vestir, higiene, entre outros. O Serviço *Home Remodeling* atua no sentido de fazer remodelações necessárias de modo a melhorar o ambiente da casa e a sua acessibilidade, nomeadamente através da criação de rampas e outras remodelações. Por último, o Serviço *Lifestyle Transition Services* consiste no apoio/aconselhamento que ajuda o idoso a compreender quais são as suas necessidades emocionais, físicas e financeiras tentando encontrar respostas para solucionar um problema.

De facto, nos dias de hoje assiste-se ao desenvolvimento de políticas, serviços e iniciativas que permitem promover o *aging in place*, sendo que autores como Greenfield (2012), procuram descrever iniciativas que já começam a ser desenvolvidas internacionalmente. Greenfield (2012), sumaria algumas das iniciativas/programas promotoras do *Aging in place*. Exemplos dessas iniciativas são as “*Age- friendly communities*” na qual se pretende criar estruturas nas comunidade que possibilitem aos idosos terem condições adequadas para lá viverem. Assim, utilizam como estratégias a avaliação das necessidades da comunidade, a elaboração de planeamentos estratégicos, assim como campanhas de educação e intervenções comunitárias (Hanson, 2006; Organização Mundial da Saúde, 2007). Já as “*villages*” dizem respeito a organizações que pretendem melhorar as conexões sociais e os serviços de apoio a idosos dentro de uma comunidade com características especiais (McDonough & Davitt, 2011). Por sua vez, o “*Care Transition Program*” é um programa que tem como finalidade assegurar que os idosos estejam confortáveis e se movam em segurança nos vários serviços de atendimento, como é o caso de hospitais, centros de saúde e “*single-residence homes*” (Coleman & Boulton, 2003). Embora todas as iniciativas apresentem aspetos distintos, todas elas têm como objetivo promover o *aging in place* sendo que os recursos comunitários e as estruturas ecológicas poderão ser construídas em função das necessidades dos idosos de uma determinada comunidade.

Do ponto de vista teórico, o *aging in place* enquadra-se quer numa linha contextual, quer numa linha ecológica. Para Paúl (2005b), as teorias ecológicas e ambientais são as que melhor se adaptam ao estudo do processo de envelhecimento ao longo da vida, uma vez que se centram nos aspectos contextuais, sociais e físicos deste processo. Deste modo, os modelos de Ecologia Ambiental do Envelhecimento nomeadamente o Modelo de Pressão-Competência (Lawton & Nahemow, 1973) e o Modelo de Congruência- Complementaridade de Carp e Carp (1984) procuram explicar a inter-relação idoso/meio, avaliar os contextos e promover alterações do meio para permitir um envelhecimento bem-sucedido.

De acordo com Paúl (2005b), o Modelo de Pressão-Competência (Lawton & Nahemow, 1973) defende que as competências individuais e a pressão exercida pelo meio predizem a adaptação ambiental dos idosos. Dito de outro modo, a relação

pessoa-ambiente é analisada como resultado da relação entre o nível de competência pessoal e o nível de pressão ambiental. Quando a pressão do ambiente supera o limite das capacidades do indivíduo, então poderá ocorrer resultados negativos e sentimentos de *stress* e incompetência. Por sua vez, se as exigências do meio forem inadequadas podem haver possíveis perdas de competências dos indivíduos devido à falta de uso. Neste sentido, o ideal será um ambiente que promova a utilização de todas as competências/ capacidades do indivíduo. Quanto mais competente for o indivíduo, menor será a influência do ambiente no seu comportamento, assim como, quanto menos competente for, mais relevante será a influência do meio.

Ainda segundo a mesma fonte, o Modelo de Congruência-Complementaridade de Carp e Carp (1984) tem por base duas premissas essenciais: o nível de necessidade e o tipo de congruência. Em relação às necessidades, há a considerar dois níveis: (1) necessidade de primeira ordem (*life-maintenance needs*); e (2) necessidade de ordem superior (*higher-order needs*). As necessidades de primeira ordem são aquelas imprescindíveis para a manutenção da vida diária, sendo que nas necessidades de ordem superior, a congruência é representada pela complementaridade existente nestes dois componentes essenciais, o ambiente e o indivíduo. Esta complementaridade fará a regulação entre as baixas ou altas competências que o indivíduo possui para responder aos recursos e barreiras do ambiente, assim como, o ambiente permitirá ser um facilitador através das condições que proporciona ao indivíduo para a sua adaptação.

Embora o “*aging in place*” seja uma linha recente, verifica-se uma tentativa consistente em reunir evidências que sustentam as concepções subjacentes ao conceito, bem como os resultados e intervenções no sentido de promover o *aging in place*.

Oswald e Wahl (2005), num estudo com 126 idosos proporcionalmente organizados em três grupos – saudáveis, com problemas de mobilidade e invisuais, pretendiam compreender a relação existente entre o significado da casa e a perda de competências. Os significados que foram abordados nesta investigação foram o físico (ligado às condições da casa e da área residencial), comportamental (essencialmente associado às rotinas), cognitivo (laços com a casa associados essencialmente às memórias de familiaridade), emocional (expressão de sentimentos de privacidade,

segurança, prazer e estimulação) e social (relações com os vizinhos e visitantes). O estudo revelou que os participantes que tinham boa saúde referiam mais significados associados ao físico, por seu turno os indivíduos considerados com fraca mobilidade referiram o significado cognitivo, e por último, os indivíduos inuisuais enfatizam o significado social.

Já o estudo de Jopp, Oswald, Rott e Wahl (2011) teve como objetivo investigar se os aspetos ambientais físicos e sociais objetivos e percebidos da casa e da vizinhança representavam recursos ou riscos à satisfação com a vida entre os jovens-velhos e velhos-velhos. Como principais resultados observou-se que em média, os jovens-velhos diferiram dos velhos-velhos nos indicadores ambientais físicos internos, mas não nas características de vizinhança ou aspetos sociais de habitação. As análises de regressão revelaram que o tamanho do apartamento/casa, a qualidade percebida da vizinhança, e a ligação exterior ao local explicavam a satisfação com a vida de forma independente, ao passo que os aspetos sociais de habitação desempenhavam apenas um papel menor. As análises separadas para ambos os grupos etários revelaram padrões de explicação de idade diferentes. O tamanho do apartamento/casa estava positivamente relacionado com a satisfação com a vida entre os jovens-velhos, mas negativamente relacionada nos velhos-velhos. Para os velhos-velhos, a qualidade percebida da vizinhança e a ligação ao exterior eram mais importantes do que para os jovens-velhos. Para os jovens-velhos, viver com os outros estava positivamente relacionado com a satisfação com a vida.

Wiles e colaboradores (2011) desenvolveram um estudo sobre o significado de *aging in place* para as pessoas mais velhas, em termos funcionais, simbólicos, vínculos emocionais, significado da casa, bairro e comunidade. O estudo avaliou pessoas com idade compreendidas entre os 56 e os 92 anos de idade, num total de 121 pessoas, recorrendo a entrevistas e *focus group*. Os resultados evidenciaram o desconhecimento deste conceito por parte das pessoas mais velhas, existindo variadíssimas vezes confusão no seu significado, tais como “ficar preso a um lugar”. Este estudo também evidenciou a extensão do “*aging in place*” para além da casa.

Em relação ao ambiente, evidenciam-se diferenças entre envelhecimento em contexto institucional ou na comunidade, bem como em meio rural ou urbano. Paúl (1992) num estudo com população portuguesa verificou que idosos institucionalizados

tendem a sentir-se mais sós e afastados da sua rede social, enquanto que idosos residentes na comunidade apresentam um reduzido bem-estar psicológico por falta de apoio adequado na realização de atividades de vida diária. No entanto, noutro estudo também com idosos institucionalizados e idosos a residir em contexto residencial Castellon (2003 como citado em Fonseca, 2004) concluiu que não existem diferenças relevantes entre ambos, sendo que a principal preocupação referida é a saúde .

Envelhecer em contexto rural ou em contexto institucional tem influências no processo de envelhecimento. Para Wahl e Iwarson (2007) nas zonas rurais os idosos mais dependentes de terceiros ou de outros tipos de transporte o que pode ser um desafio no processo de envelhecimento. Já nas zonas urbana os idosos podem deslocar-se a pé ou de transportes públicos, embora as características de urbanização possam levar à exclusão social.

Em suma, os estudos no âmbito do *aging in place* são fundamentais para a compreensão dos benefícios e das limitações para que as pessoas idosas possam permanecer nas suas casas o máximo de tempo possível, mesmo quando começam a surgir limitações evidentes da perda de autonomia. É de extrema importância a adaptação do meio às características dos mais velhos, no sentido de ser possível a permanência destes na sua residência, durante o processo de envelhecimento. A investigação mostra que as capacidades funcionais diminuem com a idade, sendo que um menor nível de competência dos indivíduos deve ser compensado com a maior influência dos fatores ambientais. E daí a relevância de uma avaliação gerontológica de carácter preventivo.

3. Avaliação gerontológica multidimensional e utilização de serviços comunitários

A avaliação gerontológica multidimensional é definida como um processo que compreende a avaliação de problemas de saúde, funcionais, psicossociais e do meio envolvente (Rodrigues, 2007). Ao utilizar instrumentos de natureza diversa, o profissional deverá fazer uma avaliação, o mais completa possível, das áreas onde o

idoso é habitualmente deficitário, que determinam o seu comportamento e condicionam a sua autonomia e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida, enquadrando-o na realidade familiar e social em que vive. Deverá ser “um processo de avaliação em que todos os problemas do idoso sejam diagnosticados e analisados com vista à seleção das medidas mais adequadas para a sua resolução” (Veríssimo, 2006, p. 490).

Para Cantera (2004) é importante avaliar todos os défices, mas também todos os atributos importantes, isto é, conhecer as capacidades e incapacidades dos idosos. Só uma avaliação adequada pode contribuir para que o tratamento/ intervenção posterior e/ou a utilização dos recursos disponíveis. No entanto, o processo de avaliação e intervenção em Gerontologia Social é complexo (Bastos, Faria, Gonçalves & Lourenço, 2015).

Para Cantero (2004), importa considerar alguns aspetos, específicos da Gerontologia e Geriatria, a ter em consideração no momento de selecionar os instrumentos de avaliação, nomeadamente: a brevidade, a simplicidade, a validade da escala de medida para o que se quer medir e a capacidade da escala medir pequenas mudanças. Porém, o mesmo autor salienta que as escalas não substituem um diagnóstico clínico, psicológico. São apenas uma ferramenta de inestimável apoio para “hacer las cosas mejor con los mayores” (Cantera, 2004, p.385).

Neste contexto, os protocolos gerontológicos, utilizando instrumentos de natureza variada, avaliam a dimensão biológica, psicológica e social do processo de envelhecimento. Dada a relevância deste assunto para o presente trabalho, apresentam-se alguns aspetos e medidas relativas à avaliação da funcionalidade, funcionamento cognitivo e relações socio-emocionais das pessoas idosas, bem como a utilização e necessidade de serviços.

Assim, tal como refere Rodrigues (2007) devido aos múltiplos problemas que habitualmente afetam os idosos, estes devem ser sistematicamente avaliados numa perspetiva global e multidisciplinar com o intuito de responder não só aos seus problemas biológicos, como psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidade e necessidade.

Desta forma, apresenta-se em seguida (1) a avaliação da capacidade funcional orientada para o indivíduo e (2) a utilização e necessidade percebida de serviços comunitários orientada para o contexto de vida.

3.1. Avaliação da capacidade funcional do indivíduo

O processo de envelhecimento encontra-se estreitamente ligado ao conceito de capacidade funcional/autonomia funcional, sendo este último definido como a capacidade que uma pessoa tem para realizar as atividades necessárias que assegurem o seu bem-estar (Rodrigues, 2007). Integra três domínios de funções: biológica, psicológica (cognitiva e afetiva), e social/relacional. Desta forma, a avaliação funcional é derivada do modelo onde se observa como é que a inter-relação destes diferentes domínios contribui para o comportamento e funcionamento em geral (WHO, 2002).

Lawton (1982) define a capacidade funcional da pessoa idosa como a interação entre duas variáveis: (1) as variáveis individuais e (2) as variáveis ambientais. As variáveis individuais englobam a saúde física e mental, capacidade cognitiva, afetividade, auto-eficácia e controle de si e do meio. Já as variáveis ambientais dizem respeito à habitação, ao ambiente social e às relações de vizinhança. A relação entre as capacidade individuais e as exigências do meio predizem o estado funcional do indivíduo.

De acordo com Santos, Koszuoski, Dias-da-Costa e Pattussi (2007) por funcionalidade compreende-se a capacidade física e mental para manter uma vida independente e saudável. Já no entender de Stuck (1993, como citado em Botelho, 2005) a avaliação da capacidade funcional tem como objetivos principais identificar as perturbações funcionais físicas, mentais e sociais, bem como contribuir e promover a manutenção e/ou recuperação de capacidade através da intervenção. Neste âmbito, a avaliação funcional multidimensional incide na avaliação de três domínios/dimensões: (1) funcionalidade nas atividades da vida diária; (2) funcionamento cognitivo e (3)

funcionamento socioemocional (i.e., a pessoa na relação com os outros). Estes domínios serão analisados seguidamente em maior detalhe.

Funcionalidade nas atividades da vida diária

A avaliação da capacidade funcional constitui um componente importante da avaliação multidimensional, sendo o seu principal objetivo o de estabelecer o grau de funcionalidade dos indivíduos (Botelho, 2000).

O conceito funcionalidade ou capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente, como atividades de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive, assegurando a possibilidade de viver sozinho em casa (Botelho, 2005). A funcionalidade deve ser classificada em conformidade com o grau de autossuficiência. Desta forma, um indivíduo considerado independente é caracterizado como aquele que utilizando apenas ajudas mecânicas (andadores, canadianas, por exemplo) consegue satisfazer as suas atividades de vida diária (AVD's). Já o indivíduo dependente é aquele que precisa de ajuda frequente de terceiros, para efetuar pelo menos uma das tarefas da funcionalidade.

As AVD's são definidas por Sequeira (2007b) como um conjunto de atividades primárias que permitam ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda e que estão relacionadas com o auto-cuidado e com a mobilidade, nomeadamente tomar banho, vestir-se, pentear-se, ir à casa de banho, controlar os esfíncteres, levantar-se, deitar-se, andar, alimentar-se. Já as atividades relacionadas com a integração e administração do indivíduo no meio ambiente, como executar algumas tarefas domésticas, preparar comida, lavar a roupa, fazer compras, utilizar o telefone, usar meios de transporte e tomar medicamentos são denominadas por atividades instrumentais da vida diária (AIVD's). Para Paixão e Reichenheim (2005) as atividades instrumentais de vida diária englobam, para além das funções de sobrevivência, outros problemas um pouco mais complexos do quotidiano de um indivíduo. De acordo com Oliveira (2006), a dificuldade no desempenho de certas atividades da vida diária ocorre primeiramente em relação às atividades instrumentais de vida diária, que são mais complexas. As perdas relativas às

atividades básicas de vida diária surgem na maioria das vezes após as perdas das atividades instrumentais de vida diária, sendo as primeiras relacionadas com os cuidados pessoais básicos e que são fundamentais para garantir independência.

De entre os instrumentos de avaliação da funcionalidade mais utilizados salientam-se o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Sequeira, 2007a) para as atividades básicas de vida diária e a Escala de Lawton (Lawton & Brody, 1969 versão portuguesa Sequeira, 2007a) para as atividades instrumentais da vida diária.

Em termos de investigação, por exemplo, Costa, Nakatani e Bachion (2006) administraram um questionário sociodemográfico, o Índice de Lawton e o Índice de Barthel com o objetivo de avaliar a capacidade para as atividades básicas e instrumentais de vida diária de idosos de uma comunidade. Verificou-se que em relação à capacidade para realizar as AVD, 57,9% dos idosos eram independentes e 42,1% apresentavam algum grau de dependência; em relação à capacidade de realizar as AIVD, 27,4% eram independentes e 72,6% dos idosos demonstraram dificuldades para administrar o ambiente em que viviam e lidarem com a vida social de forma autónoma; os participantes apresentaram, predominantemente, independência para as atividades no domicílio e dependência para as atividades fora dele.

Com o objetivo de estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos, Duca, Silva e Hallal (2009) administraram um questionário sociodemográfico, o Índice de Lawton e o Índice de Barthel numa amostra com 598 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Os resultados demonstraram que a prevalência de incapacidade para as atividades básicas foi de 26,8% e a menor proporção de independência foi para o controlo vesical e intestinal. Para as atividades instrumentais, a prevalência de incapacidade funcional foi de 28,8%, sobretudo para realizar deslocações utilizando algum meio de transporte. Tanto a incapacidade para as atividades básicas, como a incapacidade para as atividades instrumentais associam-se com o aumento da idade.

Nunes, Nakatani, Silveira, Bachion e Souza (2008) administraram um questionário sociodemográfico, o Índice de Lawton e o Índice de Barthel numa amostra

de 388 idosos, sendo que 57,5% tinham entre 60 e 69 anos, 58,5% do sexo feminino, 39,7% analfabetos e 70,9% referiram padecer de doenças crônicas. Os investigadores concluíram que 34,8% dos participantes necessitavam de ajuda em uma ou mais ABVD e 60,6% nas AIVD. Os fatores mais associados a essa dependência em ambas as atividades foram a falta de equilíbrio e a mobilidade reduzida e idade superior a 80 anos

Em suma, observa-se que a fácil aplicação e interpretação dos instrumentos, o pouco tempo que leva ao seu preenchimento, o baixo custo e a possibilidade de ser aplicado repetidamente são algumas das características que torna a Escala de Lawton e o Índice de Barthel, as escalas de medida mais utilizadas na investigação da área quando o intuito é quantificar e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das atividades da vida diária.

Funcionamento cognitivo

O funcionamento cognitivo é um dos fatores decisivos no processo de envelhecimento, dado o impacto das repercussões provocadas por mudanças ao longo da vida do indivíduo, e no contexto dos idosos em particular. As condições que envolvem a manutenção do funcionamento cognitivo do idoso variam de acordo com os fatores pessoais e ambientais, no entanto as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, podem incorrer em défice cognitivo (Rodrigues, 2007). Por défice cognitivo entende-se uma diminuição do desempenho em diversas capacidades cognitivas medidas por testes de avaliação neurológica ou de rastreio de défice cognitivo. O declínio cognitivo ocorre como um aspeto normal do envelhecimento, contudo os indivíduos apresentam um perfil biopsicossocial, sendo crucial para tentar estabelecer um limite entre o patológico e o normal esperado na velhice. As pessoas idosas, fisicamente ativas, têm capacidade semelhante à das pessoas jovens ativas. Isso significa que alguns processos fisiológicos, que diminuem com a idade, podem ser modificados pelo exercício e pelo condicionamento físico (Argimon & Stein, 2005). Papalia e Olds (2000) referem que, o declínio não é típico na terceira idade e que, na velhice, as pessoas podem e efetivamente continuam a adquirir novas informações e

capacidades, bem como ainda são capazes de lembrar e usar bem as capacidades que já conhecem.

Estudos relevantes na área do envelhecimento acerca do funcionamento cognitivo, nomeadamente o *Seattle Longitudinal Study* iniciado por Schaie em 1956 e o *Berlin Aging Study* iniciado por Baltes (1990), permitiram a compreensão do funcionamento intelectual em duas categorias: as mecânicas e as pragmáticas da cognição, categorias que interagem ao longo do tempo (Baltes & Mayer, 1999)

As mecânicas da cognição estão estreitamente relacionadas com condições cerebrais biológicas e neuropsicológicas e o padrão ontogenético predominante é resultante da maturação, estabilidade e declínio induzido pelo envelhecimento. As mecânicas cognitivas são indexadas pela velocidade, precisão e coordenação de operações de processamento elementares, já que podem ser analisadas através de tarefas que avaliem a qualidade de entrada da informação, memória sensorial e motora, discriminação, categorização e atenção seletiva, assim como, a capacidade de raciocínio em domínios novos ou já aprendidos (Craik, 1986).

As pragmáticas cognitivas encontram-se no centro de eventos de socialização que seguem os princípios da co-construção (Baltes & Smith, 2003). Alguns destes acontecimentos são normativos mas específicos de determinadas culturas (por exemplo, a escolaridade), outros mais universais e outros idiossincráticos ou específicos a nível individual (como o conhecimento profissional e ecológico especializado). Exemplos das pragmáticas cognitivas incluem a capacidade de leitura e escrita, qualificações educativas, capacidades profissionais, estratégias de resolução de problemas do quotidiano, bem como, o conhecimento sobre o *self* e o significado e condução da própria vida (Bastos, Faria & Moreira, 2012).

Assim, as mecânicas cognitivas são influenciadas pela genética-biológica, já as pragmáticas da cognição estão associadas com os conhecimentos disponíveis e são dependentes da cultura, uma vez que são influenciadas pelo ambiente e pela cultura. Verifica-se que as capacidades que envolvam as mecânicas mantêm geralmente um padrão mais ou menos linear de declínio na velhice mais avançada. Em contraste, as

capacidades das pragmáticas apenas começam a apresentar algum declínio em idades muito avançadas.

Em termos de instrumentos de avaliação do funcionamento cognitivo, o Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015) é das medidas mais utilizadas a nível internacional. Trata-se de um instrumento de rastreio cognitivo de acordo com o grau de escolaridade, que possibilita avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva. Em investigação, tem sido largamente utilizado em estudos populacionais. Na validação do MMSE para língua portuguesa, Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009), concluíram que a percentagem de indivíduos com défice cognitivo é maior nos mais velhos e nas mulheres, ou seja, que a idade e o género preveem declínio cognitivo.

Num estudo longitudinal com 77 idosos, com 80 ou mais anos, Argimon e Stein (2005) realizaram uma avaliação cognitiva dos idosos, e verificaram que houve uma pequena tendência de decréscimo no desempenho cognitivo geral num período de três anos. Os investigadores concluíram que melhores resultados na avaliação cognitiva está associado a um número mais elevado de atividades de lazer. Outro resultado deste estudo incidiu sobre se mais anos de escolaridade serviriam de fator protetor no declínio das capacidades cognitivas, observando-se que os idosos com menos anos de escolaridade tiveram um resultado significativamente inferior no MMSE quando comparados com idosos com mais anos de escolaridade.

Talmelli, Gratão, Kusumota e Rodrigues (2010), através de uma avaliação a 67 idosos, observaram que 82% dos idosos apresentaram baixo desempenho cognitivo, sendo 86,6% do sexo masculino e 80,7% do sexo feminino, encontrando predomínio do défice cognitivo em ambos os sexos, entre os que frequentaram a escola entre 1 e 4 anos. Verificou-se também que o défice cognitivo influenciou o desempenho na realização das AVDs.

Em suma, a ideia de que existe um declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade não é uma realidade linear. De acordo com Azevedo e Teles (2012), apesar de existir algum tipo de declínio associado à idade, admite-se que

este deve, pelo menos em parte, à falta de uso de tais capacidade. Desta forma, o declínio cognitivo geralmente associado à idade pode ser prevenido, ou até mesmo retardado, através do uso e treino adequados das várias funções cognitivas ou através da adaptação de estratégias de compensação.

Funcionamento socioemocional e interpessoal

O ser humano é um ser social, pelo que as relações sociais ocupam um lugar fundamental ao longo de todo o ciclo de vida, sendo de diferente natureza, cumprindo diferentes funções e proporcionando uma diversidade de resultados. É certo que muitas destas relações nem sempre são cordiais e positivas para o indivíduo, contudo a maioria delas são a origem de sentimentos essenciais de segurança, afeto, estabilidade, pertença e atenção indispensáveis à sobrevivência humana. A relação e/ou interação com outras pessoas (como por exemplo, estar mais ligado à família, amigos e comunidade) parece favorecer o sentimento de integração na sociedade e também indicadores de saúde física e mental (Antonucci & Ajrouch, 2007).

O suporte social não é apenas considerado em momentos de necessidade ou de conflito, diariamente os indivíduos recorrem aos seus membros de suporte, para reaver neles sentimentos de confiança e autoestima que lhes permitem continuar a vida diária. Carstensen , Pasupathi, Mayr e Nesselroade (2000) referiram-se a este termo como sendo essencialmente a informação de que o indivíduo é amado, estimado e parte integrante de uma rede social. Este tipo de informação desempenharia a função de preenchimento das necessidade sociais e de proteção do indivíduo de consequências adversas relacionadas com uma situação de crise ou de *stress*.

Do ponto de vista operacional, o suporte social pode incluir aspetos objetivos, como o número de pessoas, a frequência e intensidade dos contactos estabelecidos, a existência de amigos íntimos e/ou redes sociais mais alargadas, bem como aspetos subjetivos como a perceção que a pessoa tem acerca da adequação e satisfação com a dimensão social da sua vida (Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012).

É consensual que redes sociais contribuem para o funcionamento e bem-estar ao longo do ciclo de vida. A literatura existente tem demonstrado que as reduções nos contactos sociais neste período de vida não se devem à redução de contacto com as redes de apoio informal, onde se incluem a família e os amigos próximos, mas sim à diminuição nos contactos com membros periféricos da rede social. Na realidade, o contacto com amigos próximos e familiares parece manter-se de forma estável (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2013).

A família é quem merece maior destaque, sendo em número superior e é quem assume geralmente o papel de cuidadores por períodos longos de tempo. A família é considerada como o pilar de todo o suporte social recebido, podendo constituir uma fonte de apoio emocional e instrumental (Paúl, 2005a). Mas, os amigos e vizinhos têm um papel importante na manutenção da identidade num mundo em mudança, através da partilha de tarefas, que contribuem para a interpretação do passado e do presente. Na opinião de Paúl (2005a), os amigos têm um grande peso no bem-estar subjetivo dos idosos, pois com eles partilham intimidade, recebem apoio emocional, têm oportunidade de socialização, e mesmo apoio instrumental, sendo estas amizades uma fonte de auto-confirmação, valorização do eu e auto-perceção.

Em termos de instrumentos de medida, a Escala das Redes Sociais de Lubben (Lubben, 1988, adaptada para a versão portuguesa por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) é das escalas de medida mais utilizadas na área, dada a sua aplicação fácil, simples e concisa na população idosa. Este instrumento em formato reduzido, apresenta-se como um instrumento de avaliação adequado na impossibilidade de utilizar instrumentos mais extensos, principalmente em avaliações multidimensionais, atendendo às dificuldades que as pessoas mais velhas apresentam em completar um instrumento de avaliação demorado e a necessidade académica de ter um instrumento que preenchendo tais requisitos de brevidade e fiabilidade se afigura válido. Desta forma, é uma versão mais apropriada para *screening* do risco de isolamento social.

Estudos realizados em idosos casados ou com relação marital estável observaram que estes tinham um risco de mortalidade mais baixo do que aqueles que não o eram (Pizzetti, Manfredini & Lucchetti, 2005). Pelo contrário, foi verificado elevadas taxas de

mortalidade entre as pessoas viúvas do que as pessoas casadas em estudos desenvolvidos em países com elevada média de esperança de vida (Bowling, 1987). Tendo em consideração a sua maior longevidade, constatou-se que as mulheres idosas, tendencialmente, viviam mais tempo sozinhas do que os homens idosos; as mulheres com idade superior a 80 anos e que viviam sozinhas experienciavam uma baixa de mortalidade relativamente àquelas que viviam com o marido. Denota-se que faz parte da natureza do ser humano a necessidade de conviver e relacionar-se com os outros. Esta é uma necessidade que não se modifica com o envelhecimento, sendo que, em alguns casos, pode até aumentar.

A depressão é outro aspeto a considerar na avaliação socio-emocional. Esta afeta, sobretudo, os idosos com doenças crónicas e disfunções cognitivas, originando sofrimento, ruturas familiares, diminuição da capacidade de realização das atividades de vida diária, aumento da incapacidade física, agravamento dos efeitos de muitas doenças e aumento da mortalidade (Kivelä & Pahkala, 2001; Alexopoulos, 2005; Cry, 2007, como citado em Rodrigues, 2007). Em idosos com depressão, o apoio social revela-se um elemento protetor do declínio nas capacidades de realização das atividades de vida diária, uma vez que a interação social promove a atividade física e mental, diminuindo, desta forma, a gravidade dos efeitos depressivos (Hays, Steffens, Flint, Bosworth & George, 2011, como citado em Rodrigues, 2007). Para este autor, reconhecer a depressão nos idosos exige uma avaliação atenta, pois a maioria dos idosos não se queixa de distúrbios depressivos, ou tristeza, ou falta de interesse em participar em atividades. A Escala de Depressão Geriátrica (“Geriatric Depression Scale” - GDS) de Yesavage e colaboradores (1983; versão portuguesa Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2003) é muito utilizada como instrumento de diagnóstico de depressão em idosos. Para Veríssimo (2006), o seu diagnóstico é importante não só para prevenir perdas de funcionalidade e o suicídio, mas essencialmente para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Em suma, a diminuição ou perda da funcionalidade, predispõe a população idosa a estados de maior vulnerabilidade, elevando assim as necessidades de cuidados a vários níveis (ex. cuidados de saúde, serviços de apoio social) e, conseqüentemente

existe um aumento da utilização de serviços comunitários para colmatar as limitações funcionais detetadas.

3.2. Avaliação dos recursos comunitários e utilização de serviços

A utilização de serviços reflete a necessidade percebida ou sentida pela pessoa idosa em requerer apoio para se manter seguro no seu ambiente envolvente (Andersen, 1995; Hubbert, 2001). Considerando a necessidade como a razão imediata para a utilização de serviços, esta deve ser entendida tendo em consideração a percepção do indivíduo, bem como a avaliação de profissionais, contribuindo ambos com dados subjetivos e objetivos do estado geral do indivíduo e das suas mudanças, que se revê na utilização adequada dos serviços (Andersen, 1995).

Na perspetiva de Rodrigues (2007), a resposta às necessidades do grupo idoso não poderá estar apenas centrada nos serviços de saúde mas atender à conjugação de esforços entre estes e os serviços de apoio social. A estratégia de uma adequada resposta em termos de saúde pressupõe a colaboração dos restantes recursos da comunidade num objetivo comum.

Na atualidade assiste-se ao aumento exponencial de serviços de apoio aos idosos (como apoio domiciliário, centros de dia, serviços de enfermagem, etc.), mas apesar de ainda se mostrarem insuficientes face à procura, no geral os serviços na comunidade e em casa estão em expansão como alternativas aos cuidados institucionais como, por exemplo, as Estruturas Residenciais para Idoso (Dogan & Deger, 2004).

A saúde dos idosos e as suas necessidades de cuidados estão a tornar-se, na atualidade, um assunto de importância crescente, dado que o envelhecimento da população, com características próprias de maior vulnerabilidade e com problemas de saúde específicos, elevará as necessidades de cuidados de saúde e a consequente utilização de serviços. Esta situação observa-se em particular nos países desenvolvidos da Europa e da América do Norte, onde a tendência natural decorrente do aumento deste grupo etário acarreta um crescente número de doenças geriátricas, com consequentes gastos em cuidados médicos (Rodrigues, 2007). McCormack (1998)

salienta que na comunidade, os Programas e as Políticas de saúde verificam-se ainda ineficientes face à procura por parte de um grupo populacional idoso cada vez maior, visto que estes só abrangem uma parte limitada de serviços, havendo muitos idosos sem recurso de apoio social e de saúde após a alta dos serviços hospitalares, e ainda o impacto da falta de articulação que se fez sentir nos cuidados de saúde primários face a esta situação .

Esse tema direciona-se para a necessidade de um diagnóstico que cruze aspetos físicos, mentais e sociais, apontando a avaliação multidimensional como uma abordagem apropriada para a criação de uma imagem mais próxima das necessidades da população idosa que reside na comunidade. Neste sentido, surge um modelo concetual que assenta em três características: (1) avaliação da capacidade funcional, em cada uma das áreas definidas, classificando o indivíduo em escalas cujas pontuações permitem definir funcionamentos equivalentes; (2) utilização e necessidade de serviços, caracterizando o uso atual e a necessidade sentida, e (3) avaliação de alternativas de serviços a implementar em resposta às incapacidades detetadas (Rodrigues, 2007). Este modelo é o *Older Americans Resources and Services – Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS)*.

A OARS foi validada para a população portuguesa por Rodrigues (1999), é composta por perguntas fechadas, o que permite respostas validamente comparáveis entre si, maior facilidade de resposta e facilidade na análise, codificação e informatização de um instrumento longo, cuja administração demora, em média, 45 minutos.

Estudos realizados com recurso à escala de medida OARS permitiram chegar a várias conclusões sobre acesso a recursos de idosos que vivem na comunidade. Stoddart, Whitley, Harvey e Sharp (2002) verificaram que o aumento da idade, não possuir meio de transporte e a viuvez, estão associados ao aumento do uso de serviços tal como a pior auto avaliação da saúde em geral. Pior funcionamento físico, problemas emocionais, problemas cognitivos, limitações à marcha e maior número de quedas são determinantes (preditores) da utilização de serviços.

Raynes, Coulthard, Glenister e Temple (2004) concluíram que para os idosos a acessibilidade a transportes para poderem sair de casa, as adaptações do espaço físico e a ajuda nas AVD (principalmente na ajuda das tarefas domésticas) são dos serviços mais valorizados.

Rodrigues e Silva (2009) num estudo com 135 idosos, maioritariamente do género feminino (61,5%) e pertencente ao grupo etário dos 65-74 anos (45,2%), perceberam que os serviços mais usados e com maior necessidade sentida foram os serviços de saúde e os gerais de apoio.

Sá (2013) avaliou 38 idosos que residiam sozinhos ou em alojamentos familiares com outros idosos no concelho de Amares e observou que, 21,1% dos participantes necessita de ajuda nos cuidados pessoais, 44,7% beneficiam de serviços de monitorização e 2,6% recebem cuidado contínuo e permanente de um cuidador, todos estes serviços são prestados maioritariamente por familiares. No que diz respeito à prestação de serviços legais ou administrativos, 44,7% dos inquiridos já necessitou de ajuda, sendo também fornecidos por familiares. Na análise das deslocações e transporte, 15,8% utilizam os transportes públicos, sendo que 44,7% referem que necessitam de transporte mais vezes do que dispõem.

Outro estudo que avaliou a utilização de recursos e serviços comunitários da população idosa, foi o de Pereira (2013), que contou com 140 pessoas idosas que residiam em casa no concelho de Santo Tirso. Os serviços que os idosos mais necessitaram de ajuda foram os de monitorização (76%), os serviços administrativos, legais e de proteção (62,9%), sendo fornecidos maioritariamente por familiares, e os de avaliação sistemática multidimensional (94,3%). Relativamente aos serviços sociais e recreativos, 60,7% dos idosos participam em atividades recreativas. Nas saídas ao exterior, 50,6% é acompanhado por familiares, e 20% considera que necessita de transporte mais vezes do que dispõe.

Em síntese, poder-se-á dizer que os idosos, em virtude dos problemas multivariados que habitualmente os afetam, devem ser sistematicamente avaliados numa perspetiva global e multidisciplinar, sendo que para isso a avaliação gerontológica multidimensional é a mais vantajosa não só na resposta aos seus problemas de doença,

mas também aos problemas psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidades e necessidades (Veríssimo, 2005; Ferreira et al., 2006).

Síntese das ideias principais

O aumento significativo da população idosa e o desafio que tal representa foi uma das razões pelas quais se tomaram medidas para fazer face às diversidades relativas ao próprio processo de envelhecimento. Neste sentido, e a par das alterações demográficas, revela-se fundamental estudar e conhecer as especificidades da população idosa. E é neste âmbito que importa avaliar as capacidades e necessidades comunitárias associadas ao envelhecimento da população com 65 e mais anos a residir em casa. Torna-se pertinente uma investigação nesta área uma vez que face à vulnerabilidade biopsicossocial dos idosos, o contexto físico e social em que o idoso está inserido é um aspeto fundamental a considerar no processo de envelhecimento . Assim, o estudo resultará em evidências para a elaboração de linhas de ação de um Plano Gerontológico concelhio orientado para um conjunto de condições pessoais e sociais que promovam o envelhecimento bem-sucedido.

Tendo em consideração a vulnerabilidade biopsicossocial dos idosos, o conceito de envelhecer no lugar é um aspeto importante no processo de envelhecimento uma vez que o contexto físico e social em que o idoso está inserido é um aspeto fundamental a considerar no processo de envelhecimento. Apesar de a maioria dos idosos preferir envelhecer em casa, o facto é que a maioria das comunidades não estão preparadas para lidar com as necessidades de uma população em envelhecimento. Deste modo, as necessidades e os problemas com que se debatem as pessoas idosas deverão ser avaliados, para que entidades responsáveis possam delinear programas e alocar serviços adequados às mesmas .

Nesta linha e perante a complexidade biopsicossocial da velhice, as pessoas idosas devem ser sistematicamente avaliadas numa perspetiva global e multidisciplinar, que permita a elaboração de um plano geral que correspondam às suas capacidades e necessidades . Assim, a avaliação do idoso devera ser um processo em que os problemas

sejam diagnosticados e analisados, visando a seleção das medidas mais adequadas para a sua resolução. Neste sentido, os protocolos gerontológicos, utilizando instrumentos de natureza variada, procuram avaliar a trilogia do envelhecimento biopsicossocial .

A partir dos resultados da avaliação, o objetivo é elaborar um plano de intervenção com vista à seleção de medidas mais adequadas para a resolução dos problemas identificados, de modo a providenciar serviços que correspondam às capacidades e necessidades das pessoas mais velhas que residem em casa, promovendo a sua qualidade de vida e um envelhecimento bem-sucedido.

CAPÍTULO II - MÉTODO

Neste capítulo, apresentam-se as opções metodológicas associadas à avaliação multidimensional gerontológica, bem como, a utilização e necessidade de serviços comunitários das pessoas mais velhas que residem em casa, no concelho de Vizela.

1. Plano de investigação e participantes

Vizela é uma cidade do Distrito de Braga com 23736 habitantes (Censos, 2011). É limitada a norte e a oeste pelo município de Guimarães, a oeste por Santo Tirso a leste por Felgueiras e a sul por Lousada.

Vizela tem cinco freguesias, sendo a mais povoada a união de freguesias de São Miguel e São João (10633 habitantes), seguindo-se Santa Eulália com 5619 habitantes e a união de freguesias de São Paio e Tagilde com 3364 habitantes. A freguesia menos povoada é Infias com 1840 habitantes. Segundo o Censo de 2011, a população com 65 e mais anos residente no concelho de Vizela representa 11.46 % da população total.

De modo a concretizar os objetivos do presente estudo, foi definido como população alvo pessoas com 65 + anos a residir em casa, sendo que tomando como referência o Censo de 2011 , foi estabelecido 4% da população idosa de Vizela, estratificada por idade e género, como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1. População residente nas freguesias em estudo, estratificada por género e grupo etário, e respetivo cálculo de 4% da amostra (INE, 2011)

Grupo etário e género	Freguesias						
	Total	São João e São Miguel	Santa Eulália	Santo Adrião	Infias	Tagilde e São Paio	
65-79	HM	2173	1136	400	193	196	248
	4%	87	45	16	8	8	10
	H	962	506	182	86	82	106
	4%	39	20	7	3	3	4
	M	1211	630	218	107	114	142
	4%	48	25	9	4	5	6
80+	HM	548	306	111	50	36	45
	4%	22	12	4	2	1	2
	H	197	104	39	18	17	19
	4%	8	4	2	1	1	1
	M	351	202	72	32	19	26
	4%	14	8	3	1	1	1

O processo de amostragem foi não probabilístico (“bola de neve”). Neste sentido, foram incluídos no presente estudo todos os indivíduos que aceitaram participar, facultando-nos o seu consentimento informado, e que cumpriam o critério de inclusão género e idade.

2. Instrumentos de recolha de dados

Com o objetivo de avaliar as capacidades e necessidade das pessoas idosas que residem em casa, foi utilizado o *Protocolo de Avaliação de Necessidade Comunitárias* associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP_GeroSOC.R; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2013). Este protocolo é parte integrante de um projeto de investigação-intervenção de base comunitária- *Envelhecer a Norte*.

O protocolo inclui domínios relevantes para o estudo, nomeadamente: aspetos relativos à caracterização sociodemográfica, funcionalidade, funcionamento cognitivo, aspetos socio-emocionais e serviços comunitários. Entre os instrumentos incluídos destacam-se: (1) o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) e (2) o Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa Sequeira, 2007) para avaliar as atividades básicas e instrumentais de vida diária (ABVD e AIVD); (3) o Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015) para avaliar o funcionamento cognitivo; (4) a Escala de Rede Social de Lubben-6 (Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) para avaliar o risco de isolamento social; (5) a Escala de Depressão Geriátrica-15 (Yasavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003) para avaliar sintomatologia depressiva; (6) a Escala de Satisfação com a vida (Diener, 1985, Neto, Barros & Barros, 1990) e (7) o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT) (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2008) para avaliar a utilização e necessidade de serviços (Parte B).

A ficha sócio-demográfica, composta por questões de resposta aberta e fechada, permite caracterizar em termos gerais a população em estudo. Esta ficha integra informação demográfica, como idade, género, escolaridade, estado civil, assim como

questões sobre características da habitação e do meio envolvente e acessibilidade a bens e serviços.

O *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007a) avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e 5, 10 ou 15 correspondem aos níveis de diferenciação da independência. A amplitude do somatório das respostas pode variar entre 0 e 100, no qual uma maior pontuação indica maior grau de independência nas ABVD. Um somatório entre 90 e 100 corresponde a independente, entre 60 a 85 a ligeiramente dependente, entre 40 e 55 a moderadamente dependente, entre 20 a 35 a severamente dependente e menor que 20 a totalmente dependente. No que respeita às características psicométricas, o Índice de Barthel apresenta boa consistência interna com um *alfa de Cronbach* de 0,89.

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

O *Mini Exame do Estado Mental* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015) é um teste muito utilizado no rastreio de défice cognitivo. Esta prova inclui 30 questões organizadas em seis domínios cognitivos: (1) orientação (temporal e espacial), (2) retenção, (3) atenção e cálculo, (4) evocação, (5) linguagem, e (6) capacidade

construtiva. Cada item do teste é pontuado de 0 ou 1 pontos e a cotação global varia entre 0 e 30 pontos, correspondendo este último ao melhor desempenho. As pontuações de diagnóstico para défice cognitivo definidas pelos autores variam em função do nível de escolaridade e idade. Em termos de idade, os dados normativos para a população portuguesa estão organizados em três grupos etários: 25-49anos; 50-64 anos; e 65+ anos. Em termos de escolaridade, inclui quatro grupos: 1-4 anos; 5-9 anos; 10-12 anos e 13 + anos. De frisar que nos dados normativos os analfabetos foram excluídos. Para o presente estudo foram utilizados os pontos de corte de Freitas e colaboradores (2015) para 65 ou mais anos, considerando os valores abaixo do desvio padrão de 1,5 valores face à pontuação média deste grupo etário do estudo normativo: para 1-4 anos de escolaridade o ponto de corte definido como indicador de défice cognitivo foi 26 pontos, para 5-9 anos, 10-12 anos e mais de 12 anos o ponto de corte definido foi de 28 pontos.

A *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS) foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen, e Griffin (1975) e adaptada para Portugal por Neto, Barros e Barros (1990). Esta escala avalia a componente cognitiva do bem-estar subjetivo, através de cinco itens formulados com sete respostas no sentido positivo (desde o 1- Fortemente em desacordo a 7- Fortemente de acordo). A pontuação varia entre 7 e 35, na qual quanto mais elevada, maior o nível de satisfação com a vida por parte do sujeito (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005). A versão original apresenta os seguintes pontos de corte: pontuações entre 5 e 9 pontos indicam extrema insatisfação com a vida, 10 e 14 pontos referem insatisfação, 15 e 19 pontos apontam para ligeira insatisfação, 21 e 25 pontos sugerem ligeira satisfação, 26 e 30 pontos indicam satisfação e 31 e 35 pontos referem extrema satisfação. Relativamente às características psicométricas do instrumento, este apresentou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 e um coeficiente de estabilidade de 0,82 no testeteteste (Pavot & Diener, 1993). A versão portuguesa de Neto e colaboradores (1990) não definiu pontos de *coorte* e registou consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,78.

A *Escala de Depressão Geriátrica* (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1993; Barreto, Leushner, Santos & Sobral, 2003) foi particularmente elaborada no sentido de medir sintomatologia depressiva na população idosa, sendo que tem os itens

mais fortemente correlacionados com o diagnóstico de depressão. A GDS-15 é constituída por 15 questões de resposta dicotómica (sim/não), cotada de 0 a 1 pontos. A cotação global da escala varia entre 0 a 15 pontos. No que diz respeito 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.

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

O Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional dos Idosos (OARS-PT) (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2008) foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida do idoso: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividade de vida diária, e ainda, para medir a utilização e a necessidade percebida de vários tipos de serviços (Rodrigues, 2008). A recolha de dados é realizada através de entrevista pessoal ao idoso, ou, no caso de impossibilidade deste, a um informante ou a ambos. O questionário é por um: (1) listagem de indicadores sociodemográficos; (2) parte A (Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional – QAFM) e (3) parte B (Questionário de Avaliação de Serviços – QAS). Neste estudo, apenas foi utilizada a parte

B (QAS) da OARS que está direcionada para a avaliação da utilização e da necessidade sentida pela população em relação a uma lista de serviços, nos últimos seis meses. Estes serviços estão agrupados em seis categorias: serviços gerais de apoio, serviços sociais e recreativos, serviços de saúde, serviços de apoio económico, serviços de avaliação e coordenação e serviços não classificados. No que respeita às características psicométricas, a consistência interna da OARS (*alfa de Cronbach*) para as escalas de avaliação funcional do instrumento situou-se entre 0,64 e 0,91.

3. Procedimentos de recolha de dados

Depois da aprovação pela Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo do presente estudo, procedeu-se às diligências necessárias para a sua concretização.

Numa primeira etapa, foi estabelecido o contato com a Vereação do Pelouro da Ação Social da Câmara Municipal de Vizela e foi realizada uma reunião com a mesma, no sentido de delinear e coordenar estratégias para acesso aos participantes. Após a reunião, foram estabelecidos contatos presenciais e telefónicos com cada um dos Presidentes de Junta e em alguns casos com representantes diretos (párocos, por exemplo) que estabeleceram a ligação entre os participantes e a investigadora.

Os dados foram recolhidos ao longo do mês de Maio e Junho de 2015, através da aplicação presencial dos Protocolos que foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes.

O Protocolo ANCEP_GeroSOC.R (Bastos et al., 2013) foi administrado aos inquiridos presencialmente em casa ou noutros locais previamente combinados.

No início de cada aplicação do Protocolo foi novamente explicado aos participantes os objetivos do estudo e a pertinência do mesmo. Estas informações foram também apresentadas por escrito, mediante um Consentimento Informado, que assegurava a confidencialidade de toda a informação recolhida e o carácter voluntário da participação, que depois de lido e explicado foi assinado pelos participantes.

A recolha de dados foi realizada através de procedimentos de hétéro-administração. Em média, a administração do protocolo teve a duração de 50 minutos.

4. Estratégias 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 foi realizado o teste de correlação de Spearman (r_s), uma vez que algumas variáveis não seguiam distribuição normal tal como avaliado do teste Kolmogorov- Smirnov (anexo IV). Foram ainda realizadas comparações entre os resultados nos vários testes de avaliação individual em função de características sociodemográficas dos participantes (idade, género e escolaridade) 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).

Para efetuar a análise contrastada entre o número de participantes que utilizam os diversos serviços comunitários e o número de participantes que considera necessitar desses serviços, foi calculada a diferença entre estes numerais. Para além disso, procedeu-se à análise da associação entre a utilização de serviços e o grau de dependência dos participantes nas atividades instrumentais da vida diária, através do teste de qui quadrado ou do teste de linearidade para variáveis ordinais.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

Neste capítulo serão descritos os resultados relativos à avaliação multidimensional realizada à população com mais de 65 anos a residir no concelho de Vizela.

1. Descrição dos participantes e do ambiente próximo

Foram inquiridos 124 idosos, 69 mulheres (55,6%) e 55 homens (44,4%), com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos ($M=74,32$, $dp= 7,16$). Aproximadamente 74% dos participantes têm entre 65 e 79 anos e 26% têm 80 ou mais anos (Tabela 2).

No que se refere à escolaridade, verifica-se que em média, a população frequentou a escola aproximadamente 4 anos ($M=3,87$; $dp=2,89$). Assim, verifica-se que 8,9% ($n=11$) dos participantes são analfabetos, 74,2% ($n=92$) frequentaram 1 a 4 anos de escolaridade e 16,9% ($n=21$) frequentaram 5 ou mais anos de escolaridade. Ao nível do estado civil, 56,5% ($n=70$) das pessoas idosas são casadas, 29,0% ($n=36$) são viúvos, 12,9% ($n=16$) são solteiros e 1,6% ($n=2$) são separados ou divorciados.

Em relação à situação profissional, a totalidade dos participantes é reformada. Aquando da vida profissional ativa, destacam-se os operários/ artífices e trabalhadores similares (46,8%), (e.g. operário fabril), os trabalhadores não qualificados (15,3%) (e.g. empregadas domésticas) e os agricultores e trabalhadores qualificados na agricultura e pesca (14,5%).

Quanto ao agregado familiar, a maioria dos participantes (82,3%) tem filhos, em média 4 filhos, variando entre 1 e 16 filhos. A maioria dos participantes (63,7%) vive com elementos da família nuclear (e.g. cônjuge e filhos), sendo que 17,7% vive sozinho e 18,5% vive com membros da família alargada (e.g. noras, netos e outros familiares) (tabela 2). Relativamente aos rendimentos mensais do agregado familiar 33,8% dos participantes recebem até 420 euros mensais, 35,5% recebem entre 421 e 1000 euros e 11,3 % recebem mais de 1000 euros.

Tabela 2. Descrição sociodemográfica dos participantes

	Total n= 124	
	n	%
Género (% mulheres)	69	55,6
Idade <i>M (dp)</i>	74,32 (7,16)	
Min-Max	65-92	
65-79	92	74,2
80 +	32	25,8
Escolaridade <i>M (dp)</i>	3,87(2,89)	
Min-Max	0-17	
0	11	8,9
1-4	92	74,2
5-9	14	11,3
10-12	5	4,0
13+	2	1,6
Estado civil		
Solteiro	16	12,9
Casado	70	56,5
Viúvo	36	29,0
Separado/divorciado	2	1,6
Profissão ao longo da vida		
Operários, artífices e trabalhadores similares	58	46,8
Trabalhadores não qualificados	19	15,3
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	18	14,5
Pessoal dos serviços e vendedores	9	7,3
Pessoal administrativo e similares	7	5,6
Domésticas	4	3,2
Especialistas nas profissões intelectuais e científicas	3	2,4
Técnicos e profissionais de nível intermédio	3	2,4
Operadores de instalações e máquinas	3	2,4
Características do Agregado familiar		
Com filhos	102	82,3
N.º de filhos <i>M (dp)</i>	4,21 (2,72)	
Min-Max	1-16	
N.º de pessoas com quem vive <i>M (dp)</i>	1,3 (1,2)	
Min-Max	0-5	
Vive sozinho	22	17,7
Família nuclear	79	63,7
Família alargada	23	18,5
Valor rendimentos mensais do agregado familiar		
Inferior a 249 €	6	4,8
Entre 250 e 420 €	36	29,0
Entre 421 e 1000 €	44	35,5
Entre 1001 e 2000 €	10	8,1
Superior a 2001 €	4	3,2

Aproximadamente 49% dos participantes referem que os rendimentos apenas chegam para os gastos, enquanto que 44% dos participantes consideram que os seus rendimentos cobrem as despesas sem problemas. Quando questionados sobre se os rendimentos permitem fazer face a uma situação inesperada, mais de metade dos participantes (57,3%) referiram ter rendimentos suficientes para fazer face a tal situação e 22,6% referiram não ter rendimentos suficientes. No entanto, e considerando os rendimentos do agregado familiar apenas 7,3% dos participantes consideram necessitar de ajuda económica (Tabela 3).

Tabela 3. Recursos económicos face às necessidades percebidas

	Total <i>n= 124</i>	
	<i>n</i>	%
São os rendimentos suficientes?		
Rendimentos insuficientes	8	6,5
Apenas para os gastos	60	48,4
Cobrem sem problemas os gastos	55	44,4
Os rendimentos cobrem as necessidades?		
Com dificuldade	17	13,7
Razoavelmente	62	50,0
Muito bem	45	36,3
Os rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?		
Sim	71	57,3
Não	28	22,6
Ns/Nr	25	20,2
Necessita de ajuda económica extra, considerando os rendimentos do agregado familiar?		
Sim	9	7,3
Não	103	83,1

A maioria dos participantes (66,1%) tem algum tipo de passatempo e 78,2% refere que a reforma não alterou os seus passatempos (tabela 4). No que diz respeito à ocupação de tempos livres, as atividades realizadas fora de casa, como por exemplo fazer atividades desportivas, ir ao café, ir à universidade sénior, passear, entre outras são as mais mencionadas pelos participantes (47,6%), seguindo-se as atividades realizadas dentro de casa (32,9%), como por exemplo cuidar dos netos, cuidar da casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, ler, ouvir música, ver televisão. Por último, aproximadamente 20% dos participantes referiu realizar ambas as atividades.

Tabela 4. Passatempos

	Total n= 124	
	n	%
Com passatempos	82	66,1
Tipo de passatempos ^{a)}		
Atividades realizadas dentro de casa	27	32,9
Atividades realizadas no exterior	39	47,6
Atividades realizadas no exterior e interior	16	19,5
Alterou os passatempos com a reforma ^{a)}	27	21,8

^{a)} n= 82

Um total de 109 participantes (87,9%) considera que globalmente a sua casa tem condições adequadas às suas necessidades, e 107 exploram as boas características das suas casas. De entre estas características, destacam-se ter tudo o que é necessário (71,0%), ter boas condições/ ser confortável (9,3%), ser grande e espaçosa (6,5%) e ter boa localização (6,5%).

Um total de 17 participantes apontaram condições desfavoráveis da sua casa sendo que, 52,9% referiram a existência de barreiras arquitetónicas (escadas/portas estreitas que dificultam a mobilidade), 23,5% consideram que a sua casa está deteriorada e velha e igual percentagem destacaram falta de condições na casa de banho. De salientar que 2 dos 15 participantes que apontaram algumas preocupações com a sua casa avaliam a sua casa como tendo boas condições face às suas necessidades atuais, embora manifestem preocupação com aspetos da casa que no futuro poderão dificultar a sua mobilidade.

Dentro de casa, mais de metade dos participantes (64,5%) refere ter barreiras arquitetónicas que lhes dificultam a mobilidade, entre as quais se destacam as escadas e banheira (33,8%), banheira (30,8%), escadas (28,7%), banheira e portas estreitas (5,0%) e escadas e portas estreitas (2,5%) . Da totalidade dos participantes apenas um participante não dispõe de eletricidade e televisão. A grande maioria dos participantes tem telefone/telemóvel (97,6%), água canalizada (98,4%), aquecimento (70,2%) e saneamento (93,5%). Mais de metade dos participantes refere ter humidade em casa (72,6%). Relativamente à mobilidade fora de casa, 18,5% dos participantes referem

sentir dificuldade em deslocar-se fora de casa, nomeadamente devido a problemas de locomoção (95,7%) e a problemas visuais (4,3%).

Tabela 5. Condições da habitação: acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato

	Total n= 124	
	n	%
A casa tem condições adequadas?		
Sim	109	87,9
Não	15	12,1
Razões boas condições ^{a)}		
Tem tudo o que é preciso	76	71,0
É boa	10	9,3
Casa grande/espçosa	7	6,5
Boa localização (perto de tudo)	7	6,5
Obras recentes	4	3,7
Não tem escadas	3	2,8
Razões más condições ^{b)}		
Barreiras arquitetónicas	9	52,9
Casa velha e deteriorada	4	23,5
Falta de condições na casa de banho	4	23,5
Tem barreiras arquitetónicas	80	64,5
Escadas e banheira	27	33,8
Escadas	23	28,5
Banheira	24	30,0
Escadas e portas estreitas	2	2,5
Banheira e portas estreitas	4	5,0
Outros problemas		
Humidade	90	72,6
Recursos da casa		
Eletricidade	123	99,2
Televisão	123	99,2
Telefone/telemóvel	121	97,6
Aquecimento	87	70,2
Água canalizada	122	98,4
Saneamento	116	93,5
Dificuldades em deslocar-se fora de casa		
Sim	23	18,5
Não	101	81,5
Tipos de dificuldade/problemas ^{c)}		
Problemas de locomoção/mobilidade	22	95,7
Problemas visuais	1	4,3

^{a)} n= 107; ^{b)} n= 17; ^{c)} n=23

Em média, os participantes residem na freguesia há aproximadamente 64 anos ($dp= 20,57$), variando entre 3 e 91 anos.

Relativamente à relação com os vizinhos, a maioria dos participantes considera que é próxima e amigável (91,9%), enquanto que 4,0% afirma que a relação é inexistente, 0,8% responde que é afastada e 3,2% conflituosa (Tabela 6).

Quanto às acessibilidades, 65,3% dos participantes referem que a freguesia dispõe de passeios para caminhar sendo que todos os participantes responderam que estão em bom estado. No que diz respeito à existência de bens e serviços existentes na freguesia, 91,9% dos participantes destacam a existência de supermercado, 99,2% a existência de cafés, 56,5% mencionam que existe caixa de multibanco onde residem, 49,2% destacam ainda o posto de correio, 44,4% a *payshop* e 82,3% salientam a existência de transportes públicos na freguesia.

Quando questionados sobre que equipamentos/respostas sociais seriam necessários para apoiar as pessoas idosas na sua freguesia, os mais referidos foram o centro de dia (60,5%), o serviço de apoio domiciliário (46,0%), seguindo-se lar de idosos (33,9%), centro de convívio (21,8%), centro de noite (18,5%) e acolhimento familiar (0,8%).

Tabela 6. Redes de vizinhança, serviços e necessidades das pessoas idosas

	Total n= 124	
	n	%
Tempo que reside na freguesia M (dp)	64,12 (20,57)	
[Min-Máx]	[3-91]	
Relação com vizinhos		
Próxima e amigável	114	91,9
Inexistente	5	4,0
Afastada	1	0,8
Conflituosa	4	3,2
Acesso a bens e serviços		
Passeios para caminhar	81	65,3
Supermercado	114	91,9
Café	123	99,2
Multibanco	70	56,5
Correios	61	49,2
Lojas com <i>Payshop</i>	55	44,4
Transporte público	102	82,3
Necessidades percebidas para apoiar as pessoas idosas		
Centro de dia	75	60,5
Serviço de Apoio Domiciliário	57	46,0
ERPI (Estrutura Residencial para Idosos)	42	33,9
Centro de Convívio	27	21,8
Centro de Noite	23	18,5
Acolhimento Familiar	1	0,8

Relativamente às vantagens da freguesia de residência, a vantagem mais referida pelos participantes foi ser a terra deles, ou seja, o local onde sempre viveram (29,8%), seguindo-se o ambiente sossegado (19,4%), o ter tudo o que é necessário (18,5%), a localização geográfica (16,9%), o gostar de toda a gente/conhecer toda a gente (15,3%), o acesso a serviços/atividades de interesse (12,9%), e por último ter familiares perto (1,6%).

Tabela 7. Vantagens de viver na freguesia e necessidades percebidas

	Total	
	n	%
<i>Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta freguesia?</i>		
“É a minha terra”	37	29,8
Ambiente sossegado	24	19,4
“Tem tudo o que é necessário”	23	18,5
Localização geográfica	21	16,9
“Gosto de toda a gente; conheço toda a gente”	19	15,3
Acesso a serviços/ atividades de interesse	16	12,9
Familiares perto	2	1,6
<i>Ao residir aqui, do que sente mais falta?</i>		
Nada	57	46,0
Serviços de saúde, sociais e comércio	30	24,2
Atividades culturais e recreativas	23	28,5
Mais emprego para os jovens	9	7,3
Melhores condições ambientais	6	4,8
Mais solidariedade entre as pessoas	3	2,4
Mais apoio da família, amigos, mais companhia	1	0,8

Relativamente às desvantagens, nomeadamente ao que os participantes sentem falta ao residir na sua freguesia, quase metade dos participantes (46,0%) afirma não sentir falta de nada. Sobre este assunto, os serviços de saúde, sociais e comércio foram os mais apontados (24,2%), seguindo-se a necessidade de mais atividades culturais e recreativas (28,5%), mais emprego (7,3%) e melhores condições ambientais (4,8%). Com menos percentagens, os participantes apontaram como necessidade a pouca solidariedade (2,4%) e a falta de família, amigos e companhia (0,8%).

2. Descrição das dimensões do envelhecimento individual

Relativamente à funcionalidade para as atividades básicas de vida diária (ABVD), os participantes obtiveram uma pontuação média de 93,7 pontos ($dp=12,67$) no Índice de Barthel, variando entre 20 e 100 pontos. A maioria dos participantes é independente para as ABVD (83,9%), sendo que 13,7% é ligeiramente dependente, 1,6% moderadamente dependente e 0,8% severamente dependente (tabela 8).

Em relação à funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), os participantes obtiveram uma pontuação média de 12,3 pontos ($dp=6,28$) na Escala de Lawton, variando entre 8 e 29 pontos. Mais de metade dos participantes (54,8%) é independente para as AIVD, enquanto 28,2% é moderadamente dependente e 16,9% severamente dependente (Tabela 8).

As análises individuais dos itens de cada escala são apresentados em anexo nas tabelas A2 e A3.

Tabela 8. Funcionalidade nas atividades da vida diária (ABVD e AIVD)

	Total	
	<i>n</i>	%
Funcionalidade para as atividades básicas de vida diária <i>M (dp)</i>	93,71 (12,67)	
Amplitude	0-100	
Min-Máx	20-100	
Independente	104	83,9
Ligeiramente dependente	17	13,7
Moderadamente dependente	2	1,6
Severamente dependente	1	0,8
Funcionalidade para as atividades instrumentais <i>M (dp)</i>	12,34 (6,28)	
Amplitude	8-29	
Mín-Máx	8-29	
Independente	68	54,8
Moderadamente dependente	35	28,2
Severamente dependente	21	16,9

A avaliação do desempenho cognitivo evidencia uma pontuação média de 24,8 pontos ($dp= 5,97$), variando entre 0 e 30 (tabela A4 em anexo). No entanto, quando retirados os participantes com 0 anos de escolaridade, de acordo com o estudo normativo de Freitas e colaboradores (2015), a pontuação média dos 113 participantes com 1 ano ou mais anos de escolaridade sobe para 25,7 pontos ($dp=5,4$) (tabela 9). Da

totalidade dos participantes, 33 (26,6%) obtiveram pontuação abaixo do ponto de corte definido como indicador de déficit cognitivo, considerando os valores de referência para o grupo etário 65 mais anos e o grupo de escolaridade dos participantes (Freitas et al., 2015).

Analisando agora o desempenho no MMSE segundo a idade e a escolaridade, observou-se que o desempenho cognitivo é mais elevado no grupo da terceira idade relativamente ao grupo da quarta idade ($U=438,0$; $p=0,001$). Enquanto que o grupo com 65-79 anos obtém uma pontuação média de 27,4 pontos ($dp=3,2$), os participantes com 80+ anos obtêm uma pontuação média no MMSE de 18,9 pontos ($dp=6,6$) (Tabela 9).

Quanto à escolaridade também se verificaram diferenças significativas entre grupos (Kruskal Wallis $H(2)=34,6$; $gl=2$; $p<0,001$). Analisando as diferenças entre grupos de escolaridade específicos, verifica-se que todos os grupos de escolaridade apresentam diferenças estatisticamente significativas no seu desempenho ($U < 439,0$; $p<0,001$), observando-se que os participantes com mais escolaridade apresentam significativamente melhores resultados do que os participantes com menos escolaridade. A análise individual de cada item da escala é apresentada em anexo na tabela A5.

Tabela 9. Descrição do desempenho cognitivo no MMSE segundo idade e escolaridade (média de desvio padrão no MMSE por grupo de idade e escola com mais de 1 ano de escolaridade)

Idade	Escolaridade (anos)				Qualquer escolaridade
	1 a 4	5 a 9	10 a 12	>12	
65-79	27,0 (3,5) n=72	29,0 (0,9) n=13	29,8 (0,5) n=4	30,0 -- n=1	27,4 (3,2) n=90
80+	17,8 (6,1) n=20	23,0 – n=1	28,0 – n=1	29,0 – n=1	18,9 (6,6) n=23
Todos	25,0 (5,7) n=92	28,6 (1,8) n=14	29,4 (0,9) n=5	29,5 (0,7) n=2	25,7 (5,4) n=113
Indicador de déficit cognitivo do grupo global (n=113) ^{a)}					
Com déficit n(%)					33 (26,6)
Sem déficit n(%)					91 (73,4)

a) Proporção de participantes que apresentam indicadores de déficit cognitivo foi calculada apenas para os 113 participantes com 1 ou mais anos de escolaridade, de acordo com Freitas e colaboradores (2015)

No que diz respeito à rede social, os participantes obtiveram uma pontuação média de 18,2 valores ($dp=6,09$) na Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSN6-6), variando entre 0 e 30 valores. A pontuação média obtida nos itens relativos à família é ligeiramente superior à pontuação relativa aos amigos ($M= 9,7$ vs. $M= 8,5$, respetivamente). A análise individual de cada item da escala é apresentada em anexo na tabela A6. Da totalidade dos participantes, 16,9% apresenta pontuação indicativa de maior risco de isolamento social (tabela 10).

Tabela 10. Funcionamento interpessoal: as relações sociais

	Total <i>n= 124</i>		<i>mín-máx</i>	Amplitude teórica
	<i>M(dp)</i>			
Rede Social (Lubben) <i>M(dp)</i>	18,19 (6,09)		0-30	0-30
Família	9,70 (3,44)		0-15	0-15
Amigos	8,49 (4,12)		0-15	0-15
Risco Social	<i>n</i>	%		
Maior risco de isolamento social	21	16,9		
Menor risco de isolamento social	103	83,1		

Em relação à satisfação com a vida, os participantes obtiveram uma pontuação média de 28,0 pontos ($dp=5,31$) na Escala de Satisfação com a Vida, variando entre 10 e 35 pontos (tabela 11). Tendo em consideração que o ponto médio da escala é 20, verifica-se que a pontuação média obtida ($M=28,03$) é consideravelmente superior, estando mais próxima do nível máximo de satisfação. Assim, os resultados indicam que os participantes estão globalmente satisfeitos com a sua vida. A análise individual de cada item da escala é apresentada em anexo na tabela A7.

Tabela 11. Satisfação com a Vida

	Total <i>n= 124</i>		
	Amplitude	<i>M (dp)</i>	<i>mín-máx</i>
Satisfação com a vida	5-35	28,03 (5,31)	10-35

No que diz respeito à sintomatologia depressiva, os participantes obtiveram uma pontuação média de 3,01 ($dp=3,51$) na Escala de Depressão Geriátrica – 15, variando entre 0 e 14 (tabela 12). Um total de 25 participantes (20,2%) apresenta pontuação na GDS superior a 5 pontos, valor indicador na investigação internacional de maior sintomatologia depressiva. A análise individual de cada item da escala é apresentada em anexo na tabela A8.

Tabela 12. Sintomatologia depressiva

	Total n= 124		mín-máx	Amplitude teórica
	n	%		
Sintomatologia depressiva (GDS) <i>M(dp)</i>	3,01 (3,51)		0-14	0-15
Grupos de sintomatologia depressiva				
Maior sintomatologia depressiva	25	20,2		
Menor sintomatologia depressiva	99	79,8		

3. Análise comparativa das dimensões do envelhecimento em função de diferentes grupos socio-demográficos

Foram exploradas diferenças de grupos relativamente às pontuações obtidas nas escalas de avaliação multidimensional: Índice de Barthel, Escala de Lawton, Mini Mental State Examination (MMSE), Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), Escala de Satisfação com a vida e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Comparando as pontuações dos participantes com 65-79 anos e 80 + anos com o teste Mann-Whitney, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos em todas as dimensões da avaliação ($U > 237$, $p < 0,001$). A pontuação média dos participantes com 80 mais anos é significativamente inferior à pontuação média dos participantes com 65-79 anos no Índice de Barthel (83,1 vs. 97,4), no MMSE (17,8 vs. 27,3) e na Escala de Lubben (12,9 vs. 20,0). Os participantes mais velhos obtêm ainda pontuações significativamente mais elevadas na Escala de Lawton (19,6 vs. 9,8) e na Escala de Depressão Geriátrica (6,0 vs. 2,0) cuja maior pontuação indica respetivamente maior grau de dependência e maior sintomatologia depressiva. Estes resultados indicam que os participantes com 80+ anos apresentam indicadores de maior vulnerabilidade nas várias dimensões da avaliação.

Tabela 13. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário

	Grupo etário	Média (dp)	Min-Máx	U	p
Barthel	65-79	97,4 (6,9)	60-100	572,0	<0,001
	80+	83,1 (18,5)	20-100		
Lawton	65-79	9,8 (4,1)	8-29	2677,0	<0,001
	80+	19,6 (5,7)	8-29		
MMSE	65-79	27,3 (3,5)	12-30	237,5	<0,001
	80+	17,8 (6,1)	0-29		
Lubben	65-79	20,0 (5,2)	9-30	489,5	<0,001
	80+	12,9 (5,4)	0-26		
Satisfação	65-79	29,2 (4,3)	14-35	740,5	<0,001
	80+	24,8 (6,6)	10-35		
GDS-15	65-79	2,0 (2,7)	0-12	2413,5	<0,001
	80+	6,0 (3,9)	0-14		

Comparando os resultados dos participantes em função do grupo de género, com o teste Mann-Whitney, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas dimensões da avaliação relativas ao funcionamento cognitivo, à satisfação com a vida e à sintomatologia depressiva ($U > 882,5$, $p < 0,001$). A pontuação média dos participantes do género feminino é significativamente inferior à pontuação média dos participantes do género masculino no MMSE (23,6 vs. 26,4) e na Escala de Satisfação com a Vida (26,2 vs. 30,4). Os participantes do género feminino obtêm ainda pontuação significativamente mais elevada na Escala de Depressão Geriátrica (4,1 vs. 1,7). Estes resultados indicam que os participantes do género feminino apresentam resultados da avaliação indicadores de maior vulnerabilidade nas várias dimensões da avaliação.

Tabela 14. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género

	Género	Média (dp)	Min-Máx	U	p
Barthel	Feminino	92,1 (15,5)	20-100	1749,0	0,378
	Masculino	95,7 (7,5)	70-100		
Lawton	Feminino	13,2 (6,8)	8-29	2198,5	0,098
	Masculino	11,2 (5,4)	8-27		
MMSE	Feminino	23,6 (6,6)	0-30	1231,5	0,001
	Masculino	26,4 (4,8)	11-30		
Lubben	Feminino	17,2 (5,8)	0-27	1529,5	0,064
	Masculino	19,4 (6,3)	9-30		
Satisfação	Feminino	26,2 (5,8)	10-33	882,5	<0,001
	Masculino	30,4 (3,6)	15-35		
GDS-15	Feminino	4,1 (3,9)	0-14	2660,0	<0,001
	Masculino	1,7 (2,3)	0-10		

Comparando as pontuações dos participantes em função dos grupos de escolaridade (0 anos; 1-4 anos; 5+anos) através do teste Kruskal Wallis, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de escolaridade em todas as dimensões da avaliação individual ($H(3) < 34,9; p < 0,011$) (Tabela 15). Em todas estas escalas, os participantes com escolaridade mais elevada apresentam melhores resultados face aos participantes com menos escolaridade. Analisando as diferenças entre sub grupos no Índice de Barthel, verifica-se que os participantes com 0 anos de escolaridade diferem significativamente dos participantes com 5 ou mais anos ($U = 42,0; p = 0,03$), aplicando a correção de Bonferroni segundo o qual o ponto de corte para a significância das diferenças é de $p \leq 0,008$. No caso da Escala de Lawton, verifica-se que os participantes com 0 anos de escolaridade apresentam resultados significativamente mais elevados (indicando maior grau de dependência nas AIVD) do que os participantes com 1-4 anos e os participantes com 5+ anos ($U < 166,0; p < 0,001$). No MMSE verifica-se que todos os grupos de escolaridade diferem significativamente no desempenho nesta escala, estando o melhor desempenho associado aos grupos com maior nível de escolaridade ($U < 438,0; p < 0,001$). Nesta análise foram também incluídos os participantes com 0 anos de escolaridade. Relativamente à Escala de Lubben, verifica-se que o grupo com 5 ou mais anos de escolaridade apresenta resultados significativamente superiores ao grupo com 0 anos de escolaridade ($U = 46,5; p = 0,005$).

Na Escala de Satisfação com a Vida verifica-se que todos os grupos de escolaridade diferem significativamente relativamente à avaliação que fazem da sua vida, sendo significativamente mais positiva nos grupos com maior nível de escolaridade ($U < 498,5; p < 0,001$). Na Escala de Depressão Geriátrica, o grupo com 0 anos de escolaridade apresenta resultados significativamente mais elevados (indicando maior presença de sintomatologia depressiva) do que os restantes grupos de escolaridade ($U < 233,5; p < 0,003$).

Tabela 15. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade

	Escolaridade	Média (dp)	Min-Máx	H	P
Barthel	0	86,8 (12,7)	60-100	11,82	0,003
	1-4	93,4 (13,6)	20-100		
	5+	98,6 (3,6) ^Ω	90-100		
Lawton	0	19,1 (5,4)	11-29	24,21	<0,001
	1-4	12,2 (6,3) [‡]	8-29		
	5+	8,81 (2,3) ^Ω	8-18		
MMSE	0	15,7 (4,1)	10-24	34,85	<0,001
	1-4	24,9 (5,7) [‡]	0-30		
	5+	28,9 (1,6) ^{Ω£}	23-30		
Lubben	0	13,6 (6,0)	6-26	9,02	0,011
	1-4	18,1 (5,9)	0-30		
	5+	20,7 (5,8) [¥]	10-30		
Satisfação	0	22,1 (5,5)	14-30	27,59	<0,001
	1-4	28,0 (5,2) [‡]	10-35		
	5+	31,1 (2,4) ^{Ω£}	24-35		
GDS-15	0	6,8 (4,3)	0-14	11,39	0,003
	1-4	2,9 (3,3) [‡]	0-13		
	5+	1,7 (2,4) ^Ω	0-10		

K- teste de Kruskal Wallis

[‡] Verificam-se diferenças significativas entre os participantes com 0 e com 1-4 anos de escolaridade ($p < 0,003$)

^Ω Verificam-se diferenças significativas entre os participantes com 0 e com 5 ou mais anos de escolaridade ($p < 0,003$)

[£] Verificam-se diferenças significativas entre os participantes com 1-4 anos e com 5 ou mais anos de escolaridade ($p < 0,001$)

4. Dimensão contextual do envelhecimento: A utilização de serviços comunitários

Após a análise das características individuais dos participantes apresenta-se seguidamente a descrição e análise da utilização de serviços comunitários avaliada com recurso à OARS (2008) (Tabelas 16, 17, 18, 19, 20 e 21). De destacar que no que se refere à categoria de serviços gerais de apoio, o serviço de emprego foi excluído por não se enquadrar no perfil dos participantes. Os serviços de apoio económico não foram também incluídos no estudo porque na caracterização sociodemográfica dos participantes foram já incluídas questões relativas a características socioeconómicas do agregado familiar.

Em relação aos serviços de cuidados pessoais, cerca de 19,4% dos participantes teve ajuda nos cuidados pessoais nos últimos 6 meses. Na maioria dos casos os cuidados

peçoais foram prestados por familiares (54,2%), seguindo-se os cuidados prestados por alguém de uma instituição (37,5%). Em 45,8% dos participantes a prestação de cuidados durou menos de ½ hora por dia e 50,0% durou entre ½ hora a 1 ½ por dia. Todos os participantes que referiram ter tido ajuda nos cuidados peçoais nos últimos seis meses referem ainda receber essa ajuda e 19,4% consideram necessitar de ajuda nos cuidados peçoais.

Tabela 16. Serviços gerais de apoio

	Total n= 124	
	n	%
Serviços de Cuidados Peçoais		
Teve ajuda nos cuidados peçoais	24	19,4
Quem ajudou		
Familiar	13	54,2
Amigo	1	4,2
Alguém a quem paga por essa ajuda	1	4,2
Alguém de uma instituição	9	37,5
Quanto tempo		
Menos de ½ hora por dia	11	45,8
½ hora a 1 ½ por dia	12	50,0
Mais de 1 ½ hora por dia	1	4,2
Ainda recebe ajuda	24	100
Considera necessitar de ajuda para os cuidados peçoais	24	19,4
Supervisão Contínua		
Recebeu supervisão durante 24 horas por dia	3	2,4
Quem prestou supervisão contínua		
Familiar	3	100
Alguém de uma instituição ou segurança social		
Ainda tem supervisão 24h	2	66,7
Considera necessitar de supervisão 24horas por dia	2	1,6
Serviços de monitorização		
Beneficiou de serviço de monitorização	5	4,0
Quem o fez		
Familiar	5	100
Ainda beneficia deste serviço	5	100
Considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado	5	4,0

No que se refere à supervisão contínua, 2,4% recebeu supervisão contínua nos últimos 6 meses, supervisão essa realizada apenas pelos familiares. Cerca de 66,7% da totalidade dos participantes mencionaram ainda ter supervisão 24h por dia e 1,6% dos inquiridos consideram necessitar de supervisão 24 horas por dia. Em relação aos serviços de monitorização, cerca de 4,0% dos participantes beneficiou de serviço de monitorização nos últimos 6 meses e à data deste inquérito os mesmos participantes

ainda recebiam este serviço. Estes participantes, receberam monitorização somente de familiares. Quando questionados sobre a necessidade de serviços de monitorização, 4,0% dos participantes considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado (tabela 17).

Tabela 17. Serviços gerais de apoio (continuação)

	Total n= 124	
	n	%
Serviços domésticos		
Teve ajuda regular nas tarefas domésticas	50	40,3
Quem ajudou		
Familiar	40	80,0
Amigo	2	4,0
Outra pessoa paga para essa ajuda	1	2,0
Alguém de uma instituição ou segurança social	7	14,0
Quantas horas semanais <i>M (dp)</i>	3,10(1,43)	
Ainda tem ajuda	50	100,0
Considera necessidade de ajuda para realizar as tarefas domésticas	50	40,3
Preparação de Refeições		
Teve ajuda na preparação de refeições ou teve que comer fora de casa	38	30,6
Quem ajudou		
Familiar	19	50,0
Outra pessoa paga para essa ajuda	1	2,6
Alguém de uma instituição ou segurança social	18	47,4
Ainda tem alguém que lhe prepare as refeições	38	100,0
Considera necessitar de ajuda para preparar refeições	39	31,5
Serviços administrativos		
Teve ajuda para questões legais, ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro	33	26,6
Quem o/a ajudou		
Familiar	29	87,9
Amigo	2	6,1
Alguém de uma instituição ou segurança social	2	6,1
Ainda tem alguém que o/a ajude nestas questões	33	97,1
Considera necessitar de ajuda nas questões legais e financeiras	36	29,0

Relativamente aos serviços domésticos, verificou-se que 40,3% dos participantes teve ajuda regular nas tarefas domésticas, sendo que na maioria essa ajuda foi prestada por familiares (80,0%). Todavia, 14,0% dizem que os serviços domésticos foram assegurados por alguém de uma instituição ou segurança social, 4,0% por um amigo e apenas 2,0% por alguém pago para a prestação do serviço. Em média, estes

participantes usufruíram aproximadamente de 3 horas e 10 minutos semanais ($dp=1,43$) de serviços domésticos. No momento do inquérito os mesmos participantes ainda tinham ajuda nas tarefas domésticas. Da totalidade dos participantes, cerca de 40,3% considera necessitar de ajuda para realizar as tarefas domésticas (tabela 17).

No que diz respeito à preparação de refeições, 30,6% dos participantes teve ajuda na preparação de refeições ou teve que comer fora de casa nos últimos 6 meses. De referir que esta ajuda está habitualmente associada aos serviços de apoio domiciliário pelo que os participantes poderão ter interpretado esta pergunta como referindo-se à receção de refeições já confeccionadas e não especificamente à ajuda na preparação das refeições. Destes participantes, 50,0 % teve ajuda de familiares na preparação de refeições, seguindo-se alguém de uma instituição ou segurança social (47,4%) e outra pessoa paga para essa tarefa (2,6%). Todos os participantes referiram ter alguém que lhe preparasse as refeições à data do inquérito, sendo que aproximadamente 31,5% considera necessitar de ajuda na preparação das refeições.

No grupo dos serviços sociais e recreativos são incluídas as viagens, o desporto e os serviços sociais/recreativos.

No que se refere à utilização de serviços sociais e recreativos, os resultados mostram que 22,6% dos participantes participaram em atividades recreativas nos últimos 6 meses, com uma frequência média de vinte minutos semanais. Destes participantes, 93,1% ainda participava nessas atividades no momento do inquérito. Aproximadamente, 25,0% dos participantes considera necessitar de participar neste tipo de atividades.

No que diz respeito à realização de viagens, 24,2% dos participantes realizou alguma viagem organizada nos últimos 2 anos, 21,0% espera realizar uma viagem ainda este ano e 25,8% considera necessitar de viajar (tabela 18).

Tabela 18. Serviços sociais e recreativos

	Total <i>n</i> = 124	
	<i>n</i>	%
Serviços sociais e recreativos		
Participou em atividades	28	22,6
Atividades por semana <i>M (dp)</i>	0,23(0,42)	
Ainda participa nas atividades	27	93,1
Acha que necessita participar neste tipo de atividades	31	25,0
Viagens		
Realizou alguma viagem organizada	30	24,2
Espera realizar este ano		
Sim	26	21,0
Não	98	79,0
NS/NR	0	0
Necessita viajar	32	25,8
Desporto		
Participa em atividades de exercício físico	12	9,7
Atividades de exercício físico por semana <i>M (dp)</i>	2,0(0,0)	
Ainda participa nas atividades de exercício físico	12	100
Necessita de exercício físico	39	31,5

No que concerne à utilização de serviços desportivos, 9,7% dos participantes participou em atividades de exercício físico, com uma frequência média de 2 vezes por semana (*dp*=0,0). No momento do inquérito os mesmos participantes ainda participavam em atividades de exercício físico. Aproximadamente 31,5% dos participantes considera necessitar de exercício físico.

Os serviços de saúde são compostos pelos serviços de saúde mental, utilização de medicamentos psicotrópicos, enfermagem e fisioterapia (tabela 19).

Tabela 19. Serviços de saúde

	Total <i>n</i> = 124	
	<i>n</i>	%
Serviços de saúde mental		
Recebeu orientações por problemas mentais	17	13,7
Esteve hospitalizado por problemas de saúde mental	8	6,5
Número de consultas por problemas mentais <i>M (dp)</i>	1,63(1,088)	
Ainda recebe essa ajuda	15	93,8
Acha que necessita de tratamento por problemas de saúde mental	17	13,7
Medicamentos psicotrópicos		
Tem tomado medicamentos psicotrópicos	63	50,8
Ainda toma medicamentos psicotrópicos	63	100
Acha que necessita de tomar medicamentos psicotrópicos	63	50,8
Enfermagem		
Recebeu cuidados de enfermagem	9	7,3
Quem o ajudou		
Enfermeiro	9	100,0
Tempo médio dependido por dia em cuidados de enfermagem		
Menos de um mês	2	22,2
De 1 a 3 meses	5	55,6
Mais de 3 meses	2	22,2
Ainda recebe cuidados de enfermagem	7	77,8
Acha que necessita de cuidados de enfermagem	9	7,3
Fisioterapia		
Tem feito fisioterapia	18	14,5
Quem prestou cuidados de fisioterapia		
Fisioterapeuta	17	94,4
Alguém de uma instituição ou segurança social	1	5,6
Quantas vezes por semana <i>M(dp)</i>	3,00 (1,328)	
Ainda recebe cuidados de fisioterapia	10	55,6
Acha que necessita de cuidados de fisioterapia	17	13,7

No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde mental, apenas 13,7% dos participantes recebeu orientações ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por “problemas de nervos” ou emocionais nos últimos seis meses. Da mesma forma, apenas 6,5% dos participantes estiveram hospitalizados alguma vez por problemas de nervos ou emocionais. Dos que receberam alguma orientação ou tratamento, em média, tiveram 2 consultas ou sessões ($dp=1,088$). Podemos verificar que apenas 9,2% dos participantes afirmam necessitar de tratamento por problemas de saúde mental.

Quanto à utilização de medicamentos psicotrópicos, 50,8% dos participantes tem tomado algum medicamento receitado para os nervos ou para a depressão. Destes participantes, os mesmos participantes assume tomar este tipo de medicação no

momento do inquérito. Do total dos participantes, 50,8% destes considera necessitar de tomar medicamentos psicotrópicos.

No que se refere à utilização e necessidade de serviços de enfermagem, apenas 7,3% dos participantes tiveram alguém que lhes prestasse cuidados de enfermagem nos últimos seis meses. Todos os participantes receberam cuidados de enfermagem por parte de um enfermeiro pago pelo serviço. Destes participantes, 22,2% receberam essa ajuda menos de um mês, 55,6 % de um a três meses e também 22,2% mais de três meses. Dos inquiridos que afirmaram ter recebido cuidados de enfermagem, 77,8% dos participantes ainda recebia esses cuidados no momento do inquérito. Do total de participantes, 7,3% referem necessidade de cuidados de enfermagem.

Relativamente aos serviços de fisioterapia apenas 14,5% da amostra fez fisioterapia nos últimos seis meses. Em média, estes participantes fizeram fisioterapia três vezes por semana ($dp=1,328$), sendo na maioria realizadas por um fisioterapeuta (94,4%) e alguém de uma instituição ou segurança social (5,6 %). Quando questionados sobre a necessidade sentida deste tipo de serviço, 13,7 % dos participantes considera necessitar de fisioterapia.

Relativamente à utilização de serviços de coordenação, informação e apoio, apenas 4,8% da amostra teve alguém que visse o que necessitava nos últimos 6 meses. Destes participantes, a maioria teve ajuda de uma instituição ou segurança social (83,3%), seguindo-se de um familiar (16,7%). No momento em que foram inquiridos, todos os participantes ainda beneficiavam dessa ajuda e 3,2% destes consideram necessitar de ajuda no que diz respeito aos serviços de coordenação, informação e apoio (tabela 20).

Tabela 20. Serviços de avaliação e coordenação

	Total <i>n</i> = 124	
	<i>n</i>	%
Serviços de coordenação, informação e apoio		
Alguém viu se tinha o que necessitava	6	4,8
Quem foi essa pessoa		
Familiar	1	16,7
Alguém de uma instituição ou segurança social	5	83,3
Ainda tem essa ajuda	5	100
Acha que necessita de ajuda	4	3,2
Avaliação sistémica multidimensional		
Foi examinado o seu estado geral de saúde	5	4,0
Acha que necessita de uma avaliação sistémica geral	4	3,2

No que diz respeito à avaliação sistemática multidimensional, apenas 4,0% dos participantes foi examinado o seu estado geral de saúde nos últimos 6 meses. Apenas 3,2% dos inquiridos considera necessitar de uma avaliação sistemática geral do seu estado de saúde.

No que diz respeito ao transporte, 42,7% dos participantes indicou um familiar como a pessoa que o leva às compras, médico, entre outras saídas. No entanto, 47,6% referiu deslocar-se sozinho, 4,8% em transporte público e apenas 2,4% dos participantes mencionou ir com um amigo. Em média, os inquiridos fazem aproximadamente 4 deslocações por semana ($dp=2,629$) e 21,0% destes considera que necessita de transporte mais vezes do que dispõe (tabela 21).

Tabela 21. Serviços não classificados

	Total n= 124	
	<i>n</i>	%
Transporte		
Quem o leva às compras, médico, visitas		
Familiar	53	42,7
Vai sozinho/a	59	47,6
Transporte público	6	4,8
Amigo	3	2,4
Outro	3	2,4
Deslocações por semana <i>M (dp)</i>	4,03(2,629)	
Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe	26	21,0
Serviços de Realojamento		
Recebeu ajuda para realojamento	1	0,8
Acha que necessita de ajuda para realojamento	0	0,0

No que se refere aos serviços de realojamento, apenas 0,8% dos participantes recebeu ajuda para realojamento, sendo que nenhum dos participantes refere necessitar de ajuda para este tipo de serviço.

A Tabela 22 apresenta uma análise comparativa entre a utilização de serviços e as necessidades percebidas pelos participantes face aos mesmos. Dessa análise verifica-se para a maioria dos serviços o número de participantes que utiliza e que considera utilizar os serviços é o mesmo (e.g., serviços de cuidados pessoais, serviços de saúde mental, serviços de enfermagem) ou existem ligeiras discrepâncias (e.g. , supervisão contínua, preparação de refeições, serviços sociais e recreativos, avaliação sistemática multidimensional). No entanto, no caso dos serviços associados ao desporto verifica-se uma grande discrepância entre o número de participantes que pratica desporto regularmente ($n=12$) e o número de participantes que considera necessitar de praticar desporto ou fazer exercício físico ($n=39$). Verifica-se ainda no caso dos transportes que apesar de 53 participantes (42,7%) contarem com o transporte de familiares, amigos ou até mesmo de transportes públicos, 26 (21,0%) considera que necessita de transporte mais vezes do que dispõe.

Tabela 22. Utilização de serviços e necessidade percebida

	Utilização de Serviços (n=124)		Necessidade percebida (n=124)		Dif ^{a)}
	n	%	n	%	
Serviços gerais e apoio					
Serviços de Cuidados Pessoais	24	19,4	24	19,4	0
Supervisão contínua	3	2,4	2	1,6	1
Serviços de monitorização	5	4,0	5	4,0	0
Serviços domésticos	50	40,3	50	40,3	0
Preparação de Refeições	38	30,6	39	31,5	-1
Serviços Administrativos	33	26,6	36	29,0	-3
Serviços sociais e recreativos					
Serviços sociais e recreativos	28	22,6	31	25,0	-3
Viagens	30	24,2	32	25,8	-2
Desporto	12	9,7	39	31,5	-27
Serviços de saúde					
Serviços de saúde mental	17	13,7	17	13,7	0
Medicamentos psicotrópicos	63	50,8	63	50,8	0
Enfermagem	9	7,3	9	7,3	0
Fisioterapia	18	14,5	17	13,7	1
Serviços de avaliação e coordenação					
Serviços de coordenação, informação e apoio	6	4,8	4	3,2	2
Avaliação sistemática multidimensional	5	4,0	4	3,2	1
Serviços não classificados					
Transporte	53	42,7	26	21,0	27
Serviços de Realojamento	1	0,8	0	0,0	1

a) Diferença entre utilização de serviços e necessidade percebida.

Na Tabela 23 é possível analisar a utilização de serviços comunitários e diferentes graus de dependência para as AIVD. Esta análise descreve o perfil de utilização se serviços face ao grau de dependência das pessoas mais velhas e identifica necessidades de serviços em função destas características.

Assim, no caso dos serviços gerais e de apoio, verificamos uma maior utilização dos vários serviços, pelos participantes que apresentam um grau de dependência mais severo. Destaca-se neste âmbito o facto de 100% dos participantes severamente dependentes utilizarem serviços domésticos, ajuda na preparação das refeições e serviços administrativos e 95,2% beneficiarem de serviços de cuidados pessoais. No caso dos 35 participantes moderadamente dependentes, 82,9% têm ajuda nos serviços domésticos, 48,6% na preparação de refeições e 34,3% nos serviços administrativos.

Relativamente aos serviços sociais e recreativos, o perfil de utilização destes serviços está mais associado aos participantes independentes, nomeadamente no caso das viagens e no desporto . Enquanto que, 41,2% dos participantes independentes têm realizado viagens, apenas 5,7% dos participantes moderadamente dependentes o fizeram nos últimos 6 meses e nenhum participante severamente dependente o fez. No caso do desporto apenas 17,6% dos participantes independentes referiram ter praticado algum tipo de atividade física. Dito de outro modo, quanto mais independente maior a utilização deste tipo de serviços.

No que diz respeito aos serviços de saúde e nos serviços de avaliação e coordenação, a utilização mostra-se novamente mais elevada nos grupos que apresentam maior grau de dependência para as AIVD, nomeadamente no que se refere à utilização de medicamentos psicotrópicos e de serviços de enfermagem, assim como, à utilização de serviços de coordenação, informação e apoio e de avaliação sistemática multidimensional.

No caso dos serviços não classificados (transporte e de realojamento) é de destacar que no caso dos serviços de transporte que todos os participantes independentes e moderadamente dependentes referem ter transporte quando necessitam (transporte próprio, de familiar, amigos ou transporte público), enquanto que 90,5% dos participantes severamente dependentes beneficiam destes recursos.

Tabela 23. Utilização de serviços e funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária

	Independente (n=68)		Moderadamente dependente (n=35)		Severamente dependente (n=21)	
	n	%	n	%	n	%
Serviços gerais de apoio						
Serviços de Cuidados Pessoais	0	0,0	4	11,4	20	95,2
Supervisão contínua	0	0,0	0	0,0	3	14,3
Serviços de monitorização	1	1,5	1	2,9	3	14,3
Serviços domésticos	0	0,0	22	82,9	21	100,0
Preparação de Refeições	0	0,0	17	48,6	21	100,0
Serviços Administrativos	0	0,0	12	34,3	21	100,0
Serviços sociais e recreativos						
Serviços sociais e recreativos	18	26,5	7	20,0	3	14,3
Viagens	28	41,2	2	5,7	0	0,0
Desporto	12	17,6	0	0,0	0	0,0
Serviços de saúde						
Serviços de saúde mental	8	11,8	4	11,4	5	23,8
Medicamentos psicotrópicos	19	27,9	27	77,1	17	81,0
Enfermagem	1	1,5	3	8,6	5	23,8
Fisioterapia	9	13,2	4	11,4	5	23,8
Serviços de avaliação e coordenação						
Serviços de coordenação, informação e apoio	0	0,0	0	0,0	6	28,6
Avaliação sistemática multidimensional	1	1,5	0	0,0	4	19,0
Serviços não classificados						
Transporte	68	100,0	35	100,0	19	90,5
Serviços de Realojamento	1	1,5	0	0,0	0	0,0

Em síntese, como se pode observar na Tabela 23 são as pessoas idosas mais dependentes que mais utilizam os serviços.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Na discussão dos principais resultados obtidos neste estudo, é importante analisar e interpretar os resultados tendo por base o enquadramento conceptual e empírico delineado anteriormente. O presente trabalho de investigação teve como objetivos (1) analisar a capacidade funcional, cognitiva e socio-emocional em função das características sociodemográficas da população em estudo; (2) analisar as relações entre características sociodemográficas e as dimensões do envelhecimento e (3) avaliar a utilização e a necessidade percebida dos serviços comunitários associados ao envelhecimento.

Este estudo recorreu a uma amostra constituída por 124 pessoas com mais de 65 anos residentes no concelho de Vizela. No presente estudo, 69 (55,4%) participantes são do género feminino e 55 (44,4%) do género masculino com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos. Os participantes frequentaram a escola em média quatro anos ($M=3,87$; $dp=2,89$), sendo que relativamente ao estado civil a maioria dos idosos são casados (56,5%) e têm quatro filhos. Em relação à situação profissional, a totalidade dos participantes é reformada, sendo que na vida laboral ativa um número elevado de participantes desempenhou funções como operário fabril (46,8%), maioritariamente na indústria têxtil. Atualmente, nos seus tempos livres, um número considerável de participantes ocupa-se com atividades realizadas no exterior como ir ao café, fazer exercício físico e passear (47,6%) e também com atividades realizadas dentro de casa como cuidar dos netos, cuidar da casa e cuidar do jardim, ler, ver televisão (32,9%). Quando questionados se nos últimos seis meses, participaram em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, apenas 12 dos inquiridos (9,7%) referiram utilizar este serviço. De realçar que 39 participantes (31,5%) afirmaram não ter praticado embora sintam a necessidade de o fazer. O município disponibiliza, gratuitamente, duas vezes por semana, atividades desportivas destinadas à população idosa (ginástica, hidroginástica), o que coloca a questão do porquê de apesar de ser um serviço gratuito, a adesão ser reduzida neste grupo embora um número considerável de participantes sintam a necessidade de praticar desporto. Várias poderão ser as explicações possíveis; no entanto, saliento a possibilidade relativa à reduzida divulgação das atividades desportivas junto da população idosa, por um lado e por outro, a ausência de uma cultura desportiva neste grupo etário. Sobre este assunto Rodrigues

(2002) considera que grande parte das pessoas idosas não tem acesso aos espaços e atividades de lazer, desconhecendo a importância e os benefícios que estas atividades lhes podem trazer. Neste âmbito, Cohen, Perlstein, Chapline, Kelly e Simmens (2006) desenvolveram um projeto com um programa cultural que incluía atividades físicas, sociais e mentais para idosos, com idade igual ou superior a 65 anos e os resultados evidenciaram efeitos positivos no grupo, desde a melhoria na condição física, diminuição de medicação, redução de quedas e diminuição do isolamento social. Assim e tendo por base a importância do envolvimento do idoso em atividades sociais, lúdicas e recreativas é fundamental abrir possibilidades de acesso pois só mediante experiências lúdicas e recreativas o idoso poderá ou não gostar daquilo que vivencia.

Relativamente às condições habitacionais verifica-se que para a maioria dos participantes (87,9%) a sua habitação tem as condições necessárias e adequadas às suas necessidades. No entanto, mais de metade dos participantes (64,5%) reconhece barreiras arquitetónicas à sua mobilidade onde se destacam as escadas, as portas estreitas e a existência de banheira. De acordo com Rodrigues (2007) as condições habitacionais são reconhecidas como determinantes para a saúde dos idosos pois o estado de saúde dos mesmos pode ser afetado pela falta de condições habitacionais. Desta forma, tal como refere Paúl (2005a) para que as pessoas idosas possam continuar a envelhecer na sua própria casa e comunidade é importante a criação de um ambiente “amigável”, sem barreiras e onde as atividades de vida diária possam ser realizadas com eficácia, assim como, a existência de segurança, quer ao nível do contexto residencial, prevenindo as quedas, como da comunidade, para que os idosos possam circular e realizar as atividades instrumentais ou lúdicas/recreativas.

Os participantes residem em média na freguesia há cerca de 64 anos sendo que a maioria dos participantes (91,9%) classifica a sua relação com os vizinhos como próxima e amigável. De acordo com Paúl e Ribeiro (2011) contrariamente às ideias generalizadas sobre a perda de capacidades das pessoas mais velhas, elas tendem a esforçar-se para ultrapassar o “deserto relacional” (p. 150) e este esforço é concretizado na maioria das vezes, através da procura de contacto com pessoas que partilham o mesmo espaço, os mesmos hábitos e as mesmas rotinas e os vizinhos tornam-se o apoio das pessoas mais velhas que poderão ter os familiares mais afastados, ou então que já vivem sós.

Quando questionados sobre as vantagens de residir na freguesia, os idosos destacaram o facto de ser a terra deles (29,8%), o ambiente ser sossegado (19,4%), a localização geográfica (16,9%) e o gostar de toda a gente/conhecer toda a gente (15,3%). Estes resultados estão em conformidade com as três dimensões de vinculação ao lugar definidas por Rowles (1994, como citado em Fonseca, Gonçalves & Azevedo, 2008), nomeadamente: (1) a ligação física, que diz respeito à familiaridade com o ambiente físico, a qual se obtém vivendo num determinado local por um longo período de tempo, sendo que este sentimento de ligação física pode compensar o declínio de capacidades sensoriais e de mobilidade que se verifica à medida que se envelhece (manutenção de um sentido de competência no domínio do lugar); (2) a ligação social, pelo facto de viverem num determinado lugar por longos períodos de tempo, as pessoas idosas conhecem os vizinhos e/ou amigos, sendo mais fácil pedir e obter suporte e assistência em caso de necessidade; e (3) a ligação psicológica, que faz com as pessoas desenvolvam ao longo da vida uma noção histórica de pertença a um lugar, cheio de lembranças, por meio das quais a própria história do lugar vai sendo construída e passada à geração seguinte.

Relativamente à capacidade funcional para a vida diária, a maioria dos participantes é independente nas ABVD (83,9%) e nas AIVD (54,8%). No entanto, os idosos com 80 e mais anos mostram significativamente maior dependência nas ABVD e nas AIVD. Silva (2013) num estudo que incidia na avaliação da funcionalidade nas atividades da vida diária de idosos também com recurso ao Índice de Barthel e à Escala de Lawton, obteve resultados similares. Observaram-se diferenças entre terceira (65-79 anos) e quarta idade (80 ou + anos), sendo que o grupo de idosos com 80 ou mais anos apresentou significativamente maior dependência nas ABVD e AIVD, quando comparado com o grupo de idosos de 65 a 79 anos reforçando os dados da literatura. Por sua vez, tal como refere Rodrigues (2007) com o avançar da idade, decréscimos fisiológicos, doenças crónicas, e outros problemas de saúde tendem a acumular-se e a interferir no estado de saúde do individuo e na sua qualidade de vida.

Outra variável considerada na avaliação da funcionalidade foi a escolaridade na qual se verificou que os participantes com maior grau de dependência apresentam escolaridade mais baixa. Este resultado vai de encontro também ao estudo realizado por

Silva (2013) que concluiu que existe uma associação moderada baixa e positiva com as ABVD e uma associação moderada baixa e negativa com as AIVD. Para Maciel e Guerra (2007) os indivíduos com mais escolaridade têm maior preocupação com a saúde e acesso a melhores cuidados, do que aquelas com menos escolaridade daí apresentarem melhores resultados em termos de funcionalidade.

Em relação ao funcionamento cognitivo, os participantes da quarta idade revelaram maior défice cognitivo e, em relação ao género, são mais as mulheres que obtiveram pontuações no MMSE que indicam défice cognitivo. No estudo de Diniz, Volpe e Tavares (2006) os resultados foram similares, nomeadamente no que diz respeito ao funcionamento cognitivo em função do género (homens, mediana= 24 pontos; mulheres, mediana = 22 pontos, $p=0,03$). Para Sousa, Relvas e Mendes (2003), a maior longevidade é apontada como explicação para essa perda da capacidade cognitiva ser mais acentuada no género feminino. Acredita-se que em virtude das mulheres viverem mais tempo do que os homens, as mulheres experimentam um maior número de doenças crónicas e comorbilidades, resultando em limitação funcional e incapacidade (Fiedler & Peres, 2008). Igualmente, Oliveira, Volpe e Tavares (2007) avaliaram o impacto da escolaridade e da idade na pontuação do MMSE em 174 idosos residentes na comunidade/casa e reuniram evidência que tanto a idade como a escolaridade são fatores que influenciam a pontuação obtida no MMSE. Para Anstey e Low (2004) o maior fator de risco associado a alterações no funcionamento cognitivo é a idade, uma vez que acarreta muitas outras mudanças, a nível biológico, psicológico e social, seguindo-se o género.

Em termos de das relações sociais, embora 17,7% dos participantes vivam sozinhos, no total 16,9% apresenta um maior risco de isolamento social. Uma das razões que pode explicar este resultado é o facto da maioria dos participantes ser apoiado pela família e considerar (91,9%) o relacionamento com os vizinhos como próximo e amigável. No presente estudo, os participantes com 65-79 anos apresentaram maior rede de suporte social assim como os indivíduos com mais escolaridade. Estes resultados à exceção da variável género em que no presente estudo não se verificaram diferenças significativas vão de encontro ao estudo realizado por Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (2001), na qual concluíram que (1) houve uma diminuição do tamanho da rede

social ao longo dos anos; (2) um aumento significativo do número de confidentes com o nível de escolaridade e (3) diferenças significativas entre homens e mulheres no número de familiares e confidentes que fazem parte da rede e que são em maior número para as mulheres. No entender de Charles e Carstensen (2009), as relações sociais são fundamentais para a saúde física e mental ao longo da vida, com níveis elevados de suporte social percebido relacionado com menos depressão e níveis elevados de satisfação com a vida.

Quanto ao bem-estar, neste estudo foram encontradas evidências que a satisfação com a vida se altera com a idade. O grupo de participantes dos 65-79 anos revelou maior satisfação com a vida que os participantes com 80 e mais anos. Também o estudo levado a cabo por Diener e Suh (1997) demonstrou que a satisfação com a vida diminuiu com a idade. Neste estudo verificou-se que os homens mostram-se mais satisfeitos com a vida do que as mulheres e quanto maior a escolaridade mais satisfação com a vida é revelada pelos participantes. Também no estudo de Borg, Hallberg e Blomqvist (2006) se constatou que as mulheres tinham níveis mais baixos de satisfação com a vida. Em relação à escolaridade para Simões (2006) a educação pode criar uma variedade de interesses, em particular relacionados com o lazer, e que constituirão novas fontes de satisfação com a vida. Para este autor, uma boa parte do efeito da educação sobre a satisfação com a vida parece exercer-se através do rendimento e do nível profissional do indivíduo. Para o mesmo autor, a relação encontrada entre satisfação com a vida e escolaridade, possivelmente, é explicada pelo facto de os indivíduos mais velhos terem um nível inferior de escolaridade e assim apresentarem expectativas inferiores às dos mais novos.

Os resultados deste estudo apontam que a sintomatologia depressiva aumenta com a idade e diminui quanto maior for a escolaridade. A sintomatologia depressiva mostra também variações consoante o género – os homens apresentam níveis de sintomatologia depressiva inferiores às mulheres. De acordo com a literatura, o género feminino aparece como mais propenso a este distúrbio de humor (Vaz & Gaspar, 2011). Contudo, à medida que a idade avança, nos casos de depressão “maior”, a prevalência para os homens é progressivamente maior (Xavier, Ferraz, Bertolucci, Poyares & Moriguchi, 2001). Duarte e Rego (2007) consideram que o género feminino se revela

como um fator de risco para a depressão na velhice. Já o impacto da idade na ocorrência de depressão pode ser compreendido pela própria característica do processo de envelhecimento. Com o passar dos anos, acontecimentos relacionados com perdas, como comprometimento da saúde, morte de familiares, perda das relações sociais, do trabalho e do prestígio social, diminuição do sono, favorecem o surgimento dessa mesma patologia (Mehta,2002). Por outro lado, baixos níveis de escolaridade também podem ser considerados um importante fator de risco associado à depressão (Kulaksizoglu, 2005) . Para o mesmo autor a educação é um dos principais critérios de avaliação do nível socioeconómico de uma população, outra importante variável, na avaliação de sintomatologia depressiva. Acontecimentos como a redução de perspectivas sociais, a diminuição do suporte sociofamiliar, o declínio da saúde, as alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais, a perda do papel social e ocupacional, levam a sentimentos de tristeza e sofrimento emocional, sendo consideradas os principais fatores para a presença de sintomatologia depressiva na velhice (Ávila & Bottino, 2006).

No que respeita aos serviços, os serviços domésticos, preparação de refeições e os serviços administrativos dentro dos serviços gerais de apoio tem maior utilização e necessidade sentida pelos inquiridos. De realçar ainda que, no grupo de serviços sociais recreativos, nomeadamente no desporto a necessidade sentida é claramente superior à utilização analisada. Todos os restantes serviços apresentam reduzida utilização e necessidade sentida. Ao contrastar a proporção de participantes que utilizam os vários serviços e a proporção de participantes que considera necessitar desses serviços, verifica-se uma grande coincidência entre estes valores com a exceção das atividades de desporto, tal como foi analisado anteriormente. Estes resultados poderão indicar que as pessoas mais velhas que utilizam os serviços são maioritariamente aquelas que necessitam destes serviços. No entanto, será importante refletir também se a ausência de discrepâncias entre estes valores poderá refletir o desconhecimento da população face a uma diversidade de serviços que poderia beneficiar e eventualmente até pela reduzida divulgação ou pela insuficiente diferenciação destes serviços na comunidade (por vezes agregados a serviços mais abrangentes como o Serviço de Apoio Domiciliário). Os resultados relativos à utilização de serviços podem ser analisados com

base no grau de dependência das pessoas mais velhas, uma vez que os serviços que os participantes mais usufruíram nos últimos seis meses foram serviços que poderão compensar dificuldades ao nível das atividades instrumentais da vida diária. Esta análise permitirá descrever o perfil de utilização de serviços face ao grau de dependência das pessoas mais velhas, assim como identificar necessidades de serviços em função destas características. Verifica-se por exemplo, que são os participantes com o grau de dependência para as AIVD mais elevado que mais utilizam os serviços gerais e de apoio, os serviços de saúde e os serviços de avaliação e coordenação. No entanto, a utilização de serviços sociais e recreativos é maioritariamente realizada pelos participantes mais independentes, sendo que em alguns casos nenhum participante que apresenta algum grau de dependência beneficia destas atividades. Em termos comunitários, podemos assim concluir que parece existir uma maior necessidade e utilização de serviços de apoio e de saúde por parte dos participantes mais dependentes, enquanto que os mais independentes manifestam maior interesse no desenvolvimento de serviços sociais e recreativos podendo esta tendência ser útil para a orientação política ao nível da criação e desenvolvimento de serviços dirigidos à população mais velha a nível municipal.

Em suma, como analisado, a maioria dos serviços para os idosos, orientados para o ambiente físico e/ou social, minimizam as exigências ambientais e a necessidade crescente de apoio, tornando-se essenciais para o bem-estar de algumas pessoas idosas, que necessitam de adaptações ambientais ou cuidados ocasionais de cuidadores informais e formais para melhorar a sua autonomia (Hooyman & Kiyack, 2011). Embora se destaque a experiência positiva associada a uma situação de envelhecer no lugar, fatores relacionados com dependência nas atividades básicas da vida diária, restrições ambientais, carências sócio económicas e familiares, conciliados com a carência no acesso a serviços que seriam essenciais na resposta a este quadro de vulnerabilidade, podem refletir-se numa vivência negativa que se traduz numa redução da qualidade de vida da pessoa idosa (Sixsmith & Sixsmith, 2008). Assim, tal como refere (Achenbaum, 2010, como citado em Paúl, 2012) um dos desafios é ir mais além da identificação das capacidades e das necessidades das pessoas idosas, passando para a concretização prática de como as podemos ajudar a potenciar esta fase da vida, hierarquizando as prioridades da sociedade. E, é por isso, que o gerontólogo social deve conseguir, através da prevenção e promoção de programas de intervenção nas áreas biopsicossociais, que

cada vez mais as pessoas envelheçam com qualidade, tornando os indivíduos como pró-ativos, sendo que o envelhecimento pode constituir um processo positivo, se acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações, que poderão comprometer a análise e generalização dos dados, designadamente: (a) o procedimento de amostragem não probabilístico; b) o facto do estudo se basear em instrumentos de autorrelato, embora com recurso à heteroavaliação; c) a extensão do protocolo de recolha de dados.

Implicações para a prática gerontológica e prossecução da investigação neste domínio

As evidências reunidas poderão ser tomadas como ponto de partida para o desenho e planificação de futuras políticas, serviços e/ou programas de base comunitária para promover a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.

Tendo em consideração os resultados obtidos e visto que 17,7% dos idosos vivem sozinhos, é imperativo ter especial atenção a esta realidade. A tecnologia, nomeadamente a teleassistência, pode ser uma forma de promover condições favoráveis ao envelhecimento bem-sucedido no lugar para quem vive sozinho. Esta tecnologia tem-se revelado de facto um recurso útil, capaz de melhorar os cuidados de saúde e segurança e permite ainda reduzir as desigualdades geográficas no acesso aos cuidados (Goodman, Syme, & Eisma, 2003) .

A maioria dos idosos vivem nas suas casas e, considerando o aumento da dependência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e o facto de a maioria (63,7%) viver com membros da família nuclear (cônjuge, filhos e netos), recomenda-se o desenvolvimento de programas de apoio aos cuidadores informais, para assegurar o apoio aos idosos que residem em casa, bem como aos cuidadores formais, que prestam serviços nas instituições. Estes programas poderiam incidir no combate ao desgaste do cuidador e na formação relativa ao processo de envelhecimento, de forma a fornecer o

melhor cuidado e apoio e simultaneamente a independência desejada pelo idoso. Por outro lado, seria também uma mais-valia para o concelho a existência de um banco de voluntariado de proximidade no concelho, incluindo pessoas idosas também como voluntárias no sentido de as valorizar.

Face às barreiras arquitetónicas identificadas pelos idosos e sabendo da importância do contexto habitacional no envelhecimento bem-sucedido no lugar, uma das intervenções possíveis, também analisada na literatura, consiste, a par da implementação do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), em programas de manutenção das casas e pequenas reparações e ajustes, que os idosos com idades mais avançadas já não são capazes de realizar (Paúl,2005a). Sobre este assunto, recomenda-se o estabelecimento de parcerias entre instituições (ex. Câmara Municipal, Instituições Particulares de Solidariedade Social, entre outras) e empresas sediadas no concelho de Vizela que prestem este tipo de serviços à população.

Uma vez que 18,5% dos participantes referiu sentir alguma dificuldade em deslocar-se fora de casa, nomeadamente por problemas de locomoção/mobilidade é fundamental que as autarquias/freguesias tenham cada vez mais, atenção aos seus espaços públicos, para que estes sejam seguros e acessíveis a pessoas com limitações, com dispositivos de compensação, à utilização espaços verdes com bancos de rua que permitam aos idosos descansar nas suas caminhadas e passar algum tempo do seu dia no exterior. Nesse sentido, a adoção do “Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas” publicado pela Organização Mundial de Saúde no ano 2007 afirma-se um instrumento de apoio fundamental para o desenvolvimento de Políticas Sociais e Públicas dirigidas à população em geral. Em termos gerais, uma cidade amiga das pessoas idosas estimula o envelhecimento ativo através da criação de condições de saúde, participação e segurança, de modo a reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades (OMS, 2009).

Tendo em consideração a necessidade verificada no grupo dos Serviços Gerais de Apoio (OARS,2008), nomeadamente nos serviços domésticos, preparação de refeições e

serviços administrativos, uma das abordagens de intervenção possíveis, analisada na literatura, poderá consistir em visitas ao domicílio de caráter preventivo a pessoas idosas que vivem na comunidade, com o objetivo de se identificar riscos existentes ou potenciais para a saúde, atividade e participação, intervindo antes que os problemas surjam (Fange et al., 2012). Em relação aos serviços sociais e recreativos, nomeadamente no que diz respeito ao desporto salienta-se a necessidade verificada neste grupo pelo que se recomenda a divulgação do programa, nomeadamente do desporto sénior promovido pela Câmara Municipal de Vizela. Sobre este assunto Rodrigues (2002) considera que grande parte das pessoas idosas não tem acesso aos espaços e atividades de lazer, desconhecendo a importância e os benefícios que estas atividades lhes pode trazer.

Azevedo e Teles (2011) referem que é da responsabilidade dos interventores sociais (Gerontólogos Sociais, Inclusive) proporcionar oportunidades de envelhecimento ativo, com o objetivo de satisfazer as necessidades, anseios e desejos das pessoas idosas. Para tal, é necessário que o profissional tenha conhecimentos sobre o processo de envelhecimento para que possa identificar dificuldades e potencialidades da pessoa, assim como discriminar sinais de alerta que indiquem processos não normativos da velhice. É de ressaltar que a atuação do gerontólogo social não se dirige apenas à população idosa, mas também deve ser colocada em prática junto dos órgãos de poder político, pois tal como Dias e Rodrigues (2012) o envelhecimento demográfico sugere um conjunto de desafios e de oportunidades às políticas sectoriais, sendo por isso pertinente uma maior abertura a novas práticas e a novos modelos.

A Gerontologia Social pode ser uma via para a sensibilização, compreensão e intervenção de modo a promover um envelhecimento ativo e bem-sucedido. Neste sentido, e tendo em linha de conta que esta Ciência é muito atual e imprescindível nos anos vindouros é fundamental continuar a construir conhecimentos sólidos através de uma investigação sistemática, com recurso a metodologias robustas e adequadas às temáticas sob investigação, a desenvolver estratégias de intervenção, cientificamente sustentadas, potenciadoras do envelhecimento bem-sucedido, assim como a contribuir para a formação de profissionais capazes de intervir no sentido da inovação e mudança. O envelhecimento da população é um dos fenómenos da atualidade. Por isso, torna-se

necessário prosseguir com estudos neste domínio, de modo a reunir evidência para desenvolver programas e serviços que permitam que as pessoas mais velhas permaneçam nas suas casas tanto tempo quanto possível.

Em suma, os resultados desta investigação lançam as bases para o desenho do plano gerontológico do concelho de Vizela no sentido de garantir a promoção intencionalizada e sistemática do envelhecimento bem-sucedido no lugar.

Em síntese...

O envelhecimento populacional parece ser, na atualidade, um tema central um pouco por todo o mundo. O objetivo em alcançar uma idade longínqua, é claramente uma das maiores conquistas da Humanidade. Contudo, apesar desta visão positiva, este fenómeno traz consigo um conjunto de preocupações e exigências que assolam o nosso país e grande parte dos países desenvolvidos. Se por um lado, envelhecer é um triunfo da humanidade, sendo sinónimo de melhores condições de vida, o envelhecimento passa também a ser um desafio para políticos, investigadores e profissionais, sobretudo porque as sociedades não estão preparadas para vidas tão longas. Neste contexto, *envelhecer bem no lugar* torna-se um desafio para a maioria dos idosos. Todavia, o *envelhecimento bem-sucedido* não envolve apenas critérios de longevidade mas um conjunto de fatores individuais, sociais e ambientais.

Face a esta situação, as sociedades devem atender às necessidades dos mais velhos, sendo que uma das questões que se coloca quando falamos de envelhecer no lugar passa pela capacidade de resposta do meio a estas pessoas com características muito específicas. O meio deve ser capaz de proporcionar condições para permanecer no lugar do ponto de vista físico, social, de saúde, educativo, de segurança/proteção, sanitário, urbanístico, cultural, ecológico, entre outros. O paradigma do envelhecimento bem-sucedido no lugar exige respostas multidisciplinares, com implicação da população e de diferentes agentes da comunidade que visem, sobretudo, a adoção de medidas preventivas. É neste contexto que os profissionais da Gerontologia Social têm o seu foco de trabalho, baseando-se no pressuposto que qualquer classificação da velhice operada

apenas com base na idade cronológica diz-nos muito pouco relativamente aos processos diferenciais de envelhecimento (Fernández- Ballesteros, 2000). Retomando a afirmação de Achenbaum (2010, como citado em Paúl, 2012), é importante, enquanto se mapeiam as capacidades e as necessidades das pessoas idosas, determinar como alimentar os potenciais da vida tardia, para atualizar as prioridades da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R., Santinha, G., & Rito, S. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2, 1, 177-203.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1, 1-10.
- Anstey, J. & Low, F. (2004). Normal cognitive changes in aging. *Australian Family Physician*, 33, 10, 783-7.
- Antonucci, T. & Ajrouch, K. (2007). Social resources. In H. Mollenkopf & A. Walker (Eds.), *Quality of Life in Old Age* (pp. 49-64). New York: Springer.
- Araújo, F., 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.
- Argimon, I. L. & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1, 64-72.
- Ávila, R. & Bottino, M. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 4, 316-320.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma.
- Azevedo, M. J. & Teles, R. (2012). Revitalize a sua mente. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 77-112). Lisboa: Lidel.
- Balard, F., Blain, H., & Robine, J.M. (2012). How to define old age: successful aging and/or longevity. *Médecine Sciences*, 28 (3), 281-287.
- Baltes, M. & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 4, 397-422.
- 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: a psychological model* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Mayer, K. (1999). *The Berlin aging study: aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *The Gerontologist*, 49, 2, 123-135.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 5, 611-626.

- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychological Association*, 52, 4, 366-380.
- Baltes, P. (2004). Lifespan psychology: from developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, 1, 3, 123-144.
- Baltes, P., Reese, H., & Lipsett, L. (1980). Lifespan developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Baltes, P., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471- 507.
- 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., Moreira, E., & Melo de Carvalho, J. (2013). Protocolo de Avaliação de Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População. ANCEP_GeroSoc_R. Viana do Castelo: LabGeroSoC- ESE, IPVC.
- 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 da ESEC*, 11- 28.
- Bastos, A., Faria, C., & Lamela, D. (2011). Relatório de Concretização do Processo de Bolonha do Curso de Mestrado em Gerontologia Social. Retirado a 3 de abril de 2016 de http://portal.ipvc.pt/images/ipvc/ese/pdf/rcbolonha/RCB_MGS201011.pdf
- Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lisboa: Lidel.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Melo de Carvalho, J. (2013). Gerontologia Social e prestação de serviços: Contributos para a prática-baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia*, 1, 1, 1-12.
- Bengtson, V. L., Burgess, E. O., & Parrott, T. M. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in Social Gerontology. *Journal of Gerontology*, 52, 2, 72-88.
- 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.
- Benjamim, A., Matthias, R., & Franke, T. (2000). Comparing consumer-directed and agency models for providing supportive services at home. *Health Services Research*, 35, 1, 351-366.

- Berr, C., Balard, F., Blain, H., & Robine, J. M. (2012). How to define old age: successful aging and longevity. *Medicine Sciences, 28*, 3, 281-287.
- Birren, J. E. & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory. In J. Birren & K. Schaie (Eds.), *Handbook of The Psychology of Aging* (pp. 3-34). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Birren, J. E. (1996). Foreword. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- Borg, C., Hallberg, R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 5, 607-618.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi.
- Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial.
- Callahan, J. J. (1993). *Aging in place*. New York: Baywood.
- Câmara Municipal de Vizela (2015). Autarquia e Concelho de Vizela. Retirado a 20 de maio de 2016 de <http://www.cm-vizela.pt/autarquia/concelho/caraterizacao>.
- Cantera, I. R. (2004). Escalas de evaluación de programas gerontológicos. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 55-76). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Carlson, B., Foster, L., Dale, S., & Brown, R. (2007). Effects of cash and counseling on personal care and well-being. *Health Services Research, 42*, 1, 467-487.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. (2000). Emotion experience in the daily lives of older and younger adults. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 4, 644-655.
- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2009). Socioemotional selectivity theory. In H. Reis & S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships* (pp. 1578-1581). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K. M., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist, 46*, 6, 726-73.
- Costa, E. C., Nakatani, A. Y. K., & Bachion, M. M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paulista de Enfermagem, 19*, 1, 43-8.

- Costa, S. (2013). *Capacidades e necessidades de pessoas idosas a residir em casa* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Craik, M. (1986). A functional account of age differences in memory. In F. Klix & H. Hagendorf (Eds.), *Human memory and cognitive capabilities: mechanisms and performances* (pp. 409-422). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Dias, I. & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e Sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 179-202). Lisboa: Lidel.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings in subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24, 1*, 25-41.
- Diniz, B. S. O., Volpe, F. M., & Tavares, A. R. (2007). Nível educacional e idade no desempenho no mini-exame do estado mental em idosos residentes na comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34, 1*, 13-17.
- Dogan, H. & Deger, M. (2004). Nursing care of elderly people at home and ethical implications: an experience from Istanbul. *Nursing Ethics, 11, 6*, 553-567.
- Duarte, M. & Rego, M. (2007). Comorbilidade entre depressão e doenças clínicas em ambulatório de Geriatria. *Caderno de Saúde Pública, 23, 3*, 691-700.
- Ducal, G. F. D., Silva, M. C., & Hallal, P. C. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista Saúde Pública, 43, 5*, 796-805.
- Fänge, A. M., Oswald, F., & Clemson, L. (2012). Aging in place in late life: theory, methodology, and intervention. *Journal of Aging Research, 2012*, 1-2.
- Feldman, P. H., Oberlink, M. R., Simantov, E., & Gursen, M. D. (2004). *A tale of two older Americas: community opportunities and challenges*. New York: Center for Home Care Policy & Research.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001): Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: some empirical results. *Psicothema, 13, 1*, 40-49.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecer bien: qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active ageing: the contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe Publishing.

- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad: un programa europeo multimedia. *Intervención Social*, 1, 3, 65-85.
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., & Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21, 3, 513-8.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Fielder, M., & Peres, K. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Revista Saúde Pública*, 24, 2, 409-415.
- 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.
- Fonseca, A. M. (2004). *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento - uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- 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.
- 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.
- Fries, J. E (1990). Medical perspectives upon successful aging. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 35-49). New York: Cambridge University Press.
- Goodman, J., Syme, A., & Eisma, R. (2003). Embodying autonomy in a home telecare service. *The Sociological Review*, 56, 181-195.
- Greenfield, E. A. (2012). Using ecological frameworks to advance a field of research, practice, and policy on aging-in-place initiatives. *The Gerontologist*, 52, 1, 1-12.
- Guimarães, D. (2013). *Tomando o envelhecimento bem-sucedido como desenvolvimento psicológico*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.

- Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. (2011). The growth of Social Gerontology. In N. R. Hooyman & H. A. Kiyak (Eds.), *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective* (pp. 3-42). Boston: Pearson.
- Hubbert, A. O. (2001). *Seniors' need for and use of medicare home health services* (Dissertation Abstracts International). University of Nebraska Medical Center, Nebraska.
- Inelmen, E., Sergi, G., Enzi, G., Toffanello, E., & Coin, A. (2007). New approach to Gerontology: building up "successful aging" conditions. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19, 2, 160-164.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011- Resultados Definitivos. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. [documento eletrónico] retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&contexto=bd&selTab=tab.
- Keeling, S. (1999). Ageing in (a New Zealand) place: ethnography, policy and practice. *Social Policy Journal of New Zealand*, 95-114.
- Kulaksizoglu, I. B., Gürvit, H., Polat, A., Harmanci, H., Cakir, S., Hanagasi, H, Bilgic, B., & Emre, M. (2005). Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Instaubul. *International Psychogeriatrics*, 17, 2, 303-12.
- Maciel, A. & Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 10, 2, 178-189.
- McCormack, B. (1998). Community care for older people. *British Medical Journal*, 317, 552-553.
- McDonough, K. E. & Davitt, J. K. (2011). It takes a village: community practice, social work, and aging-in-place. *Journal of Gerontological Social Work*, 54, 5, 528-541.
- Mehta, K. M., Yaffe, K., & Covinsky, K. E. (2002). Cognitive impairment, depressive symptoms and functional decline in older people. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 6, 1045-50.
- 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.
- National Aging in Place Council (2013). Age in place. Retirado a 3 de abril de 2016 de <http://www.ageinplace.org>
- Neri, A. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Brasil: Átomo Alínea.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 2.ª Edição. Porto, Livpsic.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Active ageing, a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002. Retirado a 22 de junho de 2015 de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf<http://social.un.org/ageing->

- Organização Mundial de Saúde (2005). Envelhecimento activo: uma política de saúde. Retirado a 1 de julho de 2016 de <http://www.dgeep.mtss.gov.pt>
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oswald, F., Hieber, A., Wahl, H., & Mollenkopf, H. (2005). Ageing and person environment fit in different urban neighbourhoods. *European Journal of Ageing*, 2, 2, 122-143.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Whal, H. W. (2011). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *The Gerontologist*, 51, 2, 238-250.
- Paixão, C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), pp. 7-19.
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005a). Envelhecimento e ambiente. In L. Sockza (Ed.), *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. (2005b). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.21-41). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A., Cruz, F., & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia, Teoria Investigação e Prática*, 2, 415-426.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-10.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 2, 164-172.
- Pereira, C. (2013). *Avaliação multidimensional da população com 65+ anos no perímetro urbano de Santo Tirso* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

- Phillips, J., Ajrouch, K., & Nallétamby, S. (2010). *Key concepts in Social Gerontology*. Londres: Sage Publications.
- Pizzetti, P., Manfredini, M., & Lucchetti, E. (2005). Variations in late-age mortality by household structure and marital status in Parma, Italy. *Ageing & Society, 25*, 6, 305-318.
- Pynoos, J., Caraviello, R., & Cícero, C. (2009). Lifelong housing: the anchor in aging-friendly communities. *Generations, 33*, 2, 26-32.
- Raynes, N., Coulthard, L., Glenister, C., & Temple, B. (2004). Age does not come alone: identifying and implementing bolder people's views of quality in home care services. *Quality in Ageing, 5*, 1, 24-31.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS- 6). *Revista Temática Kairós Gerontologia, 15*, 1, 217-234.
- Ribeiro, P., Neri, A., Cupertino, A., & Yassuda, M. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo o género, idade e saúde. *Psicologia em Estudo, 14*, 3, 501-509.
- Rodrigues, C. (2002). O lazer do idoso: barreiras a superar. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento, 10*, 4, 105-108.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salude Pública, 23*, 2, 109–15.
- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Lisboa: Mar da Palavra.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rossel, N. Y. (2004). La problemática social de los cambios poblacionales. In N. Y. Rossel, R. R. Rico, & M. A. Herrera, *Introducción a la Psicogerontología* (pp. 89-96). Madrid: Psicología Pirámide.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science, 237*, 143-149.
- Sá, C. (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.

- Santos, K., Koszuoski, R., Dias-da-Costa, J., & Pattussi, M. (2007). Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 11, 2781-2788.
- Schaie, W. & Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2007b). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, F. (2013). *Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Sixsmith, A. & Sixsmith, J. (2008). Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing International*, 32, 3, 219-235.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, L., Relvas, A. P., & Mendes, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Stoddart, H., Whitley, E., Harvey, I., & Sharp, D. (2002). What determines the use of home care services by elderly people? *Health & Social Care in the Community*, 10, 5, 348-360.
- Talmelli, L., Gratão, A., Kusumota, L., & Rodrigues, R. (2010). Nível de independência funcional e défice cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44, 4, 933-939.
- Tomasini, S. L., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Passo Fundo*, 4, 1, 88-102.
- Vaz, A. & Gaspar, S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem*, 3, 4, 49-58.
- Veríssimo, M. T. (2005). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Almedina.

- Vicente, F. & Santos, S. (2012). Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um Município de Santa Catarina. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22, 2, 370-8.
- Wahl, H. & Iwarsson, S. (2007). Person-environment relations. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp. 222-124). London: Sage Publications.
- Whitbourne, S. K. & Whitbourne, S. B. (2011). *Adult development and aging: biopsychosocial perspectives*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2011). The meaning of "ageing in place" to older people. *The Gerontologist*, 1-10.
- Xavier, F., Ferraz, T., Bertollucci, P., Poyares, D., & Moriguchi, H. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 2, 62-70.
- Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 1, 37-49.

ANEXOS

Anexo 1 - Teste Kolmogorov

Tabela A1. Teste de Kolmogorov Sminorv

		Barthel	Lawton	MMSE	Lubben	Satisfação com a vida	GDS-15
Normal	M	93,71	12,34	24,81	18,19	28,03	3,01
Parameters	<i>dp</i>	12,67	6,28	5,97	6,09	5,31	3,51
Kolmogorov Sminorv		3,83	3,38	2,58	1,08	3,41	2,52
p-value		0,000	0,000	0,000	0,195	0,000	0,000

Neste caso, o teste de Kolmogorov Smirnov está a analisar se as amostras seguem uma distribuição normal. Como todos as escalas do protocolo ANCEP_GeroSOC.2013 têm p -value $<0,05$, exceto a Escala da Rede Social de Lubben, rejeitamos a hipótese para todas. Ou seja, todos os instrumentos de recolha de dados do protocolo ANCEP_GeroSOC.2013, excetuando a Escala de Rede Social de Lubben, seguem uma distribuição não normal e, portanto, na sua análise mais pormenorizada foram aplicados testes não paramétricos.

Anexo 2 - Análise individual das dimensões do envelhecimento individual

Dimensões do envelhecimento individual

Tabela A2. Análise da funcionalidade para as atividades da vida diária, por item do Índice de Barthel

Características	Total (n= 124)	
	n	%
Alimentação mín-max	0-10	
Independente	120	96,8
Necessidade de alguma ajuda	3	2,4
Dependente	1	0,8
Vestir mín-max	0-10	
Totalmente Independente	109	87,9
Necessidade de alguma ajuda	13	10,5
Dependente	2	1,6
Banho mín-max	0-5	
Totalmente independente	99	79,8
Dependente	25	20,2
Higiene Corporal mín-max	0-5	
Totalmente independente	117	94,4
Dependente	7	5,6
Utilizar casa de banho mín-max	0-10	
Independente	116	93,5
Necessita de ajuda	7	5,5
Dependente	1	0,8
Controlo intestinal mín-max	5-10	
Independente	121	97,6
Incontinência Ocasional	3	2,4
Controlo vesical mín-max	0-10	
Independente	107	86,3
Incontinência Ocasional	14	11,3
Incontinente ou algaliado	3	2,4
Subir escadas mín-max	0-10	
Independente sobe e desce escadas	106	85,5
Necessita de ajuda	17	13,7
Dependente	1	0,8
Transferência cadeira cama mín-max	5-15	
Independente	110	88,7
Necessita de ajuda mínima	12	9,7
Necessita de grande ajuda	2	1,6
Deambulação mín-max	5-15	
Independente	101	81,5
Necessita de ajuda	11	8,9
Independente com cadeira de rodas	12	9,7

Os participantes apresentam melhores resultados nos itens relativos ao controlo intestinal (97,6% são totalmente independentes), à alimentação (96,8% são totalmente independentes), à higiene corporal (94,4% são totalmente independentes) e à utilização da casa de banho (93,5% são independentes).

Tabela A3. Funcionalidade para as AIVD, por item da Escala de Lawton

Características	Total	
	n	%
Casa mín-max	1-5	
Cuidar da casa sem ajuda	71	57,3
Faz tudo exceto trabalho pesado	13	10,5
Só faz tarefas leves	21	16,9
Necessita de ajuda para todas as tarefas	12	9,7
Incapaz de fazer alguma coisa	7	5,6
Lavar a roupa mín-max	1-3	
Lava a sua roupa	72	58,1
Só lava pequenas peças	33	26,6
Incapaz de lavar a sua roupa	19	15,3
Preparar comida mín-max	1-4	
Planeia, prepara serve sem ajuda	90	72,6
Prepara se lhe derem os ingredientes	12	9,7
Prepara pratos pré-cozinhados	1	0,8
Incapaz de preparar as refeições	21	16,9
Ir às compras mín-max	1-4	
Faz compras sem ajuda	71	57,3
Só faz pequenas compras	29	23,4
Faz compras acompanhado	6	4,8
Incapaz de ir às compras	18	14,5
Uso do telefone mín-max	1-4	
Usa-o sem dificuldade	90	72,6
Só liga para lugares familiares	16	12,9
Necessita de ajuda para o usar	11	8,9
Incapaz de usar o telefone	7	5,6
Uso de transporte mín-max	1-3	
Viaja em transporte publico ou conduz	89	71,8
Só anda de táxi	20	16,1
Incapaz de usar transporte	15	12,1
Uso de dinheiro mín-max	1-3	
Paga as contas, vai ao banco, etc	91	73,4
Só pequenas quantidades de dinheiro	27	21,8
Incapaz de utilizar o dinheiro	6	4,8
Responsável pela medicação mín-max	1-3	
Responsável pela sua medicação	101	81,5
Necessita que lhe preparem a medicação	18	14,5
Incapaz de se responsabilizar pela medicação	5	4,0

Os itens que apresentam melhores resultados encontram-se na responsabilidade pela medicação 81,5%, destacando-se também os itens de uso de dinheiro, nomeadamente pagar as contas, ir ao banco (73,4%), uso do telefone (72,6%) e preparar a comida (72,6%).

Tabela A4. Funcionamento Cognitivo (MMSE)

	Total <i>n</i> = 124		
	<i>M (dp)</i>	<i>mín-máx</i>	Amplitude teórica
MMSE <i>M(dp)</i>	24,81 (5,97)	0-30	0-30
Orientação <i>M (dp)</i>	8,52 (2,12)	0-10	0-10
Memória imediata <i>M(dp)</i>	2,87 (0,42)	0-3	0-3
Cálculo <i>M (dp)</i>	3,66 (1,87)	0-5	0-5
Memória de trabalho <i>M (dp)</i>	2,19 (0,97)	0-3	0-3
Linguagem <i>M (dp)</i>	7,24 (1,28)	0-8	0-8
Organização Visuo-percetiva (desenho) <i>M (dp)</i>	0,33 (0,47)	0-1	0-1

A avaliação do desempenho evidencia uma pontuação média de 24,8 pontos (*dp*= 5,97), variando entre 0 e 30 . De uma forma geral, os participantes obtêm médias nas várias dimensões do MMSE que se aproximam ou coincidem com o limite máximo da pontuação possível. As dimensões nas quais s participantes obtêm resultados médios mais baixos são as de memória de trabalho e organização visuo-percetiva. Da totalidade dos participantes, 33 (26,6%) obteve pontuação abaixo do ponto de corte definido como indicador de défice cognitivo considerando o grupo etário 65 mais anos e o grupo de escolaridade dos participantes.

Tabela A5. Funcionamento Cognitivo (MMSE)

Características	Amplitude teórica	Resposta Correta		Resposta Incorreta	
	0-30	n	%	n	%
Orientação	0-10				
Ano		96	77,4	28	22,6
Mês		118	95,2	6	4,8
Dia do Mês		83	66,9	41	33,1
Dia da semana		112	90,3	12	9,7
Estação do ano		90	72,6	34	27,4
País		117	94,4	7	5,6
Distrito		80	64,5	44	35,5
Terra		121	97,6	3	2,4
Casa		122	98,4	2	1,6
Andar		118	95,2	6	4,8
Retenção	0-3				
Pera		123	99,2	1	0,8
Gato		122	98,4	2	1,6
Bola		111	89,5	13	10,5
Atenção e cálculo	0-5				
Calculo 27		98	79,0	26	21,0
Calculo 24		94	75,8	30	24,2
Calculo 21		88	71,0	36	29,0
Calculo 18		88	71,0	36	29,0
Calculo 15		86	69,4	38	30,6
Evocação	0-3				
Pera		98	79,0	26	21,0
Gato		86	69,4	38	30,6
Bola		87	70,2	37	29,8
Linguagem	0-8				
Relógio		115	92,7	9	7,3
Lápis		121	97,6	3	2,4
Repete frase		114	91,9	10	8,1
Pega com a mão dt		118	95,2	6	4,8
Dobra ao meio		112	90,3	12	9,7
Coloca		118	95,2	6	4,8
Lê frase		119	96,0	5	4,0
Escreve frase		81	65,3	43	34,7
Habilidade Construtiva	0-1				
Desenha		41	33,1	83	66,9

Como se pode observar na Tabela A5, os itens do MMSE nos quais os participantes apresentam melhor desempenho na orientação são os itens relativos à localização no espaço (casa), nos quais 98,4% dos participantes dos idosos respondem corretamente e segue o item terra respondido corretamente por 97,4% dos participantes. Outro item que apresenta bom desempenho cognitivo encontra-se na retenção de palavras, no qual 99,2% dos participantes foram capazes de mencionar o item pêra. Também o nível de linguagem apresenta bom desempenho, destacando-se o item do lápis (97,6%), ler a frase (96,0%) e pegar na folha com a mão direita (95,2%) como valores mais relevantes.

Os itens nos quais os participantes apresentam pior desempenho, diz respeito à habilidade construtiva (desenho), com 66,9% de respostas incorretas e à linguagem no item escrever a frase (34,7%). Também na orientação, os itens que dizem respeito ao distrito (35,5%) e dia do mês (33,1%) apresentam uma percentagem elevada de respostas incorretas. Surgem ainda resultados deficitários ao nível da evocação nos itens gato (30,6%) e bola (29,8%) nas tarefas de memória de trabalho.

Tabela A6. Funcionamento interpessoal: as relações sociais

	Total n= 124											
	0		1		2		3 ou 4		5 a 8		9 e mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Família												
Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	4	3,2	2	1,6	6	4,8	31	25,0	30	24,2	51	41,1
De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar- lhes para pedir ajuda?	4	3,2	13	10,5	22	17,7	31	25,0	38	30,6	16	12,9
Com quantos familiares se sente assuntos pessoais	6	4,8	17	13,7	24	19,4	43	34,7	25	20,2	9	7,3
Amigos												
Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	4	3,2	4	3,2	14	11,3	18	14,5	19	15,3	65	52,4
De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar- lhes para pedir ajuda?	24	19,4	18	14,5	20	16,1	20	16,1	30	24,2	12	9,7
Com quantos amigos se sente à vontade para falar de assuntos pessoais	25	20,2	25	20,2	17	13,7	16	12,7	24	19,4	7	5,6

No que diz respeito à rede social, em relação à família quase metade da amostra referiu ver ou falar pelo menos uma vez por mês com 9 ou mais familiares (41,1%). Destaca-se que 30,6% dos participantes mencionou ter 5 a 8 familiares que se sentem próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda. Já 34,7% da amostra afirmou ter 3 ou 4 familiares, na qual se sentem à vontade para falar de assuntos pessoais.

Em relação aos amigos, mais de metade da amostra referiu ver ou falar pelo menos uma vez por mês com 9 ou mais amigos (52,4%). Destaca-se que 24,2% dos participantes mencionou ter 5 a 8 amigos que se sentem próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda. Por último, realça-se que 20,2% dos participantes referiu não ter amigos ou apenas 1, na qual se sentem à vontade para falar de assuntos pessoais.

Tabela A7. Satisfação com a vida

	Total n= 124													
	1		2		3		4		5		6		7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Em muitos aspetos a minha vida aproxima-se dos meus ideais	0	0,0	4	3,2	7	5,6	6	4,8	18	14,5	74	59,7	15	12,1
As minhas condições de vida são excelentes	0	0,0	3	2,4	8	6,5	7	5,6	17	13,7	80	64,5	9	7,3
Estou satisfeito com a minha vida	0	0,0	3	2,4	6	4,8	7	5,6	17	13,7	72	58,1	19	15,3
Ate agora, consegui obter aquilo que era importante na vida	0	0,0	3	2,4	6	4,8	7	5,6	13	10,5	77	62,1	18	14,5
Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	0	0,0	5	4,0	7	5,6	9	7,3	10	8,1	77	61,1	16	12,9

Legenda: 1- Totalmente em desacordo; 2- Em desacordo; 3- Mais ou menos em desacordo; 4- Nem de acordo nem em desacordo; 5- Mais ou menos de acordo; 6- De acordo; 7- Totalmente de acordo

Em relação à satisfação com a vida é de realçar que em relação ao item “*em muitos aspetos a minha vida aproxima-se dos meus ideais*” a maioria dos participantes (59,7%) referiu estar de acordo. Quanto ao item “*as minhas condições de vida são excelentes*” destaca-se que a maioria dos participantes também referiu estar de acordo (64,5%). Relativamente ao item “*estou satisfeito com a minha vida*” mais de metade

dos participantes referiu estar de acordo (58,1%). No que diz respeito ao item “*até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida*” mais de metade dos participantes (62,1%) afirmou estar de acordo. Por último, no item “*se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada*” também 62,1% dos inquiridos mencionaram estar de acordo. De realçar que nenhum dos participantes respondeu estar fortemente em desacordo em qualquer uma das questões.

Tabela A8. Sintomatologia depressiva

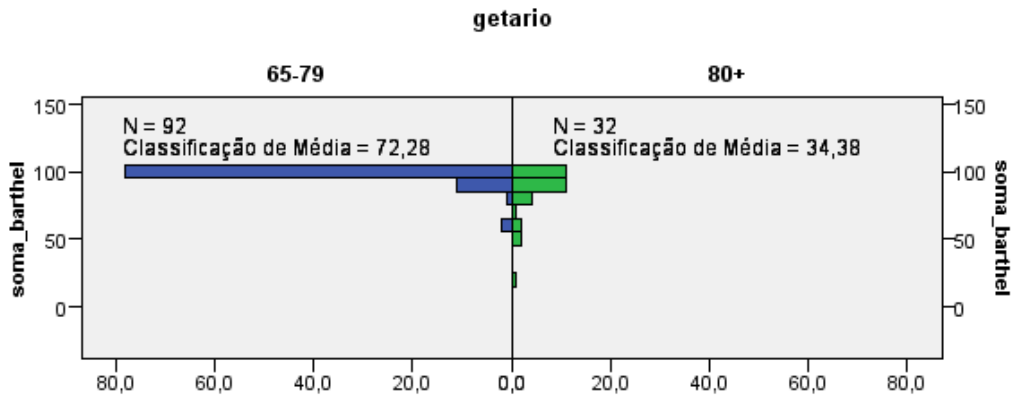
Está satisfeito com a sua vida?	117	94,4	7	5,6
Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	33	26,6	43	73,4
Sente a sua vida vazia?	25	20,2	99	79,8
Fica muitas vezes aborrecido (a)?	36	29,0	88	71,0
Está bem-disposto (a) a maior parte do tempo?	114	91,9	10	8,1
Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	66	53,2	58	46,8
Sente-se feliz a maior parte do tempo	109	87,9	15	21,1
Sente-se muitas vezes desamparado (a)?	26	21,0	98	79,0
Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	27	21,8	97	78,2
Acha que tem mais dificuldade de memória que os outros?	31	25,0	93	75,0
Pensa que é muito bom estar vivo?	122	98,4	2	1,6
Sente-se inútil?	29	23,4	95	76,6
Sente-se cheio (a) de energia?	87	70,2	37	29,8
Sente que para si não há esperança?	14	11,3	110	88,7
Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o Senhor (a)?	15	12,1	109	87,9

Legenda: itens a sombreado tem a cotação de 1 ponto

É de realçar que a maioria dos participantes (94,4%) responde afirmativamente às questões “*está satisfeito com a sua vida*” e “*está bem-disposto a maior parte do tempo*” com 91,9% . Também é de realçar a forma positiva como responderam à questão “*é muito bom estar vivo*” (98,4%). Por outro lado, as questões que indicam maior sintomatologia depressiva dizem respeito às questões: “*tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal*” respondendo afirmativamente 53,2% dos participantes e “*fica muitas vezes aborrecido?*” com 29,0% dos inquiridos.

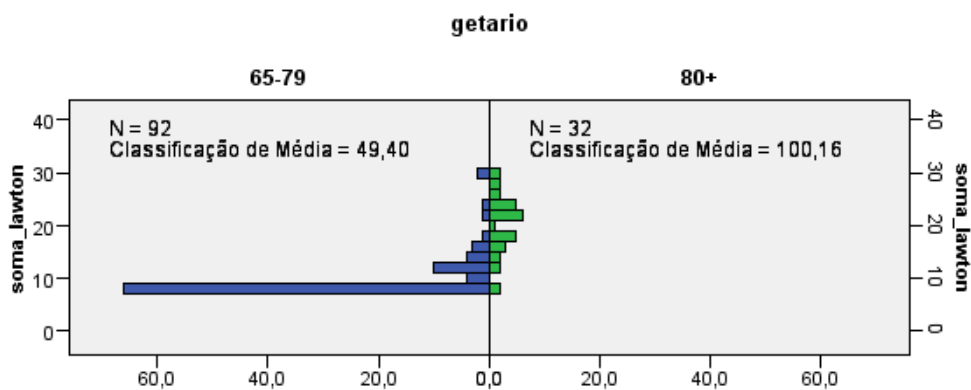
Anexo 3 - Dimensões do envelhecimento segundo características sociodemográficas

Figura A1. Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo o grupo etário



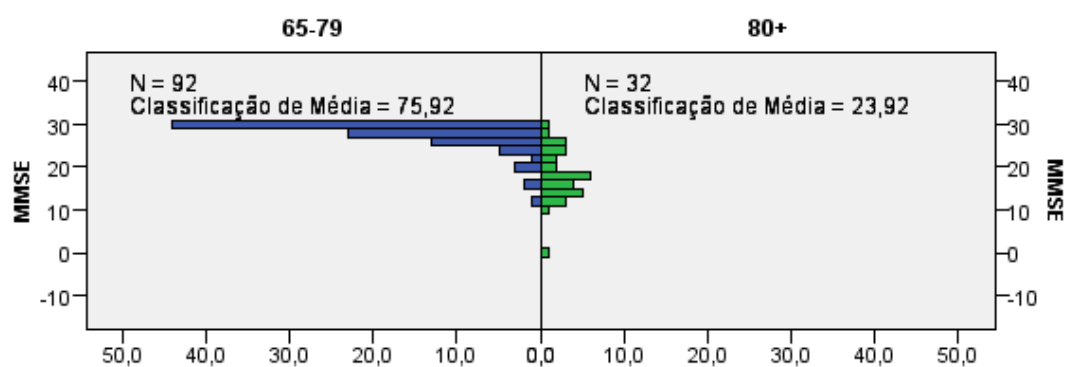
Através da análise da Figura A1, pode-se afirmar que existem diferenças significativas entre a 3ª terceira (65-79 anos) e a 4ª idade (80+) relativamente à funcionalidade das ABVD. Na 3ª idade evidenciam-se resultados bem mais positivos com pontuações mais elevadas, enquanto que na 4ª idade se encontram cerca de 80 participantes, na 4ª idade estão apenas 20 participantes definidos como independentes nas ABVD.

Figura A2. Distribuição dos resultados da Escala de Lawton (%) segundo o grupo etário



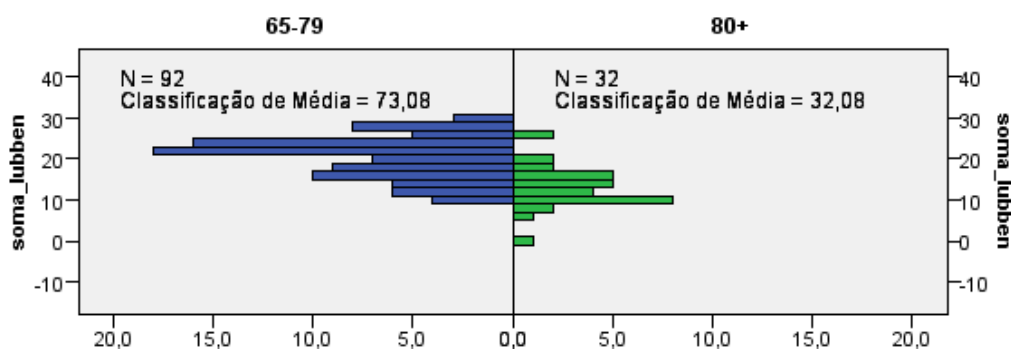
Na figura A2, é possível observar as diferenças significativas entre a 3.ª idade (65-79 anos) e a 4.ª idade (80+) relativamente à funcionalidade nas AIVD. Na 3.ª idade apresentam-se resultados mais positivos com pontuações mais baixas, enquanto que na 4.ª idade a distribuição é bastante diferente, destacando-se que enquanto na primeira se encontram cerca de 60 participantes, na segunda está apenas um participante definido como independente nas AIVD.

Figura A3. Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o grupo etário



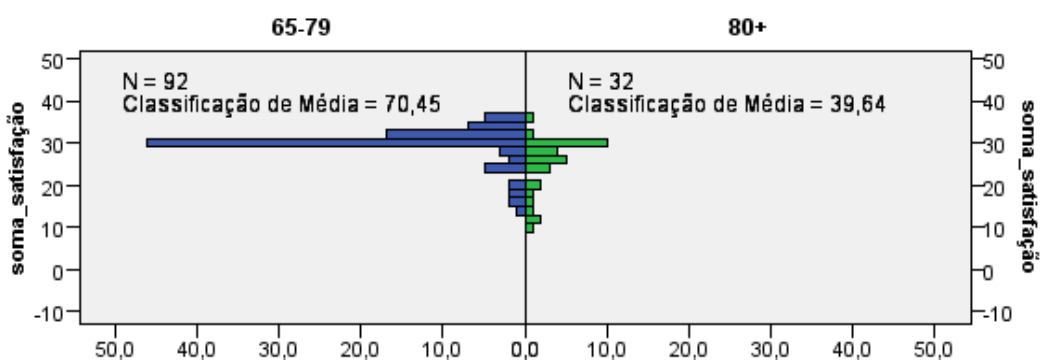
Os resultados sugerem a existência de diferenças significativas no funcionamento cognitivo na 3.ª e 4.ª idade (Figura A3). A faixa etária dos 65-79 anos apresenta resultados mais positivos em comparação com o grupo etário dos 80+ anos no MMSE, ou seja, é na 4.ª idade que se encontram mais participantes com défice cognitivo.

Figura A4. Distribuição dos resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (%) segundo o grupo etário



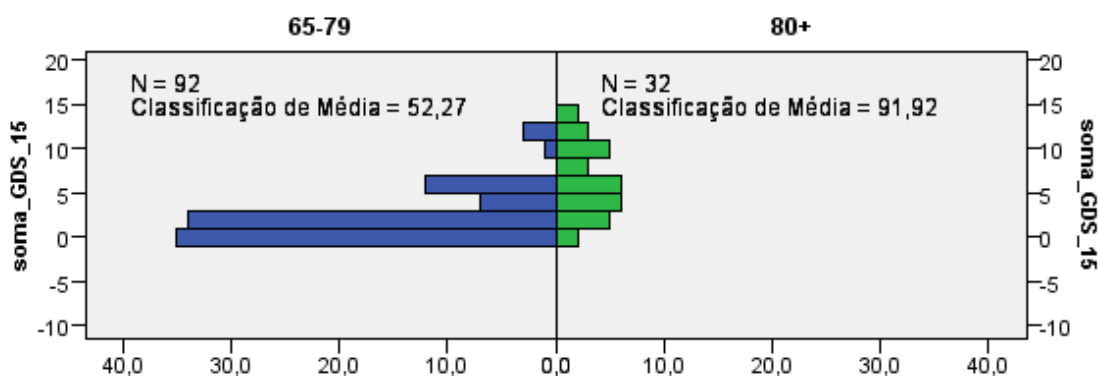
Relativamente à Escala da Rede Social de Lubben é possível verificar que os participantes que se encontram na 3.ª idade apresentam melhores resultados relativamente à rede social. Note-se que é na 4.ª idade onde se encontra um maior número de participantes com pontuações inferiores a 12 o que indica maior risco de isolamento social.

Figura A5. Distribuição dos resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (%) segundo o grupo etário



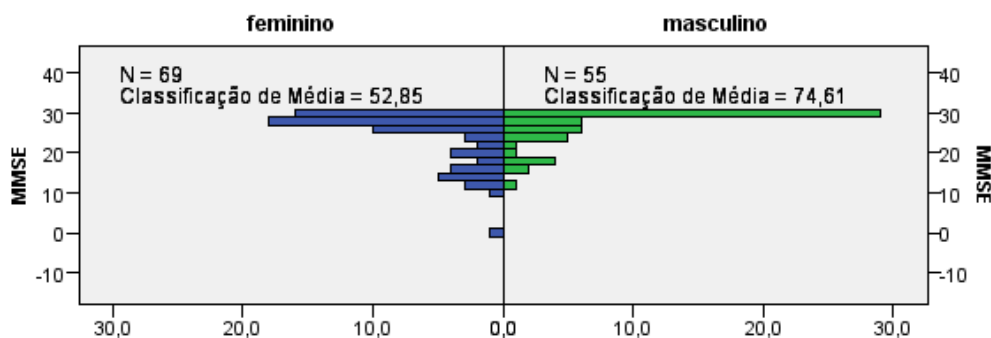
Na figura A5, é possível observar que os participantes que se encontram na 3.ª idade obtiveram pontuações mais elevadas na satisfação com a vida em comparação com os participantes da 4.ª idade.

Figura A6. Distribuição dos resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (%) segundo o grupo etário



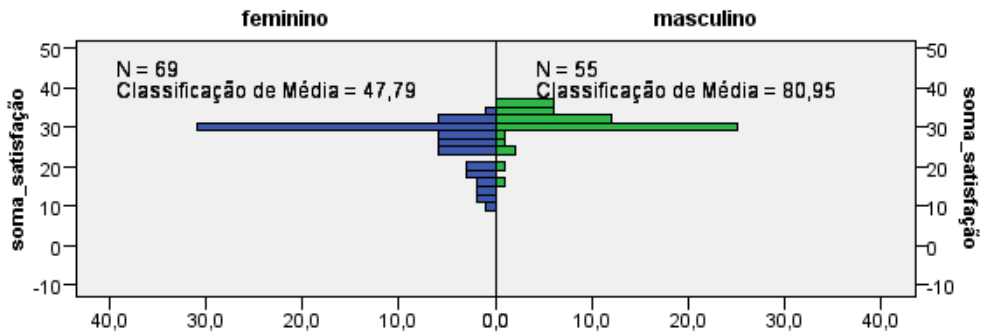
No rastreio da sintomatologia depressiva, na 4.ª idade apresentam-se valores mais preocupantes, uma vez que os participantes deste grupo etário apresentam níveis de sintomatologia mais elevados comparativamente com os participantes da 3.ª idade.

Figura A7. Distribuição dos resultados do Mini Mental State Examination (%) segundo o género



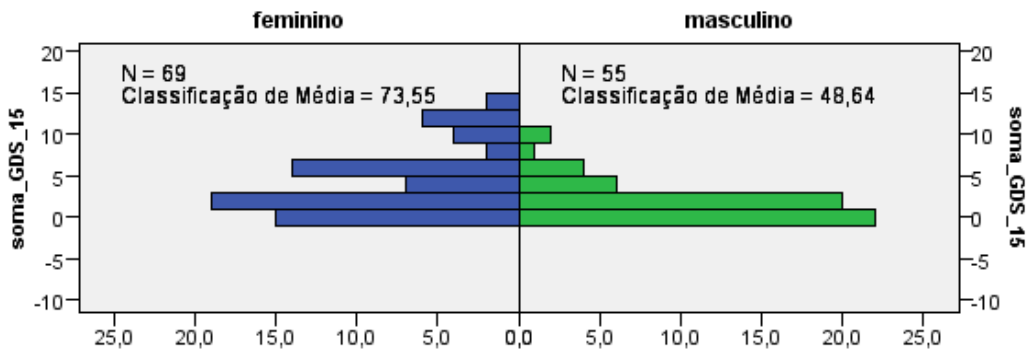
Relativamente ao funcionamento cognitivo, o número de participantes do género masculino com melhor desempenho é superior ao dos participantes do género feminino, sendo o número de mulheres com défice cognitivo consideravelmente superior (figura A7).

Figura A8. Distribuição dos resultados da Escala de Satisfação com a vida (%) segundo o género



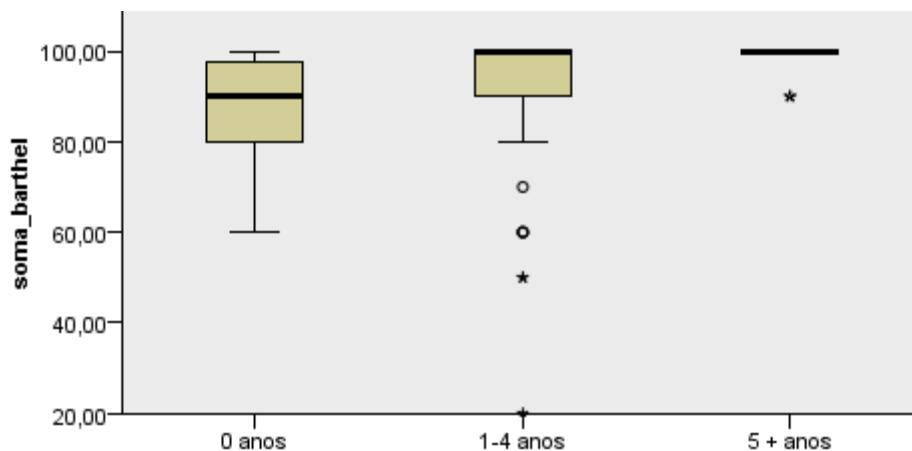
Na figura A8, é possível verificar que os homens obtiveram pontuações mais elevadas na satisfação com a vida em comparação com o grupo dos participantes do género feminino.

Figura A9. Distribuição dos resultados da Escala de Depressão Geriátrica (%) segundo o género



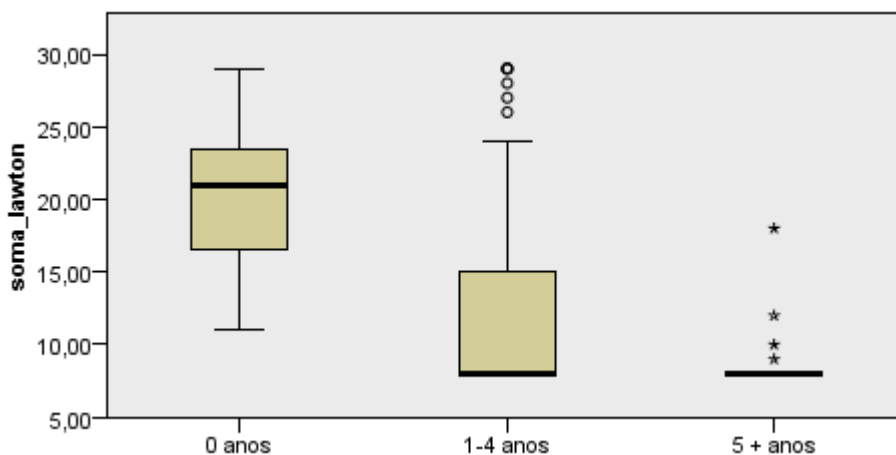
Em relação à sintomatologia depressiva, existem diferenças significativas entre géneros. Os homens apresentam níveis mais baixos de sintomatologia comparativamente com as mulheres.

Figura A10. Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo a escolaridade



Na figura A10 é possível verificar que quanto maior o nível de escolaridade melhores são os resultados relativamente à funcionalidade nas ABVD, indicando que os participantes que têm mais de 5 anos de escolaridade são independentes nas ABVD.

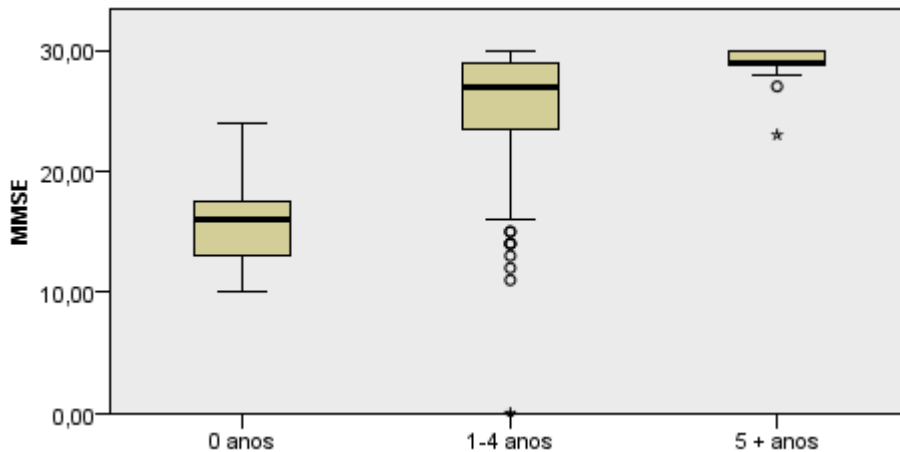
Figura A11. Distribuição dos resultados da Escala de Lawton (%) segundo a escolaridade



Na figura A11 é possível verificar que quanto maior o nível de escolaridade melhores são os resultados relativamente à funcionalidade nas AIVD, indicando que os participantes que têm 5 ou mais anos de escolaridade são independentes nas AIVD. De

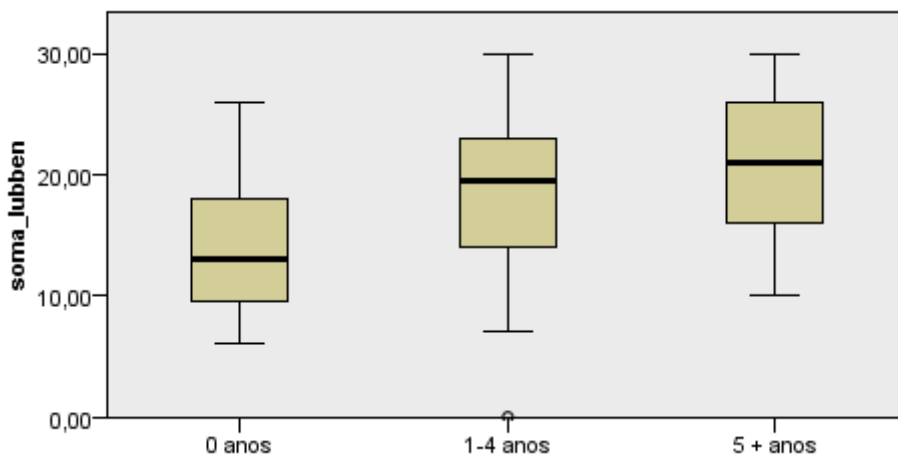
salientar que os participantes que não frequentaram a escola ou que frequentaram a escola entre 1-4 anos são moderadamente dependentes nas AIVD.

Figura A12. Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo a escolaridade



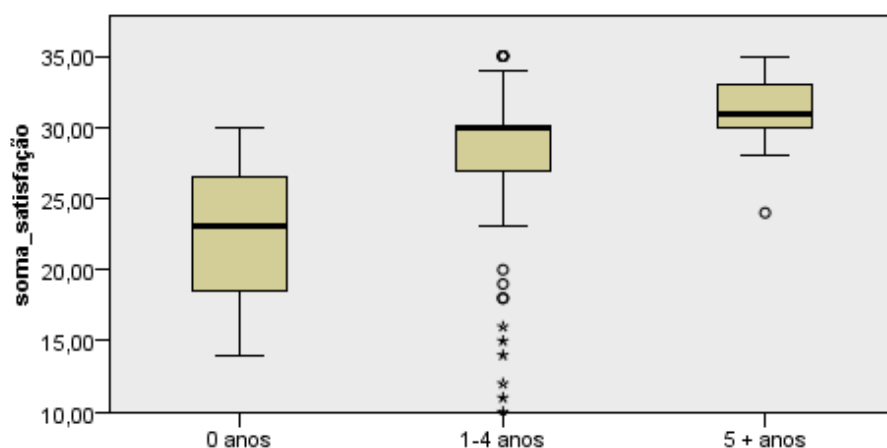
Verifica-se, na figura A12, que o grupo com mais escolaridade (5+ anos) apresenta pontuações muito elevadas, indicando melhores resultados, ou seja, menor déficit. Averigua-se ainda que, em termos globais, quanto maior for o nível de escolaridade, maior é o valor obtido na escala MMSE, ou seja, menor é o déficit cognitivo.

Figura A13. Distribuição dos resultados da Escala de Lubben (%) segundo a escolaridade



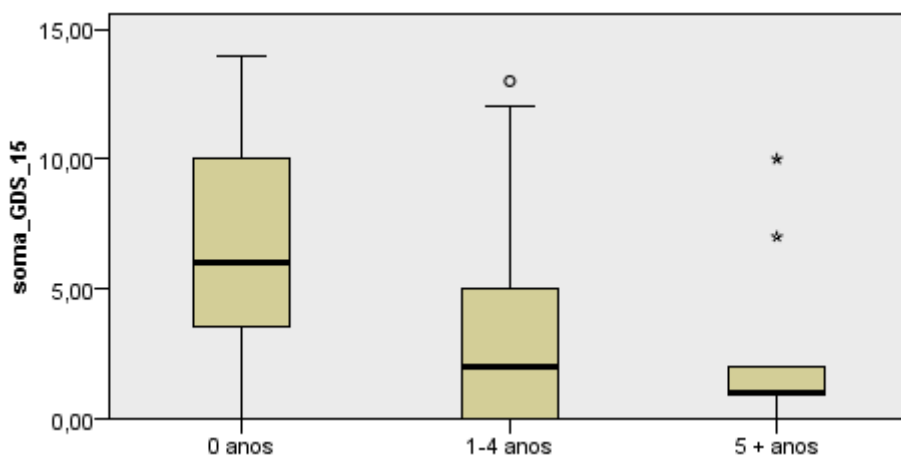
Como é possível verificar na Figura A13, os participantes com 5 ou mais anos de escolaridade são os que apresentam melhores resultados relativamente à rede social sendo que o grupo de participantes que não frequentou a escola é o que apresenta piores resultados relativamente à sua rede social.

Figura A14. Distribuição dos resultados da Escala de Satisfação com a vida (%) segundo escolaridade



Relativamente à satisfação com a vida, verifica-se que quanto maior é a escolaridade maior o nível de satisfação com a vida.

Figura A15. Distribuição dos resultados da Escala de Depressão Geriátrica (%) segundo escolaridade



No que respeita à sintomatologia depressiva, quanto menor a escolaridade maiores são os níveis de sintomatologia depressiva. Esta diferença é mais acentuada entre o grupo que não frequentou a escola e os grupos que frequentaram a escola 5 ou mais anos. De referir que se verificam dois *outliers* (pessoas que se afastam da maioria) no grupo de participantes que frequentaram a escola 5 ou mais anos.

Anexo 4 - Análise das relações entre as dimensões do envelhecimento

Tabela A9. Relação entre as dimensões do envelhecimento ANCEP_GeroSoc.R.2013

	Barthel	Lawton	MMSE	Lubben	Satisfação	GDS 15
Barthel	1	-0,678**	0,550**	0,349**	0,331**	-0,376**
Lawton	--	1	-781**	-0,403**	-0,529**	0,505**
MMSE	--	--	1	0,448**	0,644**	-0,488**
Lubben	--	--	--	1	0,440**	-0,400**
Satisfação	--	--	--	--	1	-0,680**
GDS 15	--	--	--	--	--	1

Correlação *rs* de Spearman: ** $p < 0,01$

No que diz respeito à relação entre as dimensões do envelhecimento, utilizamos o coeficiente de correlação *rs* de Spearman para medir a intensidade e direção da associação entre as pontuações obtidas pelos participantes nas várias escalas de avaliação multidimensional (Tabela A9). Todas as dimensões da avaliação apresentam correlações estatisticamente significativas considerando o valor de significância $p < 0,01$. Relativamente à direção da associação a Escala de Lawton e a Escala de Sintomatologia Depressiva, nas quais a maior pontuação indica pior situação em termos de dependência e de presença de sintomatologia depressiva, apresentam correlações negativas com as restantes escalas, nas quais a maior pontuação indica melhores condições.

No que diz respeito à intensidade da associação, destacam-se como correlações mais fortes, a correlação negativa entre a pontuação obtida no Índice de Barthel e na Escala de Lawton ($rs = -0,678$; $p < 0,01$), a correlação negativa entre a Escala de Lawton e o MMSE ($rs = -781$; $p < 0,01$), a correlação negativa entre a Escala de Satisfação com a vida e a Escala de Sintomatologia Depressiva ($rs = -0,680$; $p < 0,01$) e por último a correlação positiva entre o Mini Mental State Examination e a Escala de Satisfação com a Vida ($rs = 0,644$; $p < 0,01$).

A análise da matriz de correlações indica que as dimensões da avaliação multidimensional estão muito associadas entre si. Assim, espera-se que as pessoas que

estarão muito bem numa dimensão estarão também muito bem nas restantes dimensões e vice-versa.