



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Bruna Filipa Rodrigues Machado

**Envelhecimento Bem-Sucedido
e Avaliação Gerontológica em Respostas de Retaguarda à Velhice:
Um estudo numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas**

**Curso de Mestrado
Gerontologia Social**

**Trabalho efetuado sob a orientação de
Doutora Emília Moreira**

Novembro, 2016

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais agradeço do fundo do coração todo o apoio, toda a dedicação e toda a motivação que me dirigiram ao longo do meu percurso acadêmico e especialmente por nunca duvidarem das minhas capacidades, por acreditarem naquilo que faço e por todos os ensinamentos da vida. Obrigado por me fazerem acreditar que conseguia.

A eles, dedico todo este trabalho.

À minha irmã por todo o apoio e ao meu afilhado Leonardo, a quem não consegui dedicar todo o tempo.

À minha querida avó Pureza, que apesar de, infelizmente, não conseguir reconhecer a minha alegria sei que ficaria muito feliz e satisfeita por me ver a alcançar todos os objetivos a que me propus, um muito obrigado.

Ao meu namorado, Paulo, agradeço todo o apoio incondicional, o amor e o carinho transmitido desde o primeiro dia em que me propus alcançar este desafio. Desculpa do fundo do coração a minha falta de paciência e a minha ausência. Obrigada pela força que sempre me transmitiste e por me fazeres acreditar que seria possível.

À minha orientadora Doutora Emília Moreira, um sincero obrigado, por toda a dedicação, disponibilidade, preciosa ajuda e palavras de carinho e incentivo que me ajudaram a ultrapassar todos os obstáculos com que me ia deparando. Obrigado pelo seu profissionalismo que tanto contribui para o meu crescimento acadêmico.

Quero agradecer à minha amiga Célia, por toda a ajuda e por todas as palavras de incentivo, e aos meus verdadeiros amigos, em especial à Joana, por todas as palavras de conforto e amizade.

Obrigada aos idosos participantes neste estudo por toda a força que sempre me transmitiram e por todas as palavras de carinho.

Uma última palavra de agradecimento, a Nossa Senhora de Fátima, que esteve sempre comigo, amparando-me nos momentos mais difíceis e dando-me força interior para conseguir encontrar o caminho certo nas horas mais incertas.

RESUMO

Contexto e objetivo do estudo. O aumento da longevidade e o envelhecimento demográfico têm, nas últimas décadas, impulsionado políticas sociais dirigidas à população mais velha e o investimento em respostas sociais dirigidas a esta população, como é o caso das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). O acolhimento em ERPI consiste numa medida dirigida a promover a segurança e proteção das pessoas mais velhas, assim como a oportunidade de criar novas relações sociais, envolvimento e a participação ativa num contexto protegido. No entanto, a investigação revela também que o processo de transição e adaptação à ERPI é muitas vezes vivido como um momento emocionalmente difícil, estando associado à diminuição da rede e da participação social. De acordo com Paúl (1997), o contexto físico e social no qual as pessoas mais velhas estão inseridas pode condicionar a promoção do envelhecimento bem-sucedido. Assim, a compreensão do contexto ambiental das pessoas idosas a residir numa ERPI é essencial para compreender os seus processos de envelhecimento individual e para desenhar formas de intervenção mais adequadas. Face ao exposto, o presente estudo pretende analisar o perfil de funcionamento de residentes numa ERPI, assim como as características físicas, organizacionais e sociais da instituição.

Método. Para concretizar os objetivos propostos, foi selecionada uma ERPI do norte de Portugal situada numa zona rural, na qual se procedeu à a) avaliação multidimensional dos residentes capazes de responder ao protocolo de avaliação e à b) avaliação da qualidade do ambiente. A avaliação dos residentes foi realizada com um protocolo de avaliação multidimensional que integrou uma ficha sócio-demográfica desenhada pela equipa de investigação, assim como (1) o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), (2) o Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), (3) o *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015), (4) a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15; Yesavage et al., 1983; Barreto et al., 2003; Apóstolo, 2011; Cavaleiro, et al., 2013), (5) a Escala de Ansiedade Geriátrica (GAI; Pachana et al., 2007; Ribeiro et al., 2011), (6) a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6 (LSNS-6; Lubben, 1988; Lubben et al., 2006; Ribeiro et al., 2012) e (7) a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS1; Diener et al., 1985; Neto et al., 1990). As características ambientais da ERPI foram avaliadas com recurso ao Sistema da Avaliação de Residências para Idosos (SERA, Fernández-Ballesteros, 1998; Duarte & Paúl, 2006), especificamente as subescalas Inventário das Características Arquitetónicas e Físicas (ICAF), Inventário das Características Organizativas e de Funcionamento (ICOF) e o Inventário das Características do Pessoal e Residentes (ICPR).

Resultados. Foi avaliado um grupo de 18 residentes (13 mulheres e 5 homens), com cerca de 82 anos de idade ($dp=10,4$) e 2,4 anos de escolaridade ($dp=1,8$) em média. Metade dos participantes é dependente nas ABVD (50%) e a maioria apresenta dependência severa nas AIVD (72%). Mais de 70% dos participantes apresentam indicadores de défice cognitivo, 83% revelam pontuação indicadora de sintomatologia depressiva e 78% pontuação indicadora de sintomatologia ansiosa. Cerca de 72% dos participantes apresentam risco de isolamento social. Quanto à satisfação com a vida, os residentes apresentam globalmente um nível moderado de satisfação na Escala de Satisfação com a Vida ($M=20,1$, $dp=4,7$). A ERPI avaliada apresenta boas características ao nível das áreas do pessoal (88%) e do conforto físico (68%), da disponibilidade de assistência na vida diária (93%) e das políticas de tolerância ao desvio (87%), assim como da utilização dos residentes de assistência na vida diária (65%) e as características do pessoal (54%). Apresenta resultados mais baixos ao nível das ajudas de orientação (38%) e da acessibilidade à comunidade (41%), na participação dos residentes nas tomadas de decisão (4%) e na clareza organizativa (20%), assim como na utilização de serviços de saúde por parte dos residentes (13%), na sua integração na comunidade (30%) e na sua participação nas atividades da ERPI (32%).

Conclusão. Este estudo permitiu analisar conjuntamente o perfil individual dos residentes e as características ambientais da ERPI, de acordo com os pressupostos da Gerontologia Ambiental. Foi possível identificar grupos distintos de residentes atendendo às suas capacidades funcionais e indicadores de défice cognitivo, psicopatologia e risco de isolamento social, assim como elementos do ambiente residencial que funcionam como facilitadores e inibidores do equilíbrio entre a competência pessoal e a pressão exercida pelo meio. Assim, a evidência reunida poderá contribuir para compreender e intervir no processo de acolhimento residencial e contribuir para o Envelhecimento Bem-Sucedido.

Palavras-Chave: Envelhecimento bem-sucedido; Gerontologia Social; Gerontologia Ambiental; Avaliação Gerontológica Multidimensional; Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

Novembro, 2016

ABSTRACT

Background and aims. In the last decades, the increased longevity and population aging have boosted social policies focused on the Elders, as well as the investment in social facilities addressed to this group, such as the Nursing Homes (ERPI). The ERPI is a measure aimed at promoting greater protection and security for the older people, as well as the opportunity to create new social relationships, involvement and active participation in a protected context. However, research also shows that the process of transition and adaptation to the ERPI are often lived as an emotionally difficult time, being associated with the decline of the social network and social participation. According to Paúl (1997), the physical and social context in which older people are inserted may affect the promotion of successful aging. Therefore, understanding the environmental context of older people living in ERPI is essential to understand their individual aging processes and to design more appropriate forms of care. Taking into account the above ideas, this study aims to analyze the profile of residents in an ERPI, as well as the physical, organizational and social characteristics of this facility.

Methods. In order to achieve the proposed objectives, we selected an ERPI in Northern Portugal, located in a rural area, where we performed a) the assessment of the residents who were capable of answering to a multidimensional evaluation protocol and b) the assessment of the environmental quality of the ERPI. Resident evaluation protocol included a sociodemographic record designed by the research team, as well as (1) the Barthel Index (Mahoney and Barthel, 1965; Sequeira, 2007); (2) Lawton's Index (Lawton and Brody, 1969; Sequeira, 2007), (3) the Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein et al., 1975), Morgado et al. 2009; Freitas et al., 2015) (4) the Geriatric Depression Scale (GDS-15, Yesavage et al, 1983, Barreto et al. 2003, Apostle, 2011, Knight et al, 2013), (5) the Geriatric Anxiety Scale (GAI, Pachana et al., 2007, Ribeiro et al., 2011), (6) the abbreviated version of the Lubben Social Network Scale (LSN-6, Lubben et al., 2006) and (7) the Satisfaction with LifeScale (SWLS1, Diener et al, 1985, Neto et al., 1990). The environmental characteristics of ERPI were evaluated using the Assessment System of Residential Structures for the Elderly (SERA, Fernández -Ballesteros, 1998; Duarte & Paul, 2006), specifically the Inventory of Architectural and Physical Characteristics (ICAF), Organizational Characteristics and Functioning Inventory (ICOF) and the Staff and Resident Characteristics Inventory (ICRP).

Results. A group of 18 residents (13 women and 5 men) with a mean age of 82 years old ($SD=10.4$) and 2.4 years of mean education ($SD=1.8$) were evaluated. Half of the participants were dependent in BADL (50%) and the majority was dependent in IADL (72%). More than 70% of the participants exhibited signs of cognitive impairment, 83% of depression and 78% of anxiety. About 72% of participants were at higher risk of social isolation. As for satisfaction with life, residents showed a moderate level of satisfaction with life ($M=20.1$, $SD=4.7$). The ERPI had good characteristics in terms of personnel areas (88%) and physical comfort (68%), service availability in daily living (93%) and policies of deviation tolerance (87%), as well as the residents' use of assistance in daily living (65%) and personal characteristics (54%). Lower results were obtained in guidance aids (38%), accessibility to the community (41%), residents' participation in decision making about the ERPI (4%), organizational information (20%), as well as in the use of health services by the residents (13%), their integration into the community (30%) or their participation in the ERPI activities (32%).

Conclusion. This study allowed the joint analysis of the resident's individual profile and the environmental characteristics of the ERPI, according to the assumptions of the Environmental Gerontology. We were able to identify different groups of residents according to their functional capacities and indicators of cognitive deterioration, psychopathology and the risk of social isolation, as well as elements of the residential environment that act as facilitators and inhibitors of the balance between personal ability and the environment's pressure. Therefore, the evidence gathered in this study may contribute to the understanding, research and intervention in the residential care process, in order to promote to the successful aging of ERPI residents.

Key-words: Successful aging; Social Gerontology; Environmental Gerontology; Gerontological Multidimensional Evaluation; Nursing Homes.

November, 2016

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	21
1. Gerontologia Social e Envelhecimento Humano	23
1.1. Envelhecimento Populacional, Políticas Sociais e Respostas de Retaguarda à Velhice .	25
1.1.1. O Acolhimento de Pessoas Idosas em ERPI.....	27
1.2. Envelhecimento individual e Envelhecimento Bem-Sucedido.....	27
1.2.1. Contributos da perspetiva <i>Lifespan</i> para o envelhecimento humano	32
1.2.2. Modelos de Envelhecimento Bem-Sucedido	34
1.3. Envelhecimento e Ambiente: interação pessoa-ambiente.....	34
1.4. Avaliação em ERPI focada no Ambiente e na Pessoa Idosa	46
1.4.1. Avaliação das características ambientais em ERPI	46
1.4.2. Avaliação das dimensões do funcionamento humano	48
1.4.3. Revisão da investigação no domínio.....	59
Objetivo do Estudo	64
CAPÍTULO II- MÉTODO.....	65
2.1. Plano de Investigação e Participantes.....	67
2.2. Instrumentos de recolha de dados	67
2.3. Procedimentos de recolha de dados.....	68
2.4. Estratégias de análise de dados	76
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....	79
3.1. Os Residentes.....	81
3.1.1. Perfil sócio-demográfico dos residentes e acolhimento em ERPI.....	81
3.1.2. Dimensões do funcionamento humano.....	86
3.1.3. Exploração de associações e perfis de funcionamento individual	92
3.2. Características ambientais da ERPI	94
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS.....	123

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Contribuições teóricas clássicas para a Gerontologia Ambiental por ordem cronológica	20
Tabela 2- Dimensões do funcionamento individual e Instrumentos de Avaliação	70
Tabela 3 - Comparação entre características dos residentes participantes e não participantes	81
Tabela 4- Caracterização sócio-demográfica dos participantes	82
Tabela 5 - Rede de apoio social	83
Tabela 6 - Tempo residência na ERPI, motivo e tomada de acolhimento em ERPI.....	84
Tabela 7- Participação nas atividades e tipo de atividades	85
Tabela 8 - Receção e periodicidade de visitas na ERPI	85
Tabela 9 - Somatório do Índice de Barthel	86
Tabela 10 -Somatório do Índice de Lawton	87
Tabela 11 - Funcionamento cognitivo (MMSE)	88
Tabela 12 - Sintomatologia depressiva (GDS-15)	89
Tabela 13 - Caracterização dos Sintomas de Ansiedade	90
Tabela 14 -Funcionamento interpessoal: as relações sociais (LSNS-6)	91
Tabela 15 - Análise da Satisfação com a vida (SWLS1)	92
Tabela 16 -Matriz de Correlações	93
Tabela 17-Número e perfis de indicadores de risco/défi ce nas dimensões de funcionamento individual...	94
Tabela A1 - Pontuação dos participantes por item do Índice de Barthel	131
Tabela A2 - Pontuação dos participantes por item do Índice de Lawton	133
Tabela A3 - Análise do Funcionamento Cognitivo (MMSE)	135
Tabela A4 - Descrição dos itens da GDS	137
Tabela A5 - Descrição dos itens do GAI	139
Tabela A6 - Análise do funcionamento interpessoal (LSNS-6)	141
Tabela A7 - Teste de Kolmogorov-Smirnov	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 - Inventário das Características Arquitetónicas e Físicas (ICAF).....	95
Figura nº2 - Inventário das Características Organizativas e de Funcionamento (ICOF)	97
Figura nº3 - Inventário das Características do Pessoal e Residente (ICPR)	98

LISTA DE ABREVIATURAS

EBS - Envelhecimento Bem-Sucedido

SOC - Seleção, Otimização e Compensação

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

AVD - Atividades da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

MMSE- *Mini Mental Station Examination*

LSNS-6 -Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6

GDS-15 - Escala de Depressão Geriátrica

SWLS1- Escala de Satisfação com a Vida

GAI- Escala de Ansiedade Geriátrica

SERA - Sistema de Avaliação de Residências para Pessoas Idosas

ICAF - Inventário das Características Arquitetónicas e Físicas

ICOF - Inventário das Características Organizativas e Físicas

ICPR - Inventário das Características do Pessoal e Residentes

INTRODUÇÃO

É notória a importância que o fenómeno do envelhecimento assume atualmente, em todo o mundo. Apesar de em Portugal o envelhecimento demográfico ter ocorrido mais tardiamente do que na generalidade dos países europeus, a intensidade da sua manifestação tem transformado este fenómeno numa prioridade social e política (Rosa, 2012).

Nesta ótica, de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2010), o envelhecimento deve ser entendido como uma parte natural do ciclo de vida, e uma oportunidade para viver de forma autónoma e independente durante o maior tempo possível. Perspetivar o envelhecimento individual desta forma implica (1) uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, (2) a formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, (3) uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e (4) um ajustamento do ambiente às fragilidades que acompanham, com mais ou menos frequência, a idade avançada (DGS, 2010).

Desta forma, procura-se que, dentro das suas limitações, as pessoas idosas mantenham um estilo de vida saudável, autónomo e fundamentalmente ativo/bem-sucedido. É certo que, com o decorrer dos tempos, se têm verificado alterações nas estruturas socioeconómicas e familiares da sociedade que dificultam a prestação de cuidados às gerações com idade mais avançada, pelo que cada vez mais se torna necessária uma reestruturação da organização social e das relações intergeracionais.

Tendo em consideração as necessidades de apoio da população mais velha, as políticas sociais apresentam um papel primordial no nosso país, ao sustentar o desenvolvimento das principais respostas de apoio à velhice, especialmente através do chamado terceiro sector. É nesta dimensão que as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) adquirem particular relevância, não só pela prestação de cuidados à população mais velha, mas particularmente pelo respeito pelo bem-estar e individualidade da Pessoa Idosa (Fernandes, 1997). De acordo com o Instituto da Segurança Social (2014), este tipo de instituições é constituída por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o intuito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre as pessoas, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir com objetivos de apoio social.

Relativamente às respostas sociais dirigidas à população idosa, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ocupam no nosso país um papel central na prestação de cuidados e serviços a esta população. A ERPI, segundo a Carta Social (2014), consiste num estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, na qual são prestados inúmeros serviços, nomeadamente, alojamento permanente, alimentação, cuidados de higiene e conforto, cuidados médicos e de enfermagem, higiene e tratamento de roupas, apoio na administração de medicação, apoio na marcação de consultas, acompanhamento ao exterior, apoio psicossocial e atividades de animação, ocupação e convívio/ lazer.

A adequação do ambiente institucional às necessidades dos seus clientes é fundamental para que a Pessoa Idosa mantenha as suas capacidades durante o maior tempo possível. Uma vez que o meio condiciona as possibilidades de desejo, necessidade e realização do indivíduo assim como a sua qualidade de vida, o envelhecimento bem-sucedido (EBS) poderá ser promovido também com a facilitação do processo de adaptação do indivíduo ao seu ambiente (e.g., casa, comunidade, instituição) através de intervenções ambientais (Paúl, 2005a; 2005b). A este propósito, Baltes e Baltes propõem, em 1990, uma teoria sobre envelhecimento bem-sucedido, numa perspectiva psicológica, assente numa estratégia prototípica – a optimização seletiva com compensação. Trata-se de um processo dinâmico de equilíbrio entre ganhos e perdas, envolvendo três processos - a seleção, a optimização e a compensação - que permite ao indivíduo gerir o balanço de ganhos e perdas (tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade) e assim maximizar o atingimento das metas definidas num contexto de inevitável redução de recursos/capacidades.

Neste sentido, a intervenção gerontológica deverá centrar-se quer na Pessoa, quer no meio ambiente em que esta está inserida (Paúl, 2005a; Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

Com o intuito de promover a capacidade das ERPIs para se constituírem como uma resposta social de acolhimento efetivo, será importante compreender este contexto ambiental, sob o ponto de vista físico, organizativo, e social, envolvendo a análise das características dos recursos humanos e dos próprios residentes.

A investigação sobre o acolhimento das pessoas mais velhas em ERPI mostra que, por um lado, o acolhimento institucional pode ser uma boa alternativa em situações

específicas como falta de habitação, agravamento do estado de dependência da Pessoa Idosa, isolamento social, ou quando é a própria pessoa a procurar um local no qual possa encontrar atenção, conforto e o apoio necessário para as suas necessidades básicas. No entanto, o acolhimento institucional pode ser encarado de forma negativa, quando as pessoas deixam as suas casas contra a sua vontade e/ou quando este acolhimento implica um afastamento significativo do convívio social e familiar (Cortelleti, Casara & Herédia, 2004; Born & Boechat, 2006; Carvalho & Dias, 2011).

Independentemente da razão e contexto social do acolhimento em ERPI, este processo de transição irá obrigar a Pessoa Idosa a adaptar-se a um conjunto de situações novas, como por exemplo, novos espaços, novas rotinas, pessoas que não conhecia e com quem vai ter de partilhar a sua vida (Born & Boechat, 2006). Neste sentido, é fundamental que as ERPIs sejam capazes de desenvolver e implementar ações/atividades/programas dirigidas à facilitação do processo de transição/adaptação, à manutenção da autonomia das Pessoas Idosas e à adaptação aos constrangimentos inerentes ao processo de envelhecimento. Deste modo, o desafio que se coloca às respostas sociais incide em saber adaptar-se a uma ideia de aumento da longevidade com manutenção da qualidade de vida e, para além disso ser também capaz de se adaptar a novas gerações de pessoas idosas com necessidades distintas.

Os modelos da Gerontologia Ambiental poderão ser especialmente úteis na análise da associação entre as características das pessoas idosas e do Ambiente em ERPI. Lawton foi um dos primeiros a direcionar o interesse para a interação pessoa-ambiente no processo de envelhecimento, desenvolvendo o Modelo Ecológico da Pressão-Competência (Lawton & Nahemow, 1973), que procura explicar a harmonia e/ou discrepância entre a competência pessoal (máximo de capacidade de um indivíduo) e a as exigências do meio/pressão ambiental (Lawton, 1975; 1989). Os modelos que se seguiram, como o Modelo de Congruência/Complementaridade (Carp & Carp, 1984), o Modelo de Efeitos Diretos e Indiretos do Ambiente (Carp, 1987), o Modelo da Ecologia Social (Moss & Lemke, 1984) e o Modelo Ecológico Comportamental (Fernández-Ballesteros, 1998) procuraram aprofundar e operacionalizar a interação entre variáveis pessoais e ambientais, assim como analisar mecanismos de adaptação indivíduo-meio. A partir destes modelos foram desenvolvidas metodologias de avaliação capazes de articular informação da Pessoa e do ambiente. A avaliação compreensiva da Pessoa Idosa

envolve um mapeamento de várias dimensões do seu funcionamento individual através nomeadamente da Avaliação Gerontológica Multidimensional. De acordo com uma perspetiva biopsicossocial, a avaliação da Pessoa Idosa deverá focar-se no estado físico, função cognitiva, estado nutricional, estado funcional, polimedicação, recursos económicos e recursos sociais devendo idealmente ser desenvolvida numa perspetiva multidisciplinar e interdisciplinar, identificando áreas nas quais a pessoa apresenta bons recursos pessoais e áreas nas quais necessita de ajuda (Rodrigues, 2007). Por sua vez, a avaliação da qualidade do contexto ambiental deverá centrar-se na interação entre a pessoa e o ambiente. Esta avaliação do contexto ambiental irá permitir compreender qual a ligação existente entre as necessidades e capacidades dos residentes e as características do ambiente (Sousa, 2013).

No sentido de promover o EBS dos indivíduos e a capacidade dos contextos para acolher e integrar as pessoas mais velhas, será necessário que a pressão ambiental se ajuste às capacidades do indivíduo e que consiga compensar, de forma adequada, as suas dificuldades. Só assim, o contexto ambiental conseguirá ser simultaneamente estimulante e compensador. Neste contexto, o estudo apresentado nesta dissertação procura desenvolver uma análise articulada entre o perfil de funcionamento de um grupo de residentes de uma ERPI, avaliados com um protocolo de avaliação multidimensional e as características físicas, organizativas e sociais deste contexto de vida. Considera-se, que aliar as características da ERPI às características dos residentes poderá constituir uma plataforma de melhoria ambiental deste contexto, no sentido de o capacitar para melhor responder às necessidades de estimulação e compensação dos residentes.

Esta dissertação inicia com o enquadramento teórico dos conceitos e modelos mais relevantes para o presente estudo, nomeadamente o âmbito da Gerontologia Social, o processo de desenvolvimento/envelhecimento humano e os modelos associados ao EBS. Prossegue com o aprofundamento da análise da questão da interação pessoa-ambiente, com ênfase no acolhimento institucional em ERPI e na avaliação gerontológica multidimensional, apresentando uma revisão da investigação neste domínio. O segundo capítulo, referente ao método, consiste na apresentação do estudo empírico, descrevendo a forma como o estudo foi desenhado e implementado, a seleção/abordagem aos participantes do estudo, os instrumentos de recolha de dados,

os procedimentos de recolha de dados e a os procedimentos de análise de dados. No terceiro capítulo serão apresentados os resultados deste estudo relativamente ao perfil dos residentes e às características da ERPI. Por fim, será apresentada a discussão de resultados e conclusões deste estudo, procurando destacar os principais contributos para a investigação e intervenção no domínio.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1. Gerontologia Social e Envelhecimento Humano

O atual cenário de transição demográfica das sociedades contemporâneas é caracterizado por um progressivo envelhecimento da população que despoletou o desenvolvimento da Gerontologia, uma área científica que estuda o processo de envelhecimento e a velhice (fase mais avançada da vida). Proposta por Eli Metchnikoff em 1903, a Gerontologia constitui-se como um campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais (Neri, 2008). Caracteriza-se pelo estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspectos de envelhecimento normal e patológico (Almeida et al., 2012). Foi reconhecida como ciência em 1945, com a criação da *Gerontological Society of America* (GSA) em New York, começando a ganhar maior destaque na década de oitenta (Paúl, 2012).

Atualmente, a Gerontologia, já com alguns anos de existência, foca-se em novos objetivos, como 1) desenvolver a investigação e fortalecer a teoria, 2) construir e testar modelos explicativos, 3) conciliar os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento, 4) conciliar os conceitos de idade e tempo, 5) vencer os preconceitos dos próprios investigadores, 6) descrever diferenças intra e interindividuais do envelhecimento e 7) integrar a velhice no curso de vida (Neri, 2008).

Com o desenvolvimento da Gerontologia surgiram novos ramos de estudo, como é o caso da Gerontologia Social que partilha os mesmos objetos de estudo que a Gerontologia, com um foco mais no estudo do impacto das condições socioculturais no processo de envelhecimento.

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 do processo de envelhecimento e da velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento aplicando uma abordagem multidisciplinar ao estudo do envelhecimento nos seus aspectos biopsicossociais (Fernández-Ballesteros, 2004). Esta disciplina investiga, por um lado, as mudanças que ocorrem com a idade nos diferentes sistemas biológicos do organismo, a mudança e/ou estabilidade que ocorre com o passar do tempo nas funções psicológicas

(e.g., atenção, memória, percepção e aprendizagem) e, por outro lado, as mudanças ao nível social (e.g., papéis sociais e estrutura social) associadas ao ciclo de vida, com destaque nas fases mais avançadas (Fernández-Ballesteros, 2004).

Para além do desenvolvimento do campo científico da Gerontologia, o estudo e preocupação com o envelhecimento tem vindo a ganhar uma crescente relevância nas sociedades contemporâneas e em vários outros campos científicos, devido às transformações demográficas e sociais em todo o mundo. O envelhecimento da população constitui aliás, um dos principais motores da mudança social, ganhando mais força com a vontade de remodelar a natureza das sociedades. Assim, uma preocupação crescente no século XXI é o grande aumento do número de pessoas idosas nos países em desenvolvimento, levantando, ao mesmo tempo, questões relativas ao bem-estar das populações (Rosa, 2012).

De acordo com Baltes, Lindenberger e Staudinger (2006), o envelhecimento é um processo complexo que ocorre desde a concepção até à morte, no qual o organismo humano tem um período de crescimento rápido e de estabilidade e vai perdendo em eficiência biológica, à medida que o tempo passa.

À semelhança do que acontece noutros momentos da vida, o envelhecimento enquanto processo, integra fases de mudança e de continuidade/estabilidade (Baltes, 1997), sendo os acontecimentos de vida centrais em todo este processo de envelhecimento devido aos desafios, exigências e potencialidades que colocam ao indivíduo (Baltes et al., 2006).

Relativamente ao conceito de envelhecimento, Rosa (2012) distingue duas componentes: (1) envelhecimento coletivo e (2) envelhecimento individual. De acordo com a autora, o envelhecimento coletivo divide-se em dois conceitos: envelhecimento demográfico e envelhecimento societal. O envelhecimento demográfico refere-se aos movimentos etários da população e o envelhecimento societal, às mudanças sociais associadas a estes movimentos. O envelhecimento individual envolve também duas componentes: envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico refere-se à idade, como um processo universal, progressivo e inevitável, que faz parte do processo de desenvolvimento do ser humano. O envelhecimento biopsicológico, diz respeito ao processo mais idiossincrático de envelhecimento, considerando as várias

dimensões do funcionamento humano, cujo processo de envelhecimento não é necessariamente determinado pela idade cronológica.

As várias componentes do conceito envelhecimento são desenvolvidas abaixo.

1.1. Envelhecimento Populacional, Políticas Sociais e Respostas de Retaguarda à Velhice

O envelhecimento coletivo ou populacional diz respeito à dimensão social do envelhecimento num determinado território. Este conceito integra duas dimensões: 1) envelhecimento demográfico e 2) envelhecimento societal ou da sociedade (Rosa, 2012).

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012) define envelhecimento demográfico como uma transição demográfica, na qual se observa um decréscimo acentuado da fecundidade e mortalidade, levando à redução de efetivos populacionais jovens (estreitamento da base da pirâmide de idades) e o acréscimo de efetivos populacionais idosos (alargamento do topo). Segundo a mesma fonte verifica-se, com o avanço da idade, um número acrescido relativo de população feminina, no grupo etário dos 65 anos ou mais, sendo determinado pelo aumento da esperança média de vida à nascença que o género feminino apresenta.

O envelhecimento demográfico resultará de acordo com Rosa (2012) da combinação de quatro fatores, nomeadamente, diminuição da taxa de natalidade (acompanhada pelo adiamento do projeto de maternidade), diminuição da taxa de mortalidade (consequência da melhoria das condições gerais de saúde), aumento da longevidade e redução da natalidade (Paúl & Ribeiro, 2012). No mundo ocidental nunca existiram tantas pessoas a atingir idades tão elevadas, pois para além do aumento de indivíduos com 65 anos, regista-se também um aumento de indivíduos com 80 e mais anos (Rosa & Chitas, 2013). Rosa (2012) analisa os resultados da Organização Mundial de Saúde para o futuro do nosso país e estima que, em 2050, haverá cerca de 400 milhões de idosos com mais de 80 anos, face aos 14 milhões que havia em meados do século XX. Estimativas do INE (2012) prevêem que a população portuguesa deverá continuar a envelhecer e poderá fazê-lo de maneira particularmente intensa.

O envelhecimento societal, uma outra componente do envelhecimento populacional, parece resultar do envelhecimento demográfico (Rosa, 2012) e diz respeito à forma como as sociedades se adaptam ao envelhecimento demográfico. Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard e Davidson (2004) e Rowland (2009) prevêem que uma Europa envelhecida trará desafios para

os sistemas de segurança social e saúde, podendo assim afetar os ganhos da produtividade, colocando em causa a competitividade e o crescimento económico. Este fenómeno, poderá ainda, de acordo com os autores causar tensões entre gerações, principalmente entre quem contribui e quem recebe as contribuições públicas, colocando em causa a sustentabilidade do sistema de solidariedade social, podendo assim, diminuir a coesão social, também agravada pelo desemprego e emigração.

No contexto das transformações sociais desencadeadas pelo envelhecimento populacional, foi crescendo a preocupação com o fenómeno do envelhecimento e com as pessoas mais velhas. Esta preocupação motivou o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde que visam a proteção das pessoas mais velhas e a promoção da sua qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi pioneira no desenvolvimento destas políticas, partindo da assunção de que o aumento da idade estava também associado ao aumento de fragilidade, do risco de doenças crónicas (a nível físico e mental), aos níveis de dependência e ao aumento da pressão sobre os sistemas de saúde, de apoio social e das famílias (Rosa, 2012). Neste contexto, desenvolveu medidas políticas de Envelhecimento Ativo e de apoio à fragilidade associada ao envelhecimento, na tentativa de manter as pessoas autónomas e saudáveis nos seus ambientes habituais durante o máximo de tempo possível, fomentando as relações sociais.

O envelhecimento ativo, inicialmente, estava mais direcionado para a produtividade e para o emprego nas fases mais avançadas de vida. No início da década de 90, a OMS (1990) propôs uma abordagem multidimensional, mas ainda mais dirigida para a saúde. Em 2005, a OMS, decidiu alargar o conceito acrescentando os aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais (OMS, 2005). O conceito de envelhecimento ativo passa a ser visto como um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança (três pilares básicos), no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Mais recentemente, com o objetivo de salientar a necessidade de consciencialização das pessoas idosas para o pleno exercício da cidadania ativa, a OMS (2015) acrescentou a aprendizagem ao longo da vida como o quarto pilar básico para o Envelhecimento Ativo. No que concerne à área da saúde, sendo uma área com grande especialização, a principal finalidade é a realização de diagnósticos médicos e a consciencialização da pessoa. A área da segurança consiste em assegurar a proteção e a dignidade da pessoa mais velha, através de necessidades e direitos da segurança económica, física e social das pessoas mais velhas. Por

sua vez, a área da participação centra-se na criação de oportunidades de aprendizagem ao longo da vida e na participação ativa na comunidade. Por fim, a aprendizagem ao longo da vida, sendo o pilar que sustenta todos os outros pilares do envelhecimento ativo, permite a participação ativa na sociedade, promovendo uma maior autonomia e solidariedade entre as gerações.

No entanto, as mudanças registadas na sociedade nos últimos anos, nomeadamente o aumento da esperança média de vida, a entrada de um maior número de mulheres no mercado de trabalho, as alterações nas estruturas familiares e comunitárias, entre outros fatores, contribuíram também para políticas sociais de retaguarda/proteção das pessoas mais velhas que não têm possibilidade de se manter a viver em sua casa até ao fim da vida. Esta necessidade social, motivou o investimento em respostas sociais de acolhimento residencial – as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Esta tendência foi acompanhada também da preocupação em avaliar a qualidade destas respostas sociais, assim como os efeitos do acolhimento institucional no bem-estar e na satisfação com a vida das pessoas mais velhas (Paúl, 2005a).

1.1.1. O Acolhimento de Pessoas Idosas em ERPI

Particularmente no caso português, as políticas sociais associadas ao acolhimento residencial para pessoas idosas têm-se centrado essencialmente na criação de instituições de apoio à velhice, nomeadamente as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que visam a integração das pessoas idosas na comunidade e a prevenção da dependência (Fernandes, 1997). De acordo com Instituto da Segurança Social (2014), este tipo de instituições é constituído, em grande parte, por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o intuito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre as pessoas, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir com objetivos de apoio social.

Das várias respostas sociais de apoio à população idosa, centramos este estudo na análise das ERPIs, pois estas assumem um papel nuclear na prestação de cuidados e serviços a esta população. No entanto, a posição dos investigadores face ao acolhimento institucional não é consensual. A título de exemplo, Pimentel (2005) refere que para algumas pessoas mais velhas a integração em ERPI é entendida como um sinónimo de melhoria das condições

de vida bem como da sua estabilidade emocional. No entanto, Medeiros (2012) considera que alguns estudos demonstram visões negativas (e.g., baixa auto-estima, declínio funcional) sobre a questão do acolhimento institucional.

O *Lar para Idosos* foi definido pelo Estado Português através do Despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro como uma resposta social que se assume como mais do que um alojamento e prestação de serviço, sendo um estabelecimento onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, da utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando do convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. No entanto, com o decorrer dos anos, a ERPI passou a ter uma visão mais ampla. De acordo com a Portaria nº67/2012, de 21 de Março, publicada no Diário da República nº58, I Série, a ERPI foi definida como um estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem (Portaria nº67/2012; Carta Social, 2014). As ERPIs, para além de prestarem um conjunto de atividades e serviços, como sendo a alimentação, cuidados de higiene pessoal, tratamento de roupa, higiene dos espaços, atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais, apoio no desempenho das atividades da vida diária, cuidados de enfermagem e administração de fármacos (Portaria nº67/2012) procuram também assegurar um ambiente ajustado ao indivíduo, no qual se prestam cuidados gerontológicos, como por exemplo: a) desenvolvimento de planos que visam a promoção e a manutenção da saúde e bem-estar subjetivo e/ou psicológico, b) aperfeiçoamento de cuidados em conjunto com equipas de cuidadores formais (e.g., educadores sociais, psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares de ação educativa), que tenham em consideração a Pessoa Idosa e a sua história de vida e c) promoção de modelos de cuidados que sejam mais convenientes à readaptação e autonomia da Pessoa Idosa (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

De uma forma geral, pode então considerar-se que existem dois tipos de apoio prestados pelas instituições para pessoas idosas: (1) o apoio instrumental, que consiste no apoio formal necessário nos casos de diminuição das capacidades funcionais, que levam a fragilidades ao nível da independência e da autonomia e (2) o apoio psicossocial, que está relacionado com a promoção de cuidados que promovam a satisfação com vida e o bem-estar psicológico (Paúl, 1997).

De acordo com o INE (2002) residem em ERPI cerca de 51 017 pessoas o que representa apenas cerca de 3% da população portuguesa total com 65 ou mais anos. Deste grupo de pessoas, os resultados demonstram que a maioria é do sexo feminino (69%) e tem mais de 75 anos de idade (85%). Verifica-se também que de todos os clientes dos serviços de retaguarda à velhice reconhecidos pela Segurança Social, a ERPI presta serviços apenas a 20% (Jacob, 2001).

De acordo com Almeida (2008), estes valores podem ser mais compreensíveis se tomarmos em consideração que um conjunto de fatores, como o aumento gradual do número de pessoas idosas e as alterações nas estruturas dinâmicas e das famílias desde a Revolução Industrial (e.g., famílias serem menos numerosas e a entrada das mulheres no mercado de trabalho) e também o incentivo da sociedade à competição e ao consumismo. Se antigamente a responsabilidade de cuidar das pessoas mais velhas era principalmente da família (Sousa, Patrão & Vicente, 2012), com as alterações verificadas a nível social, algumas famílias viram-se obrigadas a transferir a responsabilidade do cuidar para o Estado. No entanto, em quase todos os casos, quando a opção é o acolhimento institucional, a família procura um ambiente que possa ser melhor do que aquele no qual a Pessoa Idosa está a residir. Para além desta preocupação, a literatura demonstra que os familiares consideram que o acolhimento institucional poderá oferecer, para além da estrutura física, cuidados realizados por profissionais, atendimento às necessidades básicas bem como a possibilidade de convívio social entre as pessoas mais velhas e outros grupos etários (Perlini, Leite & Furini, 2007).

De acordo com a investigação, nem sempre são as famílias que tomam a decisão de integração institucional, muitas vezes a opção de residir numa ERPI parte do próprio idoso, ou seja, do desejo da pessoa em procurar um espaço no qual encontre atenção, conforto e, principalmente, o apoio necessário para as suas necessidades básicas (Perlini et al., 2007). De entre os motivos que levam os mais velhos a optar pelo acolhimento institucional destaca-se o isolamento, provocado pela falta de uma rede social que garanta o apoio necessário nos cuidados primários e/ou secundários (Pimentel, 2005; Martins, 2006; Correia, 2009), a solidão devido à morte do cônjuge e à diminuição da rede de suporte informal, com o aumento da idade (Martins, 2006; Correia, 2009), a situação económica (Perlini et al., 2007), a diminuição da capacidade funcional, a idade avançada, o diagnóstico de patologia incapacitante ou não, a demência (ligeira ou severa), o estado civil e a situação mental

(distúrbio psicológico e emocional) (Martins, 2006) e a (in)satisfação das necessidades básicas e de saúde.

Medeiros (2012) refere que alguns investigadores recomendam o acolhimento institucional para pessoas idosas que possuem grande dependência ou incapacidade de recuperação, que residem sozinhas e não têm família. Também Paúl (1991) verifica que as pessoas idosas sem retaguarda familiar (e.g., filhos) representam uma população de maior risco de acolhimento institucional.

O processo de acolhimento institucional da Pessoa Idosa é, sem dúvida, um fator de stresse que origina elevadas alterações a nível psicossocial, mesmo que o ambiente tente ajustar-se o mais possível às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas (Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998). De facto, independentemente do ambiente institucional, a entrada numa instituição é sempre vivida como um momento emocionalmente difícil para a Pessoa Idosa interferindo com o seu sentimento de segurança básica. Ou seja, por mais qualidade que a instituição possua, irá sempre existir uma quebra com o que contexto de vida passado da pessoa, levando ao afastamento do convívio social e familiar (Cordeiro, 1982). Neste sentido, a Pessoa Idosa será obrigada a adaptar-se a um conjunto de situações novas, como por exemplo, novos espaços, novas rotinas, pessoas que não conhece e com quem vai ter de partilhar a sua vida (Born & Boechat, 2006).

Segundo Macedo (2014) o nível de adaptação à ERPI pode estar relacionado com o envolvimento e a participação ativa e informada na tomada de decisão, na medida em que as pessoas idosas envolvidas ativamente revelam sentimentos positivos. Também Santos (2010) refere que, para se conseguir uma integração positiva da Pessoa Idosa, é fundamental ter em consideração as suas relações pessoais (e.g., restantes residentes e colaboradores). De salientar ainda a importância da interação com o exterior (e.g., família e amigos), fomentando relações de carinho e amor, evitando o isolamento social e consequentemente a solidão.

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) as pessoas idosas tendem a avaliar uma ERPI como “boa”, quando consideram que este espaço proporciona atividades de animação, saídas ao exterior (e.g., passeios, atividades de lazer na comunidade), uma boa alimentação, pessoas agradáveis e competentes, regularidade e permanência dos colaboradores, quarto individual, interação positiva entre residentes, conforto físico, disponibilização de serviços de apoio (e.g., fisioterapia, enfermagem), segurança e

dimensão. Carvalho e Dias (2011) salientam a importância da Pessoa Idosa participar e colaborar na decisão e planeamento do seu acolhimento institucional, pois o pleno conhecimento das medidas tomadas, bem como a relação da Pessoa Idosa com o espaço, contribuem para uma melhor aceitação e adaptação.

Para a adaptação positiva à ERPI, Perlini e colaboradores (2007) destacam o convívio social com outras pessoas (e.g., residentes, colaboradores, residentes de outras instituições), permitindo uma valorização da auto-estima bem como a minimização do sentimento de solidão. Segundo os mesmos autores, as ERPIs devem permitir que os familiares e a Pessoa Idosa desfrutem de momentos juntos (e.g., fins de semana, datas comemorativas e outras ocasiões especiais), pois esta ligação família-idoso irá contribuir para a manutenção dos laços afetivos e da responsabilidade e compromisso entre os familiares. Ou seja, é importante criar condições que permitam promover, incentivar e preservar as relações familiares. Também Carneiro (2012) entende que as visitas realizadas à Pessoa Idosa são uma forma privilegiada de manter a interação familiar, reduzindo o impacto do acolhimento institucional evitando a sensação de abandono que muitas pessoas idosas referem. Segundo Perlini e colaboradores (2007) as visitas favorecem a manutenção dos vínculos familiares e afetivos e a prestação de cuidados que permanecem sob a responsabilidade da família, como é o caso de afeto, atenção, carinho e mesmo os aspetos de ordem financeira. Por vezes, o acolhimento em ERPI poderá permitir a relação de questões que poderiam suscitar conflito familiar, decorrentes da convivência contínua que poderá constituir uma plataforma facilitadora da relação familiar (Perlini et al., 2007). Correia (2009) salienta o papel do convívio familiar em condições debilitantes e de dependência, reduzindo dessa forma, o isolamento. Deste modo, o acolhimento institucional pode ser também facilitado pelos familiares e uma vez que a transferência da carga stressante associada ao cuidado passa para a ERPI, a relação familiar poderá ficar mais centrada nos laços afetivos e ser caracterizada por mais qualidade de vida (Paúl, 1997).

As boas práticas de acolhimento em ERPI tentam que este espaço se assemelhe à casa da Pessoa Idosa (Rebelo, 2015). Neste sentido, é importante que a organização interna das ERPI consiga adaptar-se aos seus residentes, respondendo às suas necessidades e direitos, promovendo assim, o EBS. Neste sentido, entende-se que o acolhimento institucional poderá contribuir, positivamente, para o equilíbrio emocional e físico dos mais velhos (Rebelo, 2015).

Em suma, é importante atender aos múltiplos caminhos por meio dos quais as pessoas idosas estabelecem trocas dinâmicas com os contextos que habitam (Paúl & Ribeiro, 2012), tendo o cuidado de analisar estas possibilidades em função das necessidades e capacidades da Pessoa Idosa e das características do ambiente.

1.2. Envelhecimento individual e Envelhecimento Bem-Sucedido

O envelhecimento individual ocorre desde a concepção até à morte, sendo este um processo que faz parte do ser humano (Rosa, 2012; Baltes & Baltes, 1990). O envelhecimento cronológico refere-se exclusivamente ao aumento da idade, como um processo universal, progressivo e inevitável, fazendo parte do desenvolvimento do ser humano e todos o atravessam. Por outro lado, o envelhecimento biopsicológico é um reflexo do envelhecimento cronológico, mas menos linear, não é definido através de uma idade, visto que todos os indivíduos envelhecem de forma singular, vivendo cada indivíduo de maneira diferente. Hoje em dia, a duplicidade de perspectivas relativamente à velhice continua a observar-se. A visão negativa mais associada à velhice e à morte, por ser uma fase na qual começam a ser mais visíveis os sinais de deterioração física, contrasta com a visão positiva da velhice, mais associada à longevidade, ou seja, chegar a idades mais avançadas.

1.2.1. Contributos da perspetiva *Lifespan* para o envelhecimento humano

De entre as várias perspetivas teóricas que têm sustentado o estudo do envelhecimento humano, destaca-se a perspetiva *Lifespan*, no âmbito da Psicologia e da Gerontologia Social. Sumariamente a perspetiva *Lifespan* ou Perspetiva Desenvolvimental do Ciclo de Vida, de Baltes e Baltes (1990) preconiza que o desenvolvimento humano é um processo inevitável de ganhos e perdas, que ocorrem desde a concepção até à morte, numa relação dinâmica entre o indivíduo e o contexto, envolvendo ganhos e perdas desenvolvimentais. Baltes (1997) defende que o potencial para a mudança desenvolvimental está presente ao longo de todo o ciclo de vida de forma multidirecional, multidimensional e multicausal.

A perspectiva *Lifespan* assenta num modelo multidisciplinar que aborda o desenvolvimento humano como premissa central às mudanças verificadas nas pessoas ao longo das suas vidas, assente em quatro princípios fundamentais: 1) o desenvolvimento ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, 2) o desenvolvimento depende da história e do contexto, 3) o desenvolvimento é multidimensional e multidirecional e 4) o desenvolvimento é flexível ou plástico (Baltes, 1987, como citado em Baltes, 1997).

Os princípios do paradigma de desenvolvimento ao longo de todo o ciclo de vida (*Lifespan*) são de natureza pluralista, transacional, dinâmico e contextualista. Segundo Baltes (1987, como citado em Baltes, 1997) a perspectiva *Life span* compreende o desenvolvimento humano como algo que pode ocorrer em qualquer momento do ciclo vital dos indivíduos, caracterizando-se pela existência de múltiplos padrões de mudança (em termos de início, direção, duração e finalidade). Deste modo, o desenvolvimento torna-se multidirecional (diferenças interindividuais que tendem a aumentar com o passar dos anos num balanço entre o crescimento e declínio dos sistemas, tornando-se os indivíduos mais diferenciados) e multidimensional (refere-se a um plano contínuo que ao longo do desenvolvimento e funcionamento humano abarca dimensões do plano biológico, cognitivo, emocional, interpessoal) (Baltes, 1987, como citado em Baltes, 1997)

De acordo com Baltes (1997), analisando o envelhecimento numa perspectiva individual percebe-se que se trata de um processo biopsicossocial dinâmico, com ganhos e perdas ao longo de todo o ciclo de vida. Compreende uma sequência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo da idade, sendo elas normativas (associadas à idade e à história) e não normativas, aquelas que acontecem por influência de adendas biológicas e sociais (e.g., doença, acidente, viuvez, perda de emprego). Deste modo, Baltes, Reese e Lipsitt (1980) sugeriram o modelo trifatorial de influências: (1) influências normativas associadas à idade que se referem a fatores biológicos e ambientais que estão fortemente associados à idade cronológica, (2) influências normativas associadas à história referem-se a acontecimentos experimentados por uma dada cultura ou *coorte* num dado momento e (3) influências não normativas que se referem a acontecimentos que podem ser significativos na vida de um indivíduo, o que não significa que tenha de ser experimentado pelos outros. Este tipo de influências não ocorre em todos os indivíduos em simultâneo ou da mesma forma, dependendo do momento do ciclo de vida em que é vivenciado, da mudança provocada em termos de papéis sociais, da eficácia funcional e do sentido de

identidade e da ocorrência isolada de um só acontecimento versus ocorrência simultânea de vários acontecimentos, de acordo ou não com os limites de plasticidade da pessoa (Baltes, 1987, como citado em Baltes, 1997). Tem particular importância a partir da entrada na vida adulta, sendo que acentua os seus efeitos e determina trajetórias desenvolvimentais à medida que se aproxima a velhice (Baltes et al., 1980). Isto porque a arquitetura biocultural da velhice demonstra 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 (Baltes, 2004) evidenciando que, apesar da capacidade de plasticidade humana, o envelhecimento saudável e bem-sucedido tem os seus limites. Isto é, a arquitetura humana ainda é incompleta (Fonseca, 2005b).

Sumariamente, pode afirmar-se que o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo de toda o ciclo de vida, e que é marcado por ganhos e perdas, numa dinâmica multidimensional e multidirecional, que encontra limites nos mecanismos de compensação (Baltes & Baltes, 1990).

1.2.2. Modelos de Envelhecimento Bem-Sucedido

Ao longo das últimas décadas, a literatura sobre o processo de envelhecimento debruçou-se sobre alguns conceitos de envelhecimento tais como: “envelhecimento ativo”, “envelhecimento saudável”, “qualidade de vida”, “bem-estar”, “envelhecimento positivo”, “envelhecimento bem-sucedido”, existindo alguma confusão entre os mesmos, no que diz respeito à sua definição. O envelhecimento ativo, como analisado anteriormente, é uma política desenvolvida pela OMS, que visa a promoção de oportunidades de saúde, participação e segurança das pessoas mais velhas. Já o Envelhecimento Bem Sucedido (EBS) diz respeito a um conceito desenvolvido por vários modelos teóricos do desenvolvimento humano, sendo possível identificar três períodos históricos na sua evolução. Até ao final de 1970, quando a investigação sobre o envelhecimento estava focada nas mudanças biomédicas, psicológicas e sociais entre grupos de idades com muito poucas referências aos modos de envelhecer, consideravam-se duas abordagens teóricas, a teoria do desinvestimento e a teoria da atividade. Na década de 80, emerge o conceito de envelhecimento bem-sucedido (EBS), surgindo várias definições, preditores e modelos

teóricos acerca deste novo conceito. Nos anos 90, encontram-se amplos estudos sobre o envelhecimento saudável e bem-sucedido que reúnem evidências sobre definições mais fiáveis, preditores e modelos de EBS (Fernández-Ballesteros, 2009).

Numa das conceptualizações iniciais, Baltes e Carstensen (1996) referem que o EBS incorpora dois processos relacionados entre si, nomeadamente (1) a capacidade geral de adaptação às perdas que ocorrem normalmente na velhice através de uma procura individual de resultados e objetivos significativos para o mesmo e (2) a adoção de determinados estilos de vida, que proporcionem a manutenção da integridade física e mental até à última fase da vida. No entender de Fernández-Ballesteros (2009), o EBS é visto como um conceito multidomínio e multinível, e por isso, não pode ser reduzido a qualquer um dos seus componentes (e.g., saúde, competência física, bem-estar).

Numa perspetiva desenvolvimental de ciclo de vida, alguns autores definem EBS considerando uma abordagem intuitiva ao processo de envelhecer bem. Por exemplo, Williams e Wirths (1965, como citado em Fernández-Ballesteros, 2009) afirmaram que o EBS significa satisfação com a vida, envolvimento social, sentir-se bem consigo mesmo e sentimentos concordantes com os valores e crenças pessoais, considerando o EBS como o processo adaptativo de desenvolvimento de capacidades para resolver dificuldades e minimizar os efeitos dos défices. Paltrow (1979, como citado em Fernández-Ballesteros, 2009) definiu o EBS como o processo de maximização da longevidade, saúde, e satisfação com a vida. Neste seguimento, Ryff (1989, como citado em Fernández-Ballesteros, 2009) na tentativa de encontrar uma integração da definição de EBS estabeleceu seis critérios necessários para um EBS: 1) aceitação de si mesmo, 2) relacionamentos positivos com os outros, 3) autonomia, 4) controlo do ambiente, 5) ter um objetivo de vida e 6) crescimento pessoal. Num estudo denominado “Aging Well” apoiado pela União Europeia, estimou-se a contribuição direta causal de cinco componentes chave para envelhecer bem, nomeadamente saúde física e funcionamento, eficácia mental, atividade de vida, segurança material e suporte social (Fernández-Ballesteros, 2009). De acordo com Lazarus (1998, como citado em Fonseca, 2005a), a pessoa que envelhece de forma bem-sucedida deve ser considerada como um agente ativo complexo (constituído por sistemas dimensionais biológico e psicológico múltiplos) que interage com multiníveis ambientais (e.g., família, comunidade, sociedade). Mais propriamente, o EBS está dependente de atitudes e de

processos de *coping* que permitem à Pessoa Idosa manter-se independente, produtiva e socialmente ativa pelo máximo de tempo possível.

Por sua vez, Baltes e Baltes (1990) apresentaram um conjunto de orientações para a intervenção em prol da promoção do EBS. Numa primeira orientação, os autores partem da constatação de diferentes formas de envelhecer (envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido) e defendem que é importante preservar um estilo de vida saudável com o intuito de prevenir patologias inerentes ao próprio envelhecimento. Dada a grande heterogeneidade das pessoas mais velhas e os diferentes perfis de envelhecimento, (variabilidade intra e inter-pessoal), os autores recomendam que perante os problemas associados ao envelhecimento, se evitem soluções simplistas e se encoraje a flexibilidade individual e coletiva. Um outro aspeto importante é o reforço das capacidades de reserva (neuronal, comportamental e societal) através da participação em atividades educacionais, motivacionais e atividades ligadas à saúde. No entanto, deverá ter-se em conta que existem limites na plasticidade humana, na capacidade de adaptação e, conseqüentemente, na possibilidade de mudança positiva em idades muito avançadas, isto é, com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas é menos positivo (os ganhos não conseguem compensar as perdas). Assim, os autores recomendam que as pessoas idosas devem optar por ambientes amigáveis para a implementação de estilos de vida que sejam apropriados à idade e, considerando que o *self* se mantém resiliente na velhice, é ainda necessário recorrer a estratégias que facilitem e promovam a gestão do quotidiano, com base num ajustamento à realidade, mas que não implique a perda de identidade. De acordo com os autores, a tecnologia e a prática baseada na evidência científica podem constituir as estratégias mais válidas e com maior potencial de compensar o eventual declínio. Tendo em conta estas recomendações, Baltes e Baltes (1990) propõem uma abordagem mais ampla aos critérios de EBS, contemplando aspetos como a duração da vida, saúde biológica, saúde mental, eficácia cognitiva, competência e produtividade social, controlo pessoal e satisfação com a vida. Para além disso, os mesmos autores introduziram uma das mais extensivas teorias para o EBS quando conceptualizaram este conceito a partir de um meta-modelo que considera três mecanismos de regulação do processo de envelhecimento adaptativo - o Modelo da Otimização Seletiva com Compensação (Modelo SOC). Deste modo, assumindo que o desenvolvimento é um processo contínuo, multidimensional e multidirecional, que está sujeito a uma série de mudanças, interações e influências, para que o desenvolvimento

e o envelhecimento sejam bem-sucedidos, é crucial ter a capacidade para selecionar metas, otimizar recursos e procurar compensações, quando os meios disponíveis para atingir as metas estiverem comprometidos (Baltes, 1997). Estes três mecanismos são usados ao longo do desenvolvimento humano em qualquer fase da vida, contudo é nas idades mais avançadas que mais se utiliza o mecanismo de compensação, através do recurso à cultura. A *compensação* envolve respostas funcionais no que concerne a perdas que possam comprometer a capacidade para atingir objetivos desenvolvimentais desejáveis. A *seleção* refere-se ao processo através do qual a Pessoa Idosa seleciona objetivos e resultados desejáveis para o desenvolvimento, ou seja, face às perdas e restrições impostas pelo envelhecimento, escolhe e centraliza a sua atenção e os seus recursos em experiências ou domínios que o vão satisfazer e transmitir sentimento de controlo pessoal. Baltes e Baltes (1990) distinguem dois tipos de seleção: a seleção eletiva, na qual o indivíduo assume o balanço exigido entre as suas necessidades e desejos com os recursos disponíveis, e a seleção baseada na perda, que é ativada quando as competências individuais estão a declinar ou são limitadas e as suas exigências ou preferências devem ser adaptadas a uma nova situação. A *otimização* envolve a aquisição, a aplicação e o aperfeiçoamento de meios e de recursos úteis para se atingirem níveis elevados de funcionamento e objetivos desenvolvimentais desejáveis, prevenindo a ocorrência de objetivos indesejáveis.

Para Baltes (1997) este modelo multidimensional retoma a ideia central inerente ao paradigma contextualista, ou seja, os indivíduos modelam e são agentes ativos do seu próprio desenvolvimento através de uma seleção de objetivos pessoais, da otimização do seu funcionamento individual na realização dos objetivos pessoais antecipadamente selecionados e da compensação de perdas desenvolvimentais por recurso a mecanismos compensatórios internos ou externos.

Para além do modelo de Baltes (1990), um outro modelo central de EBS é o de Rowe e Kahn (1987, 1998). Os autores apresentaram a distinção entre envelhecimento usual e EBS. De acordo com Kahn (2002), o envelhecimento usual refere-se, essencialmente, ao critério de ausência de doença. No entanto, Rowe e Kahn (1998) a partir do *MacArthur Study of Aging in America* apresentaram um modelo mais alargado de EBS composto por três condições essenciais, sendo elas: a) o baixo risco de doença ou incapacidade relacionada com a doença (referindo-se à ausência, presença ou severidade de fatores de risco), b) a elevada capacidade funcional física e cognitiva que se relaciona diretamente com a

potencialidade de desempenhar uma atividade e c) a participação ativa na vida, em termos das relações interpessoais e a atividade produtiva. Estas três dimensões constituem uma unidade funcional hierarquicamente organizada (Rowe & Kahn, 1998). Deste modo, a partir deste modelo, Rowe e Kahn (1987), salientam que o EBS dependerá dos comportamentos e escolhas individuais, podendo ser obtido através do esforço individual.

A este propósito, Paúl (2005b) refere que é necessário ter em consideração que o modelo de EBS de Rowe e Kahn assenta na ideia de que as pessoas idosas têm um papel decisivo na orientação da sua própria vida, uma vez que possuem capacidade para promover a sua saúde física e mental e manter um envolvimento ativo na vida.

Como crítica ao modelo proposto por Rowe e Kahn (1987, 1998), surge o modelo de Kahana e Kahana (1996, 2005) designado de Pró-atividade Preventiva e Corretiva, que se baseia na prevenção de fatores stressores e na correção de acontecimentos (Kahana & Kahana, 2003) constituindo um modelo integrador de EBS utilizando variáveis sociológicas e psicológicas (Kahana, King, Kahana, Menne, Webster, Dan, Kercher, Bohne & Lechner, 2005). Kahana e colaboradores (2005) apresentaram também críticas a este modelo, destacando que o mesmo não explica nem o processo, nem mesmo como se chega aos três indicadores de EBS. Este modelo especifica cinco condições essenciais para o EBS: os contextos históricos (e.g., temporal, história, biografia e espacial), os stressores antigos e recentes e as relações pessoa-ambiente, os recursos internos (e.g., esperança, altruísmo, auto-estima, satisfação com a vida e *coping*), os recursos externos (e.g., suporte social, financeiros, tecnologia disponível, serviços sociais e de saúde) e a capacidade de adaptação proativa, seja ela preventiva (e.g., promoção da saúde, planeamento, ajudar os outros) ou corretiva (e.g., substituição de papel, modificações ambientais). Deste modo, o modelo de Kahana e Kahana (2003) representa as relações complexas entre múltiplas dimensões de EBS (ambas interna e externa, históricas e concorrentes) agindo em diferentes direções, em múltiplos sistemas e distinguindo entre determinantes (variáveis independentes ou *explanans*) e resultados (variáveis dependentes ou *explanandum*) (Fernández-Ballesteros, 2008).

Em síntese, sendo o envelhecimento algo inevitável, envelhecer de forma bem-sucedida depende de um conjunto diversificado de fatores, quer individuais, quer contextuais. De facto, o ambiente pode assumir uma grande influência no modo como envelhecemos, pelo que consideramos pertinente analisar seguidamente a relação entre o envelhecimento e o ambiente.

1.3. Envelhecimento e Ambiente: interação pessoa-ambiente

De acordo com Paúl (2005a) ao longo dos últimos anos tem-se verificado diversas mudanças ambientais nos contextos de vida das pessoas, originando problemas no meio físico (problemas ambientais novos e complexos, ligados à poluição, à escassez de recursos energéticos essenciais) e no meio social (aspectos macrossociais que decorrem da globalização ou mudança nos ambientes mais próximos dos indivíduos). Este fenómeno pode levar as pessoas mais velhas a sentir alguma perda de identidade, pois já não se revêem naquele mesmo espaço que sempre conheceram (Paúl, 2005a).

Neste sentido, uma das áreas centrais de investigação e intervenção em Gerontologia diz respeito às condições do ambiente mais próximo, considerando tanto a casa das pessoas como as instituições de retaguarda à velhice. Surge assim uma crescente preocupação com a qualidade de vida da população idosa e com o seu ambiente de vida, procurando sobretudo adequar as características do ambiente às necessidades e capacidades das pessoas idosas. No âmbito da perspetiva ecológica, o conceito de ambiente é definido como um complexo de estimulação sócio-física e constitui um conjunto de fatores que devem ser considerados no momento de estabelecer a tipologia da experiência do envelhecimento (Fernández-Ballesteros & Rodríguez, 2004).

Neste contexto, falar de envelhecimento e ambiente torna-se um desafio que se coloca quer ao nível do indivíduo, em termos de resultados do processo de envelhecimento na ligação entre este e o meio, quer ao nível social, particularmente no que concerne a políticas e planeamento de serviços para os mais velhos.

A Gerontologia Social reconheceu o papel central do ambiente físico no processo de envelhecimento, tendo um ramo específico da Gerontologia que se debruça no estudo das questões ambientais – a Gerontologia Ambiental. De acordo com Batistoni (2014), a Gerontologia Ambiental é percebida como o campo dedicado à descrição, explicação, modificação ou otimização da relação entre as pessoas idosas e o meio onde estão inseridas. Já na perspetiva de Wahl e Oswald (2009) o foco da Gerontologia Ambiental é o desenvolvimento de um conhecimento aprofundado sobre as inter-relações entre as pessoas mais velhas e o seu ambiente físico-social. Paúl (2005b) considera que os desafios da Gerontologia Ambiental são essencialmente a compreensão de como os indivíduos em processo de envelhecimento geram as oportunidades e constrangimentos das suas

condições físico-ambientais, a análise das conexões existentes entre as dimensões objetivas e subjetivas dos indivíduos e do seu mundo e a avaliação do contributo da perspectiva pessoa-ambiente para a compreensão e resultados do envelhecimento. A mesma autora sugere ainda que é fundamental perceber em que medida o ambiente/contexto em que as pessoas mais velhas estão inseridas pode ser um interveniente favorável e/ou desfavorável no processo de envelhecimento, se terá efeitos diretos ou indiretos na sua autonomia e se é favorável ou desfavorável ao seu bem-estar.

A qualidade do ambiente onde o indivíduo está inserido pode inclusivamente refletir-se na sua saúde física e emocional, assim como na forma como a pessoa utiliza mecanismos de adaptação ao meio (Paúl, 1991). No caso das ERPIs o ambiente institucional deverá ser adaptado às necessidades da Pessoa Idosa, possibilitando-lhes exprimir livremente a sua personalidade, evitando possíveis sentimentos de solidão, opressão e valorizando as capacidades individuais de cada indivíduo de forma a evitar possíveis interações insatisfatórias e experiências frustrantes (Pinhel, 2001). Nesta linha, a compreensão do contexto ambiental das pessoas idosas a residirem numa ERPI é essencial para o estudo do comportamento dos mesmos, bem como para desenhar formas de intervenção mais adequadas que permitam potenciar a adaptação dos mais velhos e promovam o bem-estar dos mesmos.

Como principais modelos ambientais do envelhecimento destacam-se o Modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow (1973), os Modelos de Congruência Pessoa-Ambiente, nomeadamente o Modelo de Efeitos Diretos e Indiretos do Ambiente (Carp, 1987) e o Modelo de Congruência/Complementaridade de Carp e Carp (1984), o Modelo de Ecologia Social de Moos (1984) e o Modelo Ecológico Comportamental de Fernández-Ballesteros (1998) (Tabela 1).

1.3.1. Modelo de Pressão Competência de Lawton e Nahemow (1973)

Lawton e Nahemow (1973, como citado em Paúl, 2005a) baseados na equação de Lewin (1951) focam-se na interação da pessoa com o meio e propõem um modelo ecológico denominado Modelo de Pressão Competência. Este modelo procura explicar como a interação pessoa-ambiente pode potenciar ou condicionar a forma como se envelhece,

tendo por base os conceitos de competência pessoal e pressão ambiental (Lawton & Nahemow, 1973, como citado em Paúl, 2005a).

Tabela 1. Contribuições teóricas clássicas para a Gerontologia Ambiental por ordem cronológica.

Modelo Teórico	Autor (Ano)	Proposição Principal
Modelo Pressão-Competência	Lawton e Nahemow (1973)	O comportamento na velhice é uma função da competência pessoal em interação com a pressão ambiental.
Modelo de Congruência/ Complementaridade	Carp e Carp (1984)	Centra-se nas características dos indivíduos e do ambiente que facilitam ou impossibilitam a satisfação das necessidades básicas. O bem-estar na velhice é influenciado pela correspondência entre os recursos ambientais e as necessidades pessoais.
Modelo de Ecologia Social	Moos e Lemke (1984)	Ambientes sociais e físicos influenciam o comportamento individual e vice-versa, ou seja, aspetos físicos e arquitetónicos, características organizacionais, características dos residentes e do pessoal e as características de clima social articulam-se com os níveis de bem-estar e satisfação expressos pelas pessoas idosas.
Modelo Efeitos Diretos e Indiretos do Ambiente	Carp (1987)	Contempla o papel de uma série de variáveis mediadoras que descrevem as características específicas de cada pessoa como, o estatuto económico, o sentimento de competência, a condição de saúde, que irão influenciar a forma como as pessoas se adaptam a novos ambientes. Assim um ambiente que exerce pressão positiva e alta competência favorece a adaptação; um ambiente pobre e baixa competência dificultam a adaptação.
Modelo Ecológico Comportamental	Fernández-Ballesteros (1998)	Dá grande importância às condições ambientais e à sua interação com variáveis pessoais, considerando estas últimas na perspetiva do comportamento social. A principal variável introduzida em relação aos modelos anteriores é o conceito de tempo nas suas várias perceções: social, histórico e pessoal como fator que afeta e redefine o contexto e as suas condições pessoais.

A *competência pessoal* diz respeito aos traços da pessoa, ou seja, refere-se ao máximo da capacidade do indivíduo para funcionar, no domínio biológico, sensorial, perceptivo e cognitivo, aos quais o meio ambiente faz exigências. Relativamente à *pressão ambiental*, Lawton (1975, como citado em Paúl, 2005a) define-a como sendo o grau de exigência do ambiente sobre as capacidades sociais e físicas do indivíduo. Por um lado, se as exigências do meio forem superiores às competências do indivíduo poderá haver, como consequência, resultados negativos devido à sua dificuldade em responder (e.g., stresse). Por outro lado, se as exigências forem demasiado baixas face às capacidades do indivíduo, poderá resultar na perda de competência devido à não utilização das capacidades. Ou seja, ambientes que exercem muita pressão sobre a Pessoa Idosa, podem conduzir a sentimentos de incompetência, pelo que a tendência é desistir por sentir-se ameaçado. Por sua vez, ambientes que não exercem nenhuma pressão tornam o indivíduo desmotivado. Neste sentido, a qualidade da interação pessoa-ambiente só pode ser determinada em função do

grau de competência do indivíduo e da pressão exercida pelo meio, ou seja, aspetos que evidenciam a adaptação ambiental da Pessoa Idosa (Paúl, 2005a).

Este modelo foi reformulado por Lawton (1985, como citado em Paúl, 2005a) no sentido de reforçar o papel ativo do indivíduo, salientando as suas necessidades e preferências e procura de ambientes que reúnam condições para as satisfazer. O autor avançou com a hipótese da “docilidade ambiental” que realça o papel do ambiente na compensação das perdas inerentes ao envelhecimento, isto é, à medida que o nível de competência pessoal diminui, os fatores ambientais exercem maior influência no comportamento e na capacidade adaptativa (Hooyman & Kiyak, 2011).

Os aspectos que predizem a adaptação ambiental dos idosos são a sua competência individual e a pressão exercida pelo meio. De salientar que os traços da pessoa têm a ver com a competência (limite teórico máximo da capacidade do indivíduo para funcionar) nas áreas de saúde biológica, sensação-percepção, comportamento motor e cognição. As exigências excessivas do meio, em relação às competências, provocam resultados negativos e stress e as exigências inadequadas levam à perda de competências, por falta de uso (Paúl, 2005a). Segundo Paúl (2005a) o efeito de uma pressão ambiental de uma determinada magnitude nos resultados é maior na medida em que a competência pessoal diminui (Lawton, 1998 como citado em Paúl, 2005a), por outras palavras as pessoas menos competentes experimentam um maior grau de determinação ambiental do que as pessoas mais competentes.

Neste sentido, o ambiente pode exercer três tipos de funções, sendo elas a manutenção, a estimulação e o suporte. A *manutenção* refere-se ao papel de constância e previsibilidade que o ambiente deve assegurar (e.g., conferir identidade aos ambientes, preservar os significados cognitivos e afetivos do ambiente). A função *estimulação* refere-se à capacidade do ambiente para apresentar novas fontes de estímulo capazes de desencadear novos comportamentos. A função de *suporte* significa compensar a redução ou a perda de competências através, por exemplo, da eliminação de barreiras ou da disponibilização de mecanismos compensatórios (Batistoni, 2014).

Para Paúl (2005a) e Hooyman e Kiyak (2011) o desafio que se coloca é desenvolver um ambiente que compreenda as capacidades da Pessoa Idosa e que as estimule até ao limite máximo da competência pessoal.

Sabendo que as incapacidades impõem limites ao funcionamento autónomo das pessoas idosas e que o ambiente onde residem obriga por vezes à adopção de soluções menos desejáveis, como seja o acolhimento institucional, é importante que também este meio/contexto de vida se adeque às necessidades e capacidades da Pessoa Idosa. A este propósito, Groger (1995) defende que, para que os residentes de uma ERPI se sintam como na sua própria casa, é fundamental ter em conta três fatores: 1) antecipar circunstâncias adequadas ao tempo disponível para a mudança dos residentes, 2) dar a conhecer aos residentes os espaços da ERPI e 3) permitir uma continuidade ao ambiente da sua casa após a transição das pessoas idosas para a ERPI.

1.3.2. Modelos de Congruência Pessoa-Ambiente

Os Modelos de Congruência Pessoa-Ambiente consideram que, para que o indivíduo se sinta satisfeito face às suas condições de vida, é necessário existir congruência entre o que o indivíduo espera de si e as exigências que o meio lhe coloca (Paúl, 2005a).

As investigações de Moos e Lemke (1984, como citado em Paúl, 2005a) sugerem que a interação entre as variáveis pessoa-ambiente é preditiva dos resultados de envelhecimento, ou seja, quanto mais congruente for o ambiente, melhor é a qualidade de vida dos mais velhos.

Dos vários Modelos de Congruência Pessoa-Ambiente, Paúl (2005a) destaca o Modelo de Efeitos Diretos e Indiretos do Ambiente de Carp (1987) e o Modelo de Congruência/Complementaridade de Carp e Carp (1984) que serão seguidamente apresentados.

O Modelo de Efeitos Diretos e Indiretos do Ambiente proposto por Carp (1987, como citado em Paúl, 2005a) considera que o meio ambiente onde residem as pessoas idosas tem um efeito direto e/ou indireto no seu funcionamento, que se manifesta através da perceção da satisfação com o meio envolvente.

As variáveis do meio são aspetos do meio específico importantes para as características dos seus residentes, e as variáveis das pessoas são traços relevantes para o meio (e.g., competências, necessidades, traços de personalidade, estilo da vida passada e idade). O modelo sugere que uma maior competência, assim como um ambiente que exerce

pressão positiva favorece a adaptação, enquanto baixa competência e/ou ambiente pobre dificultam a adaptação (Paúl, 2005a).

Os outcomes deste modelo valorizam o nível de satisfação do indivíduo com o meio, podendo variar consoante as características interpessoais dos indivíduos (e.g., sentido de competência pessoal, forma de lidar com as situações e atitudes relativas à própria saúde), as situações extrínsecas (e.g., recursos/privações e apoios sociais) e os acontecimentos de vida recentes. Na opinião de Paúl (2005a) estes resultados referem-se às representações da satisfação do indivíduo com o ambiente e às diferenças individuais no comportamento, que podem ser a sobrevivência, a independência e o bem-estar.

O Modelo de Congruência/Complementaridade de Carp e Carp (1984, como citado em Paúl, 2005a) tem como base os pressupostos de Murray (1938) que consideram que o bem-estar depende da satisfação das necessidades pelo meio. Segundo estes pressupostos as necessidades individuais dividem-se em necessidade de ordem inferior ou de manutenção da vida e em necessidades individuais de ordem superior e dependem do carácter ou da importância atribuída pelo indivíduo (Murray, 1938, como citado em Paúl, 2005a). Relativamente às primeiras, o modelo refere-se às características dos indivíduos e do ambiente que facilitam ou impossibilitam a satisfação das necessidades básicas, através do desempenho adequado das AVD necessárias para a Pessoa Idosa manter uma vida independente. A congruência corresponde, portanto, ao grau de complementaridade verificado entre as competências do indivíduo e dos recursos/barreiras do meio relevantes para as AVD. Relativamente às segundas, o modelo refere-se às características do ambiente que facilitam ou impossibilitam a satisfação das necessidades. Aqui, o conceito de congruência diz respeito à semelhança entre a força das necessidades e a capacidade de resposta por parte do ambiente (recursos do ambiente; Paúl, 2005a).

1.3.3. Modelo de Ecologia Social de Moos (1984)

O Modelo de Ecologia Social proposto por Moos e Lemke (1984, como citado em Paúl, 2005a) atribui um papel relevante à influência do ambiente na adaptação das pessoas idosas enfatizando, por um lado, as características objetivas de um dado contexto e, por outro lado, os fatores pessoais (e.g., características sócio-demográficas, saúde funcionalidade e

interesses dos residentes), resultando num determinado clima social que desencadeia respostas de confronto, adaptação em termos de ajustamento, nível de atividade e utilização de serviços. Os ambientes residenciais do tipo ERPI diferenciam-se pelos seus aspectos físicos e arquitetónicos tais como a sua localização, espaço exterior ou condições ambientais do interior, pelos aspectos sociais e de política organizativa, bem como pelos seus residentes e colaboradores relacionando-se estes com os níveis de satisfação e bem-estar expressos pelas pessoas idosas. Esta diferenciação traduz-se em resultados do processo de envelhecimento, sendo eles mais ou menos favoráveis para os seus residentes (Paúl, 2005a), isto é, a percepção de bem-estar e satisfação depende quer das características da população residente quer das dimensões relacionadas com as características do ambiente (Fernández-Ballesteros & Rodríguez, 2004). Moos e Lemke (1984) criaram um instrumento denominado – *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (MEAP) – que permite avaliar essas mesmas dimensões, estabelecer padrões e conhecer diferentes perfis de ERPIs, através de escolhas de ERPI e/ou com diversos tipos e níveis de necessidades dos residentes (Paúl, 2005a).

De acordo com Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2004) o Modelo de Ecologia Social assume que a percepção de bem-estar e satisfação deriva quer de dimensões ambientais como também das características dos residentes.

1.3.4. Modelo Ecológico Comportamental de Fernández-Ballesteros (1998)

Com o intuito de incorporar outras variáveis pessoais e contextuais para o estudo da interação pessoa-ambiente, Fernández Ballesteros (1998), partiu do modelo de Moos e Lemke (1984) e, tendo em consideração os resultados obtidos com a aplicação do MEAP, propôs o Modelo Ecológico Comportamental. A principal variável introduzida faz referência ao tempo nas suas várias percepções: social, histórico e pessoal, como fator que afeta e redefine o contexto e as suas condições pessoais. Este modelo valoriza a existência de uma relação direta entre as condições de saúde e os níveis de desempenho comportamental (Duarte & Paúl, 2006).

Segundo Fernández-Ballesteros (2004) este modelo, atribui grande importância às condições ambientais e à interação com variáveis pessoais. Neste sentido, as condições ambientais devem ser observadas tendo em conta a trajetória de vida do indivíduo. Deste

modo, as condições ambientais podem ser afetadas, num determinado momento, pelo conjunto de comportamentos do indivíduo que foram apreendidos na transação e interação entre a pessoa e seu contexto de vida passado (Duarte & Paúl, 2006). O comportamento individual (e.g., saúde, bem-estar e o nível de satisfação) pode ser assim explicado em função da interação entre as condições pessoais e as circunstâncias contextuais e ambientais (e.g., características físicas e arquitetônicas, características organizativas e características sócio-demográficas).

Assim, globalmente, podemos inferir que os diversos modelos de Ecologia Ambiental do envelhecimento atribuem um papel fundamental ao contexto físico e humano na influência sobre os *outcomes* do envelhecimento humano, nomeadamente o bem-estar e a satisfação. Dito de outro modo, é a relação entre a Pessoa Idosa e o seu ambiente de vida, quer seja em casa ou em contexto institucional, que permite maximizar as hipóteses de envelhecimento ótimo ou bem-sucedido (Paúl, 2005a).

1.4. Avaliação em ERPI focada no Ambiente e na Pessoa Idosa

Com o aumento da população idosa e de responsabilidade social para a sua proteção, foi crescendo também a necessidade de garantir a qualidade das respostas sociais de retaguarda à velhice, e a correspondente avaliação dos contextos ambientais, quer do ponto de vista físico como ambiental, de modo a ter uma melhor perceção acerca da forma como estes influenciam as pessoas. Esta exigência é ainda mais pertinente em ERPI pelo tipo de serviços e cuidados prestados às pessoas idosas.

1.4.1. Avaliação das características ambientais em ERPI

Para Paúl (1997) o contexto físico e social em que os mais velhos estão inseridos, é importante na medida em que se torna relevante para a promoção de uma velhice bem-sucedida. Assim, sabendo que o acolhimento institucional da Pessoa Idosa não é a escolha mais favorável, é a opção necessária em muitas situações.

O estudo destes contextos ecológicos torna-se fulcral para que se possa pensar e optar pelo acolhimento institucional como uma resposta satisfatória (Duarte & Paúl, 2006). Neste

sentido, torna-se importante o estudo das ERPIs tendo em conta as oportunidades de desenvolvimento e adaptação que podem proporcionar às pessoas idosas para, posteriormente, ser realizada uma ponderação e uma opção relativa ao acolhimento institucional com o objetivo de dar resposta às necessidades verificadas (Duarte & Paúl, 2006).

A importância do ambiente na qualidade do processo de envelhecimento é um assunto abordado por alguns autores e instituições, especialmente do acolhimento institucional proporcionado às pessoas idosas. De salientar que o ambiente institucional deverá atender às solicitações e necessidades, de modo a atuar como processo facilitador do envelhecimento. Importa perceber que o ambiente e todas as variáveis construtivas do mesmo são determinantes e devem proporcionar ao indivíduo experiências para que se mantenha ativo nos mais variados níveis, retardando o processo de envelhecimento e consequentemente se alcance a qualidade de vida (Soczka, 2005; Carrus, Fornara & Bonnes, 2005).

Percebendo a importância que o ambiente pode assumir na vida de cada indivíduo, as conclusões decorrentes da II Assembleia das Nações Unidas sobre o envelhecimento alertam para a importância acrescida deste fator no grupo das pessoas idosas (OMS, 2002). Assim, o ambiente pode assumir-se como um fator otimizador ou inibidor no processo de envelhecimento, tanto na autonomia, como na indução de ambientes sociais favoráveis ou desfavoráveis ao bem-estar das pessoas idosas (Almeida, 2008).

Com o intuito de conhecer os contextos ambientais, tanto do ponto de vista físico como ambiental e para se compreender como estes influenciam o comportamento das pessoas idosas em acolhimento institucional, Fernández-Ballesteros (1998) desenvolveu o Sistema de Avaliação de Residências para Idosos (SERA, Fernández-Ballesteros, 1998; Duarte & Paúl, 2006). Desta forma, este instrumento de avaliação pretende averiguar a interação entre variáveis ambientais e pessoais no processo de adaptação dos idosos ao meio, baseando-se em (1) aspetos físicos e arquitetónicos, (2) em políticas e programas em vigor, (3) nos serviços disponíveis e afluência aos mesmos, (4) no clima social e (5) nos fatores pessoais das pessoas idosas. Este instrumento de avaliação permite a análise de residências para pessoas idosas em Portugal. Apresenta um carácter multidimensional, sendo que a sua principal finalidade é a de analisar o ambiente, o comportamento e a sua interação em instituições para pessoas idosas. Para isso, integra aspetos físicos, organizacionais, sócio-

demográficos dos residentes, psicossociais e pessoais/comportamentais, bem como a interação entre eles (Fernández-Ballesteros, 1997).

1.4.2. Avaliação das dimensões do funcionamento humano

A investigação sobre o envelhecimento individual tem demonstrado a necessidade de uma avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, que permita identificar perturbações funcionais, físicas, mentais, sócio-relacionais e sócio-familiares, contribuindo para intervenções mais adequadas, dirigidas à resolução de problemas identificados e/ou prevenção de comorbilidades.

Quando se fala de qualidade nos serviços prestados e do aumento das respostas sociais públicas e privadas, a avaliação multidimensional constitui um procedimento de grande importância.

Borgenicht, Carty e Feingenbaum (1997, como citado em Rodrigues, 2007) referem que a avaliação gerontológica consiste em avaliar o estado funcional da Pessoa Idosa e recomendar os cuidados que permitam obter o melhor resultado. Esta avaliação utiliza instrumentos de natureza diversa, numa perspetiva multidisciplinar e interdisciplinar, com o objetivo de fazer o levantamento do estado de saúde da Pessoa Idosa, dos seus problemas sociais, económicos, familiares ou outros que determinem o seu comportamento, como também a sua autonomia. Rodrigues (2007) define a avaliação gerontológica multidimensional como um processo de diagnóstico multidisciplinar que compreende a avaliação de problemas médicos, funcionais, psicossociais e do meio envolvente da Pessoa Idosa, com a finalidade de promover um plano assistencial de acompanhamento a longo prazo. A avaliação deve ser desenvolvida numa perspetiva multidisciplinar e interdisciplinar, abrangendo áreas onde a Pessoa Idosa pode ou poderá ser deficitária nomeadamente: 1) o estado físico, 2) a função cognitiva, 3) o estado nutricional, 4) o estado funcional, 5) a polimedicação e 6) os recursos económicos e os recursos sociais. A partir dos resultados da avaliação deve então ser desenvolvido um plano de intervenção com vista à seleção de medidas que sejam adequadas para a resolução dos problemas identificados. Inicialmente, a avaliação da Pessoa Idosa direcionava-se para a avaliação funcional, ou seja, focava-se na avaliação das capacidades das pessoas idosas na realização das suas ABVD. Posteriormente, passou a integrar também a capacidade das pessoas mais velhas na interação com o seu

meio envolvente, ou seja, a capacidade do indivíduo em desenvolver as AIVD (Rodrigues, 2007).

Neste âmbito, destacam-se os trabalhos de Lawton (1997), que desenvolveu procedimentos de avaliação de dados objetivos e subjetivos do estado de saúde das pessoas idosas, que determinassem uma visão global e realista das suas capacidades no desenvolvimento de atividades de forma independente e segura.

Botelho e Rendas (1997) desenvolveram um estudo com a finalidade da construção de uma avaliação multidimensional das pessoas idosas tendo em conta as recomendações internacionais, testando a aplicabilidade de um instrumento desenhado para o efeito. As autoras concluíram que a metodologia utilizada permitiu caracterizar as pessoas mais velhas de um modo multidimensional e susceptível de avaliações longitudinais. No entanto, para que a avaliação estivesse completa, necessitariam de incluir questões relacionadas com o estado mental e nutricional. Botelho, em 2000, apresentou o Método de Avaliação Biopsicossocial dos Idosos, que inclui domínios importantes, nomeadamente: percepção de saúde, queixas de saúde, nutrição, queda, locomoção, autonomia física (e.g., autocuidado) e autonomia instrumental (e.g., queixas emocionais, estado cognitivo, estado social e hábitos). Este é um instrumento de aplicação universal, podendo ser administrado por qualquer profissional a indivíduos em vários estados de saúde, em diferentes contextos assistenciais, especialmente a pessoas idosas dependentes.

De acordo Veríssimo (2006) sendo o envelhecimento um processo multidimensional, a avaliação centrada na Pessoa Idosa, também deve sê-lo, incluindo a função física, social, emocional, estado mental, bem como o meio envolvente da Pessoa Idosa e as condições biopsicossociais de forma integrada. Deste modo, as pessoas idosas, devem ser avaliadas numa perspetiva global e multidisciplinar, ou seja, a pessoa que envelhece deve ser considerada como um agente ativo que interage em multiníveis ambientais (família e sociedade) (Fernández-Ballesteros, 2008).

De acordo com Arrazola, Lezaun, Manchola e Méndez (2001) o processo de avaliação centrado nas capacidades da Pessoa Idosa consiste em organizar a informação importante acerca das características dos mesmos e as situações em que se encontram permitindo a tomada de decisão. É necessário ter em consideração a importância de uma avaliação multidimensional para alcançar uma perspetiva integradora. Deste modo, para a avaliação de uma área (e.g., memória, funcionalidade), tem que se realizar uma avaliação das funções

que podem estar a influenciar os resultados de valorização da área específica. Esta avaliação é crucial para a população, destacando os mais velhos e os casos mais vulneráveis (McAuley & Baird-Holme, 1999).

Em suma, verifica-se que a avaliação multidimensional das pessoas idosas reúne evidências que poderão identificar as necessidades, potenciais e expectativas das pessoas idosas, com vista à melhoria dos cuidados prestados e do plano individual de cada residente e possibilitar a organização, operacionalização e integração de todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento, apoiando e orientando, o futuro do residente (Instituto da Segurança Social, 2007).

Neste sentido, importa salientar algumas áreas centrais para a avaliação gerontológica multidimensional para o nosso estudo, nomeadamente: 1) avaliação da funcionalidade nas atividades da vida diária, 2) avaliação do funcionamento cognitivo e 3) avaliação do funcionamento socioemocional.

1.4.2.1. Avaliação da funcionalidade nas atividades da vida diária

Segundo Rodrigues (2009) o processo de envelhecimento é acompanhado por um declínio funcional progressivo associado a quadros de dependência responsáveis por cuidados específicos. Sequeira (2010) define a dependência como a incapacidade da pessoa para alcançar um nível de satisfação das necessidades humanas básicas, encontrando-se incapacitado para a realização de tarefas sem a ajuda dos outros.

De acordo com Veríssimo (2006) a **avaliação funcional** consiste na recolha e interpretação de dados que permitam avaliar o nível de capacidade funcional da Pessoa Idosa, entendendo-se por capacidade funcional a capacidade que a pessoa apresenta para a realização das atividades da vida diária, permitindo: 1) compreender o grau de dependência da Pessoa Idosa, 2) estimar o tipo de cuidados a prestar, 3) verificar a necessidade de utilização de respostas sociais (e.g., ERPI, Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia), 4) monitorizar o tratamento de certas patologias, 5) prognosticar o risco de patologias e suas consequências, 6) utilizar estratégias preventivas e 7) adequar o prognóstico das patologias.

O envelhecimento encontra-se, de certa forma, ligado ao conceito de capacidade funcional/autonomia funcional. O conceito de autonomia faz alusão à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações, bem como tomar decisões sobre o dia-a-dia da

pessoa, de acordo com as suas próprias regras e preferências. Entende-se por autonomia a capacidade de cada um cuidar de si, assim como a capacidade de adaptação ao meio e a responsabilidade pelas suas ações (WHO, 2002).

No entender de Azeredo (2011) a funcionalidade resulta da interação entre as variáveis individuais (e.g., saúde física e mental, as capacidades cognitivas, a afetividade, a qualidade de vida e a auto eficácia) e as variáveis ambientais (e.g., condições habitacionais e o ambiente social).

A autonomia funcional diz respeito à capacidade que um indivíduo tem para realizar as atividades necessárias que assegurem o seu bem-estar. Essa autonomia inclui a avaliação das capacidades do indivíduo em realizar as atividades desenvolvidas no dia-a-dia relacionadas com o autocuidado e com a participação social, ou seja, ABVD e as AIVD (WHO, 2002). As ABVD correspondem às aptidões físicas, ou seja, são as atividades primárias do indivíduo estando relacionadas com o autocuidado e a mobilidade. De uma maneira mais específica, as ABVD dizem respeito às tarefas que o indivíduo realiza para cuidar de si (e.g., tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, deambular, alimentar-se, transferir-se da cama para a cadeira, controlo urinário e fecal) (Duca, Silva & Hallal, 2009). Já as AIVD englobam aspetos mais complexos do dia-a-dia do indivíduo, ou seja, são as atividades que se remetem às aptidões do indivíduo para gerir o seu próprio ambiente (Paixão & Reichenheim, 2005). Este tipo de atividades está relacionado com o estado cognitivo (e.g., preparar refeições, fazer as tarefas domésticas, lavar a roupa, administração do dinheiro, a utilização de transportes, o uso do telefone, fazer compras e administração da medicação) (Duca et al., 2009).

Segundo Sequeira (2010) a manutenção da capacidade funcional está intimamente relacionada com o EBS, através da promoção do bem-estar e da funcionalidade do corpo e da mente, observando-se repercussões ao nível da satisfação pessoal que promove o sentimento de competência. A investigação demonstra que a independência tem um impacto positivo na Pessoa Idosa a nível emocional, físico e social (Valcarenghi, Santos, Barlem, Pelzer, Gomes & Lange, 2011; Schneider, Marcolin & Dalacorte, 2008).

1.4.2.2. Avaliação do funcionamento cognitivo

Quando se fala de envelhecimento e **funcionamento cognitivo** as funções cognitivas (e.g., percepção, atenção, concentração, orientação, cálculo, memória, linguagem, raciocínio e julgamento) permitem receber informação do ambiente, processá-la, memorizá-la e utilizá-la quando necessário (Arrazola et al., 2001).

Geralmente, considera-se que, com o avançar da idade se assiste a um declínio da capacidade de memória e das funções motoras relacionadas com a velocidade de processamento. Contudo, alguns estudos apresentam melhoria na linguagem, raciocínio e sabedoria (Schaie, 1994). O declínio cognitivo diz respeito à diminuição do desempenho em diversas capacidades cognitivas avaliadas por diversos testes de avaliação neurológica ou de rastreio cognitivo (Neri, 2004).

Schaie (1994) propõe alguns fatores protetores para a manutenção do funcionamento cognitivo na fase mais avançada da vida, nomeadamente a ausência de doenças crónicas, um ambiente complexo e intelectualmente estimulante, um estilo de personalidade flexível na meia-idade, o estado intelectual elevado do cônjuge e a manutenção de altos níveis na velocidade de processamento processual.

O *Seattle Longitudinal Study* iniciado por Schaie (1956) e o *Berlin Aging Study* por Baltes (1990) constituíram dois estudos de grande relevância na área do funcionamento cognitivo. Partindo destes estudos, Baltes (1997) desenvolveu um modelo acerca do funcionamento cognitivo, o Modelo Dual de Inteligência. Os mesmos estudos permitiram a compreensão do funcionamento cognitivo em duas categorias, nomeadamente: 1) as mecânicas da mente ou inteligência fluída e 2) as pragmáticas cognitivas ou cristalizadas (Baltes, 1997). As mecânicas da mente declinam com a idade dependendo de mecanismos neurológicos responsáveis pelo processamento da informação, que apresentam declínio do envelhecimento. Ao nível operacional, a inteligência fluída é indexada pela velocidade e precisão do processamento elementar de informação, tal como a entrada de informações, a memória visual e motora e os processos básicos da percepção cognitiva (e.g., discriminação, comparação, classificação, aplicação na memória de trabalho) (Baltes, 1997). A plasticidade assume um papel importante no combate às perdas/dificuldades que surgem ao longo de todo o ciclo vital. No entanto, não podemos esquecer que mesmo com a utilização de recursos (compensação), como melhores rendimentos ou escolarização o declínio é

inevitável a partir de certa idade, mesmo nas pragmáticas da inteligência (Baltes, 1997). Por seu turno, as pragmáticas cognitivas não declinam tão fácil ou linearmente e podem apresentar progressos, desde que existam oportunidades culturais e que as capacidades fluídas não sofram declínio patológico acentuado. Como exemplos de pragmáticas cognitivas são a leitura e a escrita, as qualificações e competências profissionais, a linguagem, conhecimento sobre si e sobre as capacidades que são relevantes para o planejamento, conduta e interpretação da vida (Baltes, 1991, como citado em Baltes, 1997).

Na publicação de 1997, do *BASEStudy*, referida anteriormente, Paul Baltes afirma que o funcionamento intelectual é compatível com este modelo de processo dual de inteligência, uma vez que se verificam diferenças significativas nas trajetórias de vida entre as tarefas cognitivas, quando baseadas na biologia ou quando baseadas na cultura. Assim constata-se que para as mecânicas cognitivas, na vida adulta, o fator idade é negativo, estando associado à diminuição da memória de trabalho, da velocidade de processamento, informação e eficácia inibitória. Relativamente às tarefas pragmáticas, a idade evidencia a manutenção na velhice, como por exemplo, as tarefas de desempenho verbal verificando-se uma correlação negativa substancial. Contudo, nas capacidades cristalizadas o gradiente negativo de idade foi menos pronunciado do que nas capacidades mecânicas/inteligência fluída. Além disso, o declínio intelectual relacionado com a idade está fortemente associado com os processos neurobiológicos do envelhecimento cerebral (Salthouse, 1991, como citado em Baltes, 1997).

Ao longo do ciclo de vida, há um balanço entre ganhos e perdas (Modelo SOC), que está bem evidente no processo dual de inteligência, se atendermos à constatação de que a inteligência fluída decresce significativamente (perda) enquanto a inteligência cristalizada se mantém constante ou aumenta (ganho) em idades mais avançadas uma vez que esta recorre à acumulação de conhecimento ao longo da vida (Bastos, Faria & Moreira, 2013).

No *BASE Study*, Baltes encontrou grande heterogeneidade na amostra com septuagenários.

Schaie, Sherry, Willis e Caskie (2004), no *Seattle Longitudinal Study* verificaram que o desempenho cognitivo pode ser moldado e melhorado com treino, sendo que os resultados destes treinos podem ser mantidos a longo prazo. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Baltes (1997) no *BASE Study*, o que sustenta a ideia de que os indivíduos ao longo do ciclo vital continuam a desenvolver a sua capacidade cognitiva, pois

além da existência de perdas em alguns níveis (sobretudo nas mecânicas), verificam-se também alguns ganhos (e.g., sabedoria) e manutenção de várias capacidades.

Habitualmente as pessoas idosas, queixam-se das suas capacidades cognitivas, mencionando problemas de memória, sendo que esta “constitui uma das funções cognitivas fundamentais para um envelhecimento ativo e da qual depende da sua preservação” (...) “assume uma importância vital no quotidiano das pessoas, na orientação, na comunicação, na relação, na execução de tarefas (...)” (Sequeira, 2010, pp.26-27). Neste sentido, a estimulação cognitiva é fundamental para a prevenção do declínio cognitivo com o avançar da idade (Jean, Bergeron, Thivierge & Simard, 2010).

1.4.2.3. Avaliação do funcionamento socioemocional

Segundo Khan e Antonucci (1980) as **relações sociais** desenvolvem-se ao longo do ciclo de vida como resultado de experiências, expectativas e significados relativos dos vários tipos de relação em que a pessoa se envolve. Estas relações sociais são hierarquizadas, sendo que nos seus diversos níveis incluem-se os membros da família, os amigos, o cônjuge, os companheiros de trabalho, como também os profissionais com que cada indivíduo se relaciona no curso de vida e em momentos específicos da vida.

A teoria da seletividade socioemocional decorre ao longo do ciclo da vida e alicerça-se nas capacidades cognitivas do ser humano para organizar o tempo, de modo a adaptar o futuro à medida que a idade avança (Carstensen & Charles, 1999; Carstensen, Fung & Charles, 2003). As pessoas idosas tendem a dar prioridade aos valores emocionais (e.g., levar uma vida com significado, possuir relações interpessoais emocionais íntimas e sentir-se socialmente interligado), nas suas escolhas de vida e as relações íntimas se tornam cada vez mais importantes com o avançar da idade, contrariamente a outras funções (Carstensen, 1995; Carstensen, 2006; Carstensen, 2009; Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999; Carstensen & Mikels, 2005; Carstensen & Turk-Charles, 1994). A teoria da seletividade socioemocional para além de considerar que as emoções são fundamentais ao longo do ciclo de vida, acrescenta ainda a importância dos relacionamentos interpessoais pois estes variam consoante a idade. À medida que os indivíduos envelhecem percebem que o tempo está a diminuir, e começam a valorizar o presente contrariamente ao futuro, o que significa que a gestão das relações sociais em idades mais avançadas está intrinsecamente relacionada com

a intensidade com que os indivíduos percebem o seu tempo futuro (Charles & Carstensen, 2003; Lang, 2001).

Segundo Cockerham (1991) as relações sociais compostas por familiares e amigos diminuem os efeitos de stresse nas pessoas mais velhas. As redes sociais oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Neste sentido, indivíduos que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade em lidar com sentimentos negativos do que aquelas pessoas que têm suporte social. A família é o suporte social com maior destaque na vida da Pessoa Idosa, podendo constituir uma fonte de apoio emocional e instrumental, considerando uma consequência positiva para o bem-estar da Pessoa Idosa (Paúl, 2005b). No entanto, de acordo com Sousa e colaboradores (2014) embora a família, enquanto rede social de apoio informal seja o maior suporte de apoio físico e emocional da Pessoa Idosa, os amigos também têm uma influência no seu bem-estar, pela partilha de intimidade, de interesses, confidencialidade, prestação de cuidados e socialização. Considerando que as redes familiares se debruçam sobre a obrigação de atuar de forma involuntária, a rede de amigos, por sua vez, atua de modo voluntário, denotando-se assim uma visão mais positiva nas pessoas idosas. Relativamente aos amigos, as relações orientam-se de modo horizontal, não se verificando qualquer hierarquia de valores e papéis considerada socialmente como mais ou menos correta (Litwark, 1981, como citado por Paúl, 2005b). As amizades têm um valor muito importante e acentuado na velhice, aos mais variados níveis (e.g., a partilha de intimidade, apoio emocional e instrumental e socialização) sendo estas amizades fundamentais para a afirmação, socialização, felicidade e bem-estar do *self* (Paúl, 2005b). Deste modo, depreende-se que os amigos constituem o grupo que melhor compreende as variações associadas ao processo de envelhecimento, uma vez que vivenciam as mesmas experiências quer em termos de experiências geracionais, quer em termos pessoais (Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012).

A **satisfação com a vida** é geralmente influenciada pelas alterações físicas, mentais e sociais e também pela percepção que o indivíduo tem de si próprio (Costa, 2013). Segundo Diener (2000) a satisfação com a vida assume um papel importante na avaliação que o indivíduo faz da sua vida, ou seja, o balanço entre expectativas e desejos e a percepção do estado atual. O bem-estar subjetivo refere-se à avaliação cognitiva (caracterizada pela

satisfação com a vida) e uma componente emocional (caracterizada pela estabilidade entre aspetos positivos e negativos relatados pelo indivíduo) (Diener & Emmons, 1985).

Entre a satisfação com a vida e a afetividade existe uma semelhança sendo que quanto maior é o afeto positivo, maior também será a satisfação com a vida. Em contrapartida, quanto menor o afeto, menor a satisfação com a vida (Singh & Jha, 2008). De acordo com Resende e colaboradores (2006) as pessoas que apresentam maior satisfação com a vida são aquelas que recebem mais suporte afetivo, as pessoas que contam com outras para apoio instrumental. A idade é um fator com influência na satisfação com a vida, sendo que com o aumento da idade, os níveis de satisfação com a vida diminuem (Meléndez, Tomás, Oliver & Navarro, 2009), no entanto, a importância das relações sociais é preservada ao longo da vida, constituindo um impacto positivo na satisfação com a vida dos indivíduos (Rodrigues, 2011). Na mesma linha, Diener (2000) refere que os indivíduos que apresentam maior satisfação com a vida são aqueles que possuem maior suporte afetivo. Os indivíduos que contam com os outros para suporte instrumental acreditam que serão pessoas mais satisfeitas no futuro.

Sequeira e Silva (2003) desenvolveram um estudo sobre o bem-estar da Pessoa Idosa em meio rural e constataram que as pessoas idosas com maior nível de participação ativa apresentaram também níveis mais elevados de bem-estar, demonstrando ter atitudes mais positivas face ao envelhecimento do que pessoas idosas que com baixo nível de participação social.

Para as pessoas idosas a residir em ERPI, torna-se importante a ocupação do dia-a-dia através da realização em diferentes atividades, uma vez que a participação ativa da Pessoa Idosa, poderá contribuir para a sensação de bem-estar psicológico e satisfação com a vida e valorização pessoal (Martins, 2010).

De acordo com Arrazola e colaboradores (2001) o funcionamento socioemocional refere-se ao sentimento subjetivo, às variáveis de personalidade e aos comportamentos relacionados com o contínuo estado de ânimo na relação com o indivíduo, com os outros e com o contexto em que o indivíduo está inserido. Com o envelhecimento os fatores hereditários e os fatores adversos psicossociais (e.g., baixos recursos económicos, isolamento social, perda de ente querido, internamento em instituições) predisõem ao aumento da vulnerabilidade para a depressão na Pessoa Idosa.

Segundo Bastitoni (2005) a **depressão** refere-se a uma doença psiquiátrica que apresenta como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse e/ou prazer em quase todas as atividades. No caso da 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 assim os efeitos da depressão (Hays, Steffens Flint, Bosworth & George, 2011, como citado em Rodrigues, 2009). No entanto, habitualmente, as pessoas que apresentam sintomatologia depressiva, expressam uma percepção diminuída das suas capacidades, baixa auto-estima e uma participação social reduzida (Rodrigues, 2009). Para se reconhecer a depressão em pessoas idosas é necessário proceder-se a uma avaliação pormenorizada, uma vez que a maioria das pessoas idosas não se queixa de distúrbios depressivos, ou tristeza ou da falta de interesse na participação nas atividades, manifestando, por outro lado, sintomas como a fadiga, dores de cabeça e dores no corpo (Twedell, 2007, como citado em Rodrigues, 2009).

Num estudo realizado por Pamerlee, Katz e Lawton (1989) concluiu-se que a prevalência de sintomas de depressão nos indivíduos não institucionalizados se situa-se entre os 2% e 14% e nas pessoas idosas institucionalizadas atinge os 30%. Também Brown, Lapane e Luisi (2002) apresentam taxas de prevalência de depressão em pessoas idosas a residir em ERPI são três a cinco vezes superiores aos indivíduos que residem na comunidade. Também Frade, Barbosa, Cardoso e Nunes (2015) no seu estudo com amostras de idosos institucionalizados e não institucionalizados concluíram que a maior prevalência de sintomas depressivos é nos idosos institucionalizados, uma vez que se encontram afastados do seu ambiente familiar e estão sujeitos à própria rotina das ERPIs.

Carvalho e Dias (2011) observam que a mudança e adaptação da Pessoa Idosa à ERPI aumentam os sentimentos que conduzem a estados depressivos, devido ao afastamento com a sua vida diária anterior, contexto e rede social. Sentimentos como solidão, o afastamento social, a diminuição da participação nas atividades, sentimentos de culpa, a não participação em eventos com familiares e/ou amigos, entre outros podem ser entendidos como explicação para a depressão (Twedell, 2007, como citado em Rodrigues, 2009).

Deste modo, a prevenção da depressão na Pessoa Idosa deverá centrar-se na criação de serviços sociais que apostem no seu acompanhamento, através de atividades que promovam o envelhecimento ativo, tais como a promoção da saúde, exercícios físicos adequados e adaptados às necessidades da Pessoa Idosa, a diminuição de barreiras físicas de

maneira a permitir uma maior mobilidade, a solidariedade informal entre residentes, a atividade mental, a socialização da Pessoa Idosa e a diminuição das situações de pobreza (Leite, Carvalho, Barreto, & Falcão, 2006).

Nesta linha, Rodrigues (2011) refere que pessoas idosas em acolhimento institucional necessitam manter-se ocupadas uma vez que passam grande parte do tempo sem tarefas a realizar e isso poderá desencadear sentimentos de inutilidade e de stress, traduzindo-se negativamente sobre a saúde e o bem-estar dos residentes.

Um outro distúrbio psicológico que, hoje em dia, representa uma preocupação crescente é a **ansiedade**. Para Bastos, Mohallem e Farah (2008) a ansiedade é caracterizada por um sentimento difuso, vago, desagradável, de medo e apreensão acompanhado por um conjunto de sintomas desagradáveis de tensão, angústia e sofrimento. Também Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva e Santo (2015) referem que a ansiedade pode ser entendida como uma resposta emocional (e.g., mal-estar) que pode englobar um conjunto de manifestações fisiológicas, que pretende preparar o organismo para a ação face a perigos ou problemas potenciais.

Para Bernardino (2013) a ansiedade na Pessoa Idosa aumenta com o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória, reduzindo a qualidade de vida e potenciando e elevando o risco de morte. Também Skinner e Vaughan (1985, como citado em Almeida, 2011) referem que a ansiedade nas pessoas idosas está relacionada com as limitações vivenciadas na velhice e, na maioria das vezes, são entendidas como ameaçadoras. Por sua vez, para Byrne (2002, como citado em Oliveira, Santos, Cruvinel & Neri, 2006) a ansiedade ocorre diversas vezes em simultâneo com a depressão, no entanto esta encontra-se frequentemente associada a perdas, enquanto a ansiedade parece resultar de ameaças e perigos reais e iminentes.

Em Portugal, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (FCM-UNL, Caldas de Almeida & Xavier, 2013) demonstra que o país apresenta uma taxa de prevalência de perturbações psiquiátricas entre as mais altas da Europa, com uma prevalência anual de 16,5%. Nas camadas mais idosas da população, os dados de prevalência de perturbações de ansiedade revelam que o grupo com idade acima dos 65 anos apresenta maior risco (12%) em relação a outros grupos etários.

1.4.3.Revisão da investigação no domínio

Correia (2009) desenvolveu um estudo com o objetivo de explorar os motivos e fatores de acolhimento institucional em ERPI e avaliar a satisfação com a vida de pessoas idosas da Cova da Beira a residir em lares da terceira idade (ERPI). Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário aos utentes e aos técnicos. Fizeram parte deste estudo 224 pessoas idosas em acolhimento em ERPI, 87,9% com 75 anos, 68,8% do género feminino e 70,1% viúvos. Como principais motivos de acolhimento institucional foram a dependência (41,1%) e a falta de condições habitacionais e a viuvez (26,8%). Para além disso, este estudo mostrou ainda que a satisfação com a vida se associa à perceção sobre o nível de vida e a satisfação com a relação familiar.

Fernandes (2010) realizou um estudo com a finalidade de compreender se as vivências nos lares da terceira idade (ERPI) aceleram ou não o processo do envelhecimento. Os dados foram recolhidos com recurso a entrevistas e a uma escala de opinião dirigida aos colaboradores da ERPI. Fizeram parte deste estudo 18 pessoas idosas (15 mulheres e 3 homens) integradas em ERPI e 102 colaboradores. Observou-se que os residentes e os seus familiares recorrem às ERPIs como última alternativa. Como principais motivos de ingresso na ERPI destacam-se a satisfação das necessidades básicas, a saúde, a dependência funcional, a indisponibilidade familiar e a solidão. Este estudo concluiu também que o ingresso numa instituição é um momento complicado de aceitar, sendo que, as saudades da casa, dos amigos e dos vizinhos levam muitas pessoas idosas a uma maior deterioração física e mental. No entanto, a maioria dos participantes encararam a integração na ERPI como uma situação positiva em vários aspetos da sua vida, mostrando vontade em continuar a residir nesse local.

Rodrigues (2011) desenvolveu um estudo de natureza quantitativa e correlacional no sentido de identificar a satisfação com a vida em idosos institucionalizados e a sua relação com variáveis sócio-demográficas e psicossociais. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário sócio-demográfico, ao Índice de Atividades de Lazer, ao Índice de Katz e à Escala de Satisfação com a Vida. Fizeram parte deste estudo 62 pessoas idosas, 71% do sexo feminino, 69% com idades superiores a 80 e 79% viúvos. Como principais resultados observou-se que os participantes residiam na ERPI por preferência e iniciativa própria, a

maioria dos participantes eram autónomos e praticavam as seguintes atividades de lazer: passear, conversar com os amigos e ver televisão. No que diz respeito à satisfação com a vida, a maioria dos participantes estava muito satisfeita com a vida, mas não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre a satisfação com a vida e as variáveis sócio-demográficas e psicossociais.

Carvalho e Dias (2011) realizaram um estudo sobre a adaptação das pessoas idosas em acolhimento institucional com o objetivo de determinar em que medida as respostas dadas pela instituição e as relações com a família estão associadas à adaptação e expectativas da qualidade de vida da Pessoa Idosa institucionalizada. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário com 44 questões. Fizeram parte deste estudo 120 pessoas idosas em acolhimento institucional no distrito de Viseu. Os resultados do estudo demonstraram que, apesar dos elevados níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados pela instituição e às instalações, os participantes revelaram níveis de insatisfação e tristeza relativamente ao contexto familiar, à falta de autonomia, à existência de doenças e outras limitações físicas. Concluíram, que o contexto onde as pessoas idosas residem tem influência no processo de adaptação, uma vez que são pessoas com uma ligação forte ao local onde nasceram e constituíram família. Constatou-se, também, a existência de uma ligação forte entre o ambiente familiar e o processo de adaptação à instituição, sendo o primeiro determinante na integração bem-sucedida da Pessoa Idosa.

Ferretti, Soccol, Albretch e Ferraz (2014) realizaram um estudo com o objetivo de descrever a forma como as pessoas idosas vivem em ERPI. Os dados foram recolhidos com recurso a uma entrevista, a observação participante e a um diário de campo. Fizeram parte deste estudo 8 pessoas idosas em acolhimento institucional, com média de idade de 77,62 anos, com nível primário de escolaridade. Os principais motivos de acolhimento foram os conflitos familiares e o abandono. Como principais conclusões os participantes referiram que viver a velhice em acolhimento institucional é conviver com a perda e a quebra dos laços familiares, não ter liberdade, autonomia e independência, mas, no entanto, é ter acesso a serviços de saúde e cuidados diários, que não possuíam antes do acolhimento institucional.

Tier, Fontana e Soares (2004) realizaram um estudo com o objetivo de descrever o relacionamento idoso-família em pessoas idosas a residir em ERPI, assim como identificar os

motivos que levaram os familiares a optar pelo acolhimento institucional da pessoa idosa, e a sua perspectiva sobre os cuidados na ERPI. Os dados foram recolhidos com recurso a uma entrevista semi-estruturada composta por perguntas de resposta aberta. Fizeram parte deste estudo, familiares de pessoas idosas em acolhimento institucional (ERPI) da região noroeste do Rio Grande do Sul. Como principais resultados verificou-se que a maior dificuldade encontrada pela família foi a “falta de tempo para cuidar” do seu familiar idoso, uma vez que a maioria deles exige cuidados a tempo inteiro.

Bernardino (2013) realizou um estudo quantitativo com a finalidade de analisar, compreender e caracterizar os níveis de depressão e ansiedade nas pessoas idosas tendo em conta diferentes variáveis sócio-demográficas, assim como, avaliar se são os idosos institucionalizados ou os idosos não institucionalizados que prevalecem de maiores níveis de sintomatologia. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário sócio-demográfico, à *Geriatric Depression Scale* e ao Inventário de Ansiedade de Beck. Fizeram parte deste estudo 100 pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos de idade. Como principais resultados observou-se que pessoas idosas em acolhimento residencial apresentam níveis de depressão e ansiedade mais elevados do que idosos não institucionalizados, o género feminino e as pessoas idosas com mais de 74 anos de idade sofrem de maior sintomatologia depressiva e a ansiedade revelando mais frequentemente sentimentos de solidão.

Vigário (2012) realizou um estudo com o objetivo de explorar associações a institucionalização, características sócio-demográficas e o declínio/défice cognitivo. Os dados foram recolhidos com recurso ao *Mini Mental State Examination* (MMSE) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Fizeram parte deste estudo 721 pessoas idosas (620 a residir em ERPI e 101 na comunidade). Observou-se que residentes mais velhos, sem ou com baixa escolaridade e sem companheiro apresentavam maior probabilidade de apresentar défice/declínio cognitivo e que, mesmo controlando o papel das variáveis sócio-demográficas o acolhimento institucional era a variável mais importante para determinar o risco de défice/declínio cognitivo.

Davim, Nunes, Araújo, Silva e Alchieri (2011) realizaram um estudo com o objetivo de analisar o grau de dependência para as AVDs de pessoas idosas em acolhimento residencial

(ERPI), tendo utilizado o Índice de Katz para avaliar a funcionalidade. Participaram neste estudo 60 residentes, sendo que 58,3% apresentavam dependência para as AVDs, necessitando de ajuda de terceiros na vida diária.

Matias (2010) realizou um estudo, de natureza quantitativa, com o objetivo de analisar os níveis de satisfação com a idade pessoas idosas em acolhimento institucional e os fatores que se relacionam com a satisfação com a instituição. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário e à Escala de Satisfação com a Vida. Participaram neste estudo 49 pessoas idosas institucionalizadas em duas instituições. A autora concluiu que a maioria dos participantes se sentia satisfeita em residir na instituição. Verificou ainda uma associação negativa entre a satisfação com a institucionalização e a solidão e que o grau de satisfação varia em função da presença/ausência de rede de contactos de amizade e a participação ou não em atividades sócio-recreativas.

Também Seixas (2013) realizou um estudo, de natureza quantitativa, com o objetivo de identificar níveis de satisfação com a vida em idosos institucionalizados e analisar os fatores que exercem influência nessa satisfação. Os dados foram recolhidos com recurso à Escala de Satisfação com a Vida, à escala de Apgar da Família e à Escala de Depressão Geriátrica. Fizeram parte deste estudo 126 idosos (65 não institucionalizados e 61 institucionalizados). Os participantes deste estudo eram visitados por amigos e vizinhos, tinham percepções de ajudas muito positivas (sobretudo as pessoas idosas não institucionalizadas), praticavam pouco exercício físico (essencialmente caminhadas e ginástica), avaliavam as famílias como altamente funcionais (sendo estas percepções mais positivas nos idosos não institucionalizados), revelaram nunca ter tido depressão antes dos 65 anos. Globalmente os participantes residentes na comunidade apresentavam baixa sintomatologia depressiva e cerca de 13% dos residentes em ERPI apresentava depressão acentuada.

De entre os estudos focados nas características ambientais das ERPIs, destaca-se o estudo de Duarte e Paúl (2006), com uma abordagem do tipo estudo de caso, com o objetivos adaptar o SERA (Fernandez-Ballesteros, 1998) para a população portuguesa, testar a adequação do SERA à avaliação de ambientes institucionais em Portugal e avaliar dois contextos institucionais de carácter distinto (um sem fins lucrativos e outro com fins

lucrativos). Os dados foram recolhidos com recuso à hetero-administração a corpos dirigentes, funcionários e aos residentes e foi também utilizada a consulta de dados em arquivo nas instituições. Como resultados, o SERA foi traduzido e adaptado com sucesso e verificou-se que o perfil ambiental de ambas as instituições era distinto. Através das análises de cada unidade ecológica ambiente/pessoa verificou-se uma transação entre as variáveis ambientais físicas e as variáveis pessoais e que a ERPI de cariz privado era avaliada de forma mais positiva pelos residentes.

Almeida (2008) realizou um estudo com os objetivos de caracterizar o ambiente institucional das ERPIs de idosos do Concelho de Lamego, identificar as causas do acolhimento institucional, conhecer a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas, identificar o grau de dependência para as ABVD de pessoas idosas institucionalizadas e identificar algumas variáveis que possam interferir na qualidade de vida de pessoas idosas em acolhimento institucional. Os dados foram recolhidos com recurso a uma grelha de avaliação do índice de qualidade de vida do idoso, a um formulário bio-relacional do idoso, ao Índice de Katz e ao MEAP. Fizeram parte deste estudo 93 pessoas idosas pertencentes a quatro instituições. Foram registados globalmente bons resultados no que diz respeito às características físicas e arquitetónicas das ERPIs analisadas. Os residentes e funcionários das ERPIs tinham opiniões positivas relativamente à instituição onde residiam/trabalhavam. Quanto ao julgamento externo que o observador/investigador fez das instituições, as carências essenciais referiam-se à diversidade do meio e ao funcionamento das pessoas idosas. Relativamente à qualidade de vida das pessoas idosas em acolhimento institucional verificou-se uma associação positiva entre a funcionalidade e a de qualidade de vida.

Sousa (2013) realizou um estudo como objetivo de perceber qual o grau de adesão às atividades, os motivos e a adequação. Os dados foram recolhidos com recurso a entrevistas às pessoas idosas e aos técnicos (Gerontóloga e Diretora Técnica), à observação participante e à recolha de dados documentais. Para a observação das condições físicas e de funcionamento, foram utilizados os instrumentos ICOF e ICAF do SERA (Fernández-Ballesteros, 1998). Fizeram parte deste estudo 10 idosos em acolhimento institucional numa ERPI em Viana do Castelo. Da análise realizada, foram identificados dois grupos que se distinguiram pela forma de participação social. O Grupo A (3 idosos do sexo feminino e 2 do

sexo masculino) e o Grupo B (4 idosos do sexo feminino e 1 do sexo masculino). O Grupo A foi constituído por pessoas idosas que participavam em quase todas as atividades e mostravam elevada aceitação do convívio com todos os outros residentes, mesmo com os que tinham demência. O Grupo B constituiu-se por pessoas idosas totalmente independentes e autónomas que apreciavam o convívio com um grupo mais restrito de residentes e não participavam em todo o tipo de atividades realizadas. Neste segundo grupo, os participantes gostavam de organizar uma parte do seu tempo em atividades fora da ERPI. O estudo demonstrou, ainda, que ambos os grupos têm uma participação idêntica nas atividades socioculturais e lúdico-recreativas, sendo que o grupo mais “elitista” participa menos nas atividades quotidianas, ou seja, nas mais populares (e.g., jogos de mesa) e mais nas atividades religiosas. Globalmente, o grau de participação e satisfação era bom, destacando-se que o tipo de atividades desenvolvidas era compatível com as exigências de um envelhecimento ativo e com a preocupação de estimulação cognitiva e de criação de laços entre os residentes.

Objetivo do Estudo

A literatura e investigação aqui apresentadas permitem enquadrar o estado da arte sobre a importância da análise da interação pessoa-ambiente para compreender o processo de envelhecimento humano. Esta análise toma ainda mais importância quando nos debruçamos sobre as ERPIs que constituem respostas sociais de proteção das pessoas idosas que condicionam a sua vida, quase 24 horas por dia. Neste contexto, a presente dissertação apresenta um estudo original que foi realizado com o objetivo de analisar o perfil de funcionamento de residentes numa ERPI e relacionar as características dos residentes com as características físicas, organizativas e sociais da ERPI. Pretende-se com este estudo contribuir para o conhecimento sobre o perfil das pessoas mais velhas que residem em ERPI e sobre o impacto das características ambientais no funcionamento individual, no sentido de explorar conteúdos e metodologias de análise que possam contribuir para a capacitação das ERPIs na promoção do EBS.

CAPÍTULO II- MÉTODO

Nesta secção descrever-se-ão as opções metodológicas do presente estudo.

2.1. Plano de Investigação e Participantes

Para concretizar os objetivos desta dissertação, foi selecionada uma ERPI situada no Norte de Portugal à qual a investigadora tinha acesso. Trata-se de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) localizada numa zona rural do Distrito de Viana do Castelo. Para além da ERPI, a Instituição possui outras valências vocacionadas para o apoio às pessoas idosas, como Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, e uma Creche para apoio à infância. Alguns espaços da ERPI são comuns ao centro de Dia. No entanto, o presente estudo foca-se apenas na ERPI e nos seus residentes.

O plano de investigação integrou a recolha de informação sobre os residentes e sobre as características ambientais da ERPI.

Relativamente aos participantes, estimou-se incluir a totalidade dos residentes da ERPI que apresentavam capacidade para responder ao protocolo de avaliação individual, que envolvia resposta oral a questões abertas e fechadas, assim como realização de tarefas de avaliação. A ERPI tinha na altura 26 residentes. A seleção dos participantes foi realizada pela investigadora atendendo ao critério de inclusão acima referido. No entanto, foi registada informação sócio-demográfica sobre os residentes que não foram avaliados com o protocolo de avaliação multidimensional. Para recolher informação sobre a ERPI foi realizada observação de espaços e rotinas da mesma, análise documental (e.g., regulamento interno) e entrevista à Diretora Técnica da instituição.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

Para recolher informação sobre as capacidades e necessidades dos residentes foi utilizado um protocolo de avaliação multidimensional. Na tabela 2 é possível observar as dimensões do funcionamento individual e respetivos instrumentos de avaliação utilizados para os avaliar.

O protocolo de avaliação multidimensional foi constituído por: 1) *Ficha sócio-demográfica* construída pela equipa de investigação focada em questões específicas; (2) *Índice de Barthel* (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007); (3) *Índice de Lawton* (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007); (4) *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein & Mchugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009; Freitas, Alves, Simões & Santana, 2015); (5) *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS-15; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003; Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009; Apóstolo, 2011; Cavaleiro, Queirós, Azeredo, Apóstolo & Cardoso, 2013); (6) *Escala de Ansiedade Geriátrica* (GAI; Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2007; Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011); (7) *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6* (LSNS-6; Lubben, 1988; Lubben, Blozik, Gilman, Iliffe, Kruse, Beck & Stuck, 2006; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012); (8) *Escala de Satisfação com a vida* (SWLS1; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990).

Tabela 2. Dimensões do funcionamento individual e respetivos Instrumentos de Avaliação

Dimensões	Instrumentos de avaliação
Funcionalidade	Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007); Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007).
Funcionamento Cognitivo	Mini-Mental State Examination (Folstein, et al., 1975; Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015).
Sintomatologia Depressiva	Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et al., 1983; Barreto et al., 2003; Pocinho et al., 2009; Apóstolo, 2011; Cavaleiro, et al., 2013).
Sintomas de Ansiedade	Escala de Ansiedade Geriátrica (Pachana et al., 2007; Ribeiro et al., 2011)
Rede Social	Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6 (Lubben, 1988; Lubben et al., 2006; Ribeiro et al., 2012).
Bem-estar subjetivo	Escala de Satisfação com a vida (Diener et al., 1985; Neto et al., 1990).
Características ambientais da ERPI	Subescalas ICAF, ICOF e ICPR do Sistema da Avaliação de Residências para Idosos (SERA, Fernández-Ballesteros, 1998; Duarte & Paúl, 2006).

A ficha sócio-demográfica construída pela equipa de investigação integrou questões relativas às características sócio-demográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, profissão, rendimentos e rede de apoio social), assim como sobre aspetos relativos à

transição e adaptação à ERPI e às rotinas anteriores e posteriores ao acolhimento institucional.

Para avaliar a capacidade funcional dos participantes na realização das atividades básicas de vida diária, foi administrado o *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Este instrumento centra-se na avaliação do nível de independência dos residentes para a realização de atividades básicas da vida diária (ABVD), nomeadamente: alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Segundo Sequeira (2010), cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, nos quais o 0 (zero) corresponde à dependência total e a pontuação entre 5,10 ou 15 corresponde ao nível de diferenciação da independência. O somatório pode variar entre 0 a 100 pontos, sendo que a pontuação entre 90 e 100 pontos corresponde a nível de independente, entre 60 e 85 pontos a ligeiramente dependente, entre 40 e 55 pontos a moderadamente dependente, entre 20 e 35 pontos a severamente dependente e menor que 20 pontos a totalmente dependente. No que diz respeito às características psicométricas, o Índice de Barthel apresenta boa consistência interna com um valor de *Alfa de Cronbach* de 0,89 (Sequeira, 2010).

Para avaliar a funcionalidade dos residentes para a realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) foi administrado o Índice *de Lawton* (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007). Este instrumento centra-se na avaliação do nível de independência dos residentes para a realização das atividades instrumentais da vida diária, tendo em conta oito tarefas, nomeadamente: usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, limpeza da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro. Cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis de dependência, sendo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, nas quais uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência (Sequeira, 2010). A pontuação de cada item varia entre 1 e 5 pontos e a maior pontuação corresponde a um maior nível de dependência. O somatório total varia entre os 8 e 30 pontos, sendo que um total igual a 8 pontos corresponde a independente, entre 9 e 20 a moderadamente dependente (necessita de certa ajuda) e maior que 20 a severamente dependente (necessita de muita ajuda). Relativamente às características psicométricas, o Índice de Lawton apresenta uma boa consistência interna com um *Alfa de Cronbach* de 0,92 (Sequeira, 2010).

Para a avaliação do funcionamento cognitivo foi administrado o *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015). Trata-se de um instrumento de referência para avaliação do funcionamento cognitivo e rastreio de défice cognitivo em adultos e idosos. O MMSE avalia as funções cognitivas de forma global. É um teste de fácil (papel, lápis e uma folha) e rápida administração (5 a 10 minutos), sendo o tempo executado não cronometrado (Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015). Inclui 30 questões, pontuadas com valor zero pontos quando o examinado não responde ou responde de forma incorreta ou 1 ponto quando o examinado responde de forma correta, e que estão organizadas em seis áreas cognitivas: (1) orientação espacial e temporal (5 itens de orientação temporal e 5 itens de orientação espacial), (2) retenção (repetição de três palavras – pêra, gato, bola), (3) atenção e cálculo (série de 5 subtrações de 3 iniciando-se no número trinta), (4) evocação (o examinado tem de evocar espontaneamente as três palavras atrás repetidas), (5) Linguagem (inclui itens de nomeação, de repetição, de compreensão de ordem verbal e escrita e de escrita) e (6) habilidade construtiva (cópia de uma imagem) (Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015).

A pontuação global varia entre 0 e 30 pontos e a maior pontuação corresponde ao melhor desempenho. O MMSE é um instrumento de avaliação cognitiva mais usado mundialmente e a sua utilidade na deteção de declínio cognitivo moderado a severo está bem documentada (Freitas et al., 2013). Internacionalmente, existem vários estudos de validação e adaptação com diferentes pontos de corte indicadores de défice cognitivo (Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015). Em Portugal, o primeiro estudo de validação foi realizado por Guerreiro na década de 90, numa amostra de conveniência essencialmente urbana, no qual foi confirmada a importância da escolaridade no desempenho global. De acordo com este critério, definiram-se os seguintes pontos de corte em função da literacia: 15 pontos para indivíduos analfabetos, 22 pontos para 1 a 11 anos de escolaridade, 27 pontos para >11 anos de escolaridade. Em 2009, Morgado e colaboradores replicaram o estudo de adaptação do MMSE à população portuguesa (amostra comunitária) e definiram como pontos de corte para défice cognitivo em função do nível de escolaridade: 22 para 0 a 2 anos de escolaridade, 24 para 3 a 6 anos de escolaridade e 27 para escolaridade igual ou superior a 7 anos de escolaridade. Nesse estudo, o MMSE apresentava também valores razoáveis de consistência interna com um valor de *Alfa de Cronbach* de 0,47. Mais recentemente, Freitas e colaboradores (2015) desenvolveram um

novo estudo normativo do MMSE para a população portuguesa, no qual analisaram a influência de variáveis sócio-demográficas (e.g., idade, género, escolaridade, estado civil, emprego, região e localização geográfica e áreas de residência) e de saúde (e.g., queixas subjetivas de memória, sintomas depressivos e histórias familiares de demência) sobre o desempenho dos participantes no teste. Através de uma amostra constituída por 850 indivíduos adultos cognitivamente saudáveis e com pelo menos um ano de escolaridade, os investigadores confirmaram o peso da escolaridade e da idade para explicar a variância de *resultados do MMSE* e estabeleceram novos pontos de corte, organizados por grupo de idade e de escolaridade. Neste estudo tomaremos como pontos de valor de referência os valores relativos aos grupos de 50-64 anos e 65 ou mais anos. No grupo com 50-64 anos, os pontos de corte são os seguintes: entre 1 a 4 anos de escolaridade – 26 pontos, entre 5 e 9 anos de escolaridade – 18 pontos, entre 10 e 12 anos – 28 pontos e mais de 12 anos – 28 pontos. No grupo com 65 ou mais anos, os pontos de corte são os seguintes: entre 1-4 anos de escolaridade - 26 pontos, entre 5-9 anos - 28 pontos, entre 10-12 anos - 28 pontos e mais de 12 anos - 28 pontos.

Para avaliar a presença de sintomatologia depressiva foi administrada a *Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)* desenvolvida por Yesavage e colaboradores (1983), tendo a versão portuguesa sido estudada por Barreto e colaboradores (2003) e Pocinho e colaboradores (2009). Esta escala permite avaliar a presença e gravidade de sintomatologia depressiva na população idosa, indicando se o sujeito poderá estar predisposto a ter sintomatologia depressiva. Segundo Sheikh e Yesavage (1986, como citado em Apóstolo, Loureiro, Reis, Silva, Cardoso & Sfetcu, 2014) a Escala de Depressão Geriátrica pode ser administrada a pessoas com ou sem doença física, como também a pessoas com défice cognitivo. É constituída por 15 questões com duas alternativas de resposta (sim/não) cotada de 0 a 1 pontos.

Nas questões 2,3,4,6,8,9,10,12,14 e 15, as respostas “Sim” são cotadas com 1 ponto e nas questões 1,5,7,11 e 13, a cotação de um ponto é atribuída às respostas negativas. A pontuação total é de 15 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a sintomatologia depressiva. O ponto de corte ótimo para detetar maior sintomatologia depressiva é 5 (Pocinho et al., 2009; Cavaleiro et al., 2013). No estudo de Apóstolo e colaboradores (2014), a escala apresenta uma consistência interna satisfatória ($\alpha=0,83$).

Para avaliar os sintomas de ansiedade foi utilizada a *Escala de Ansiedade Geriátrica (GAI)* desenvolvida por Pachana e colaboradores (2007), validada e adaptada para a população portuguesa por Ribeiro e colaboradores (2011). Segundo Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva e Santo (2015) esta escala permite medir os sintomas comuns de ansiedade em pessoas idosas. É uma escala com propriedades psicométricas adequadas à população idosa a residir em ERPI, sendo uma escala prática, fácil e útil, permitindo determinar quais os idosos que precisam de avaliação bem como avaliar o impacto do tratamento nos sintomas ansiosos (Daniel et al., 2015). É constituída por 20 afirmações, sendo que o sujeito deverá responder se concorda ou discorda com cada afirmação, tendo por referência a forma como se sentiu na última semana. Para cada pergunta, a resposta “concordo” é cotada com um ponto e a resposta de desacordo, com 0 pontos. A pontuação total varia entre 0 e 20 pontos. O ponto de corte ótimo para detetar sintomas de ansiedade graves é de 8/9 pontos. O estudo de validação para a população portuguesa apresenta valores de consistência interna satisfatórios ($\alpha=0,96$) (Ribeiro et al., 2011).

A avaliação da rede social e do risco de isolamento social, foi realizada com a *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6* elaborada por Lubben (1988; Lubben et al., 2006) tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Ribeiro e colaboradores (2012).

Este instrumento centra-se na perceção de solidão pelas pessoas idosas, em função da sua rede social. Avalia o tamanho, a proximidade e a frequência dos contactos da rede social do participante. É um instrumento constituído por seis itens repartido em duas subescalas que avaliam as relações familiares e as relações de amizade. A pontuação total varia entre 0 e 30 pontos e cada item varia, numa escala de Likert de 0 a 5 pontos, nos quais a maior pontuação indica maior tamanho da rede social e/ou maior frequência de contactos. De forma a classificar a rede social, nomeadamente, determinar o risco de isolamento social, foi definido na versão portuguesa o ponto de corte de 12 pontos, sendo que a pontuação abaixo deste valor indica maior risco de isolamento social (Ribeiro et al., 2012).

Para avaliar o bem-estar subjetivo, ou seja, a avaliação que os participantes fazem da sua vida, foi administrada a *Escala de Satisfação com Vida* elaborada por Diener e colaboradores (1985), tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Neto e colaboradores (1990).

Esta escala permite a representação do bem-estar subjetivo que cada residente fez sobre a sua qualidade de vida (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005) tendo a

vantagem de ser simples e breve (Pavot & Diner, 1993). Segundo Neto (1999) a versão portuguesa desta escala revelou características psicométricas adequadas sendo estas confirmadas numa validação posterior efetuada por Simões (1992). Esta escala é constituída por cinco afirmações, em cada uma apresenta sete possibilidades de resposta, variando de, totalmente em desacordo [1] a totalmente de acordo [7]. A pontuação total varia entre 5 e 35 pontos, sendo que a pontuação de 20 pontos representa o ponto médio da escala original (Diener, 2006). Quanto mais elevada for a pontuação, maior o nível de satisfação com a vida (Seco et al., 2005). A versão portuguesa de Neto e colaboradores (1990) não definiu pontos de corte. Em termos de qualidades psicométricas, a versão portuguesa apresenta boa consistência interna com um valor de *Alfa Cronbach* de 0,78.

Para avaliar as características ambientais da ERPI, especificamente as a) características físicas e arquitetónicas, b) organizativas e de funcionamento e c) do pessoal e dos residentes foi utilizado o *Sistema da Avaliação de Residências para Idosos* (SERA, Fernández-Ballesteros, 1998; Duarte & Paúl, 2006). Este instrumento apresenta um carácter multidimensional, sendo que a sua principal finalidade é analisar o ambiente, o comportamento e a sua interação em instituições de acolhimento de pessoas idosas. Para isso, avalia aspetos físicos, organizacionais, sócio-demográficos, psicossociais e pessoais/comportamentais (Fernández-Ballesteros, 1998), utilizando informação proveniente de observação, análise documental e inquérito a colaboradores e residentes.

É constituído por 9 subescalas, nomeadamente: (1) Inventário das Características Arquitetónicas e Físicas (ICAF), (2) Inventário das Características de Organização e Funcionamento (ICOF), (3) Inventário das Características do Pessoal e Residente (ICPR), (4) Escala de Avaliação (EA), (5) Escala de Clima Social (ECS), (6) Lista de Necessidades (LN), (7) Questionário de Informação Pessoal (QIP), (8) Questionário de Satisfação (QS) e (9) Mapa de Interação Ambiental do Comportamento (MICA). Cada uma destas subescalas encontra-se dividida em várias dimensões. As várias subescalas permitem recolher informação sobre diferentes aspetos contextuais, pessoais e interativos, considerados importantes. Para o presente estudo, foram apenas utilizadas, as subescalas ICAF, ICOF e ICPR, devido a constrangimentos do tempo.

O Inventário das Características Arquitetónicas e Físicas (ICAF) permite obter informação relativa ao espaço circundante à instituição, bem como do espaço exterior e

interior do edifício em avaliação. Esta subescala está subdividida em oito dimensões: acessibilidade à comunicação, conforto físico, ajudas sócio-recreativas, ajudas protésicas e de orientação, características de segurança, áreas do pessoal e disponibilidade de espaço existente (Fernández-Ballesteros, 1997).

O Inventário das Características de Organização e Funcionamento (ICOF), permite a obtenção de informações relativas a aspetos financeiros da instituição, tipos e características dos espaços, política organizativa, regras relacionadas com a conduta e normas de comportamento acerca dos serviços oferecidos e das atividades realizadas. Esta subescala está subdividida em nove dimensões, mais concretamente, expectativas de funcionamento, tolerância ao desvio, eleição organizativa, controlo dos residentes, clareza organizativa, intimidade, disponibilidade de serviços de saúde, disponibilidade de assistência à vida diária e disponibilidade de atividades sócio recreativas (Fernández-Ballesteros, 1997).

O Inventário das Características do Pessoal e Residentes (ICPR) permite recolher informação sobre as características biográficas do grupo de residentes da instituição, assim como das suas capacidades funcionais e atividades. Para além disso recolhe ainda informação sobre os funcionários. Esta subescala está subdividida em sete dimensões: características do pessoal, habilidades funcionais dos residentes, nível de atividade dos residentes, integração dos residentes na comunidade, utilização de serviços de saúde, serviços de assistência na vida diária e utilização de atividades sócio recreativas (Fernández-Ballesteros, 1997).

A informação de cada subescala foi registada num protocolo de informação. Posteriormente, cada subescala foi cotada de acordo com as orientações do manual original, seguindo os vários passos (Fernández-Ballesteros, 1997). As dimensões de cada subescala são cotadas de 0 a 100% e a maior pontuação indica melhor qualidade da ERPI naquela dimensão.

2.3. Procedimentos de recolha de dados

Após a aprovação deste estudo pela coordenação do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, procedeu-se ao contacto com o Presidente da Direção da Instituição de Solidariedade Social selecionada, com o intuito de apresentar o estudo e pedir aprovação para a sua execução.

Obtida a aprovação pela Direção da ERPI, procedeu-se à seleção dos participantes (n=18) de acordo com os critérios de inclusão.

Cada participante foi contactado pessoalmente pela investigadora que apresentou brevemente o estudo e solicitou o consentimento informado, garantindo privacidade, anonimato e confidencialidade de toda a informação recolhida (Anexo 1). Todos os participantes contactados deram o seu consentimento informado para participar no estudo. Foram agendadas datas com cada participante para a administração dos protocolos. Uma vez que o protocolo era extenso, a investigadora teve o cuidado de realizar pausas na administração do protocolo ou dividir a administração em dois momentos.

Todos os protocolos de avaliação individual foram administrados na ERPI num espaço que assegurava as condições de privacidade e de segurança dos participantes bem como as condições físicas necessárias, com espaços tranquilos, confortáveis e que permitissem a privacidade aos participantes.

Após a administração dos protocolos de avaliação individual, procedeu-se à administração das subescalas ICAF, ICOF e ICPR do Sistema de Avaliação de Residências para Pessoas Idosas (Fernández-Ballesteros, 1998; Duarte & Paúl, 2006).

Numa primeira fase, foi realizada observação aos espaços, rotinas e dinâmicas sociais da instituição, assim como a análise documental do regulamento interno.

Após a recolha e registo da informação proveniente da observação e análise documental, foi realizada uma entrevista com a Diretora Técnica para esclarecimento de algumas dúvidas e exploração de assuntos relacionados com os aspetos organizacionais da ERPI. Numa primeira abordagem, foi-lhe apresentado o estudo e dado a conhecer o tipo de participação que lhe era pedido e a sua função no estudo. Posto isto, procedeu-se à administração das subescalas.

A informação recolhida com os protocolos de avaliação individual foi inserida numa base de dados e posteriormente foi validada. A informação recolhida sobre as características ambientais da ERPI foi registada num protocolo do SERA e cotadas de acordo com as regras de cotação (Fernandez-Ballesteros, 1997).

2.4. Estratégias de análise de dados

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao software PASW Statistics® versão 23, tendo sido realizadas análises descritivas e inferenciais, no sentido de exploração de associações entre variáveis e diferenças de grupos.

O grupo de residentes que participaram no estudo e os que não participaram foram comparados relativamente às características sócio-demográficas com recurso ao teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foram também descritas as razões de não participação.

Os dados relativos à avaliação dos participantes e da ERPI 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 acompanhada 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 com o teste Kolmogorov-Smirnov (tabela A7).

A partir dos resultados dos participantes nas escalas de avaliação individual, especificamente da sua localização face à classificação de dependência, défice cognitivo (de acordo com os critérios de Morgado et al. 2009; Freitas et al., 2015), e de maior risco de isolamento social, foi calculado um índice de risco global, de modo a melhor compreender a situação de cada participante considerando as várias dimensões de funcionamento. Este índice foi calculado atribuindo 1 ponto por cada dimensão na qual o participante fosse classificado nos grupos de dependência, défice cognitivo ou maior risco de isolamento social e somando o total de pontos obtidos.

Foram ainda realizadas comparações entre o grupo de residentes que participaram no estudo e os que não participaram relativamente às características sócio-demográficas e comparações dos resultados nos vários testes de avaliação individual em função de características sócio-demográficas dos participantes (idade, género e escolaridade) com recurso ao teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Os dados relativos à avaliação das características ambientais foram também descritos e as pontuações (em percentagem) por dimensão de cada uma das subescalas foram apresentadas em gráfico.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados decorrentes da análise de dados. Primeiramente serão apresentados os resultados relativos às características dos participantes e depois os resultados referentes à avaliação das características ambientais da ERPI.

3.1. Os Residentes

3.1.1 Perfil sócio-demográfico dos residentes e acolhimento em ERPI

Dos 26 residentes da ERPI, foram avaliados 18 (69,2%). Os residentes que não participaram no estudo são ligeiramente mais novos do que os participantes ($M=77,6$ vs. $M=82,3$) e apresentam um nível de escolaridade mais baixo ($M=1,3$ vs. $M=2,4$). No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas em termos de distribuição de idade, género e escolaridade ($p>0,070$) (tabela 3). Globalmente os residentes excluídos não participaram no estudo devido a: a) dificuldades de compreensão e comunicação (50,0%), b) incapacidade global (37,5%) e c) dificuldades de comunicação oral e escrita (12,5%).

Dos 18 residentes participantes, 13 são mulheres (72,2%) e 5 homens (27,8%), com idade média de 82,3 anos ($dp=10,4$), variando entre os 56 e 96 anos. Dois participantes (11,1%) têm idade inferior a 65 anos (entre 56 e 64 anos), 3 participantes (16,7%) têm entre 65 e 79 anos e 13 participantes (72,2%) têm mais de 80 anos de idade (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação entre características dos residentes participantes e não participantes

	Incluídos (n=18)		Não incluídos (n=8)		Total (n=26)		Teste
Características							
Idade M (dp)	82,3 (10,4)		77,6 (8,7)		80,9 (10,0)		U=104,5; p=0,070
Min-Max	56-96		58-85		56-96		
56-64	2	11,1	1	12,5	3	11,5	
65-79	3	16,7	2	25,0	5	19,2	
80 +	13	72,2	5	62,5	18	69,2	
Género							$\chi^2=0,728$; p=0,393
Feminino	13	72,2	7	87,5	6	23,1	
Masculino	5	27,8	1	12,5	20	76,9	
Escolaridade M (dp)	2,4 (1,8)		1,3 (1,8)		2,4 (1,8)		U=97,5; p=0,160
0anos	6	33,3	6	33,3	11	42,3	
3-4anos	12	66,7	12	66,7	15	57,7	

Em média, os participantes têm 2,4 anos de escolaridade ($dp=1,8$), 6 participantes (33,3%) nunca frequentaram a escola e os restantes 12 participantes (66,4%) têm entre 3 e 4 anos de escolaridade. Relativamente ao estado civil, 27,8% dos participantes são casados, 66,7% são viúvos e uma residente (5,6%) está separada. A proporção de residentes viúvos é maior no grupo com 80 ou mais anos do que no grupo mais novo (76,9% vs 40,0%)

No que se refere à situação profissional, a totalidade dos residentes está reformada, não tendo qualquer trabalho remunerado.

A análise de resultados, relativamente à atividade profissional desenvolvida ao longo da vida ativa revela que 8 participantes (44,4%) exerceram profissões associadas ao setor primário (e.g., jardinagem, agricultura), 6 participantes (33,3%) trabalharam no setor secundário (e.g., pedreiro, padeira, costureira, carpinteiro) e 2 participantes (11,1%) trabalharam no setor terciário (e.g., mecânico, empregada doméstica). Os restantes 2 participantes (11,1%) não trabalharam ou foram domésticas.

No que diz respeito ao rendimento individual dos participantes, observa-se que 8 participantes (44,4%) têm pensões de velhice entre 499 euros e 999 euros e 10 participantes (55,6%) auferem rendimentos inferiores a 499 euros (tabela 4).

Tabela 4. Características sócio-demográficas dos participantes

Características	Participantes (n=18)	
	n	%
Estado Civil		
Solteiro	5	27,8
Viúvo	12	66,7
Separado(a)/divorciado(a)	1	5,6
Situação Profissional		
Reformado	18	100,0
Reformado (trab. remunerado)	0	0,0
Rendimento Mensal		
< 499 euros	10	55,6
500-999	8	44,4
Profissão		
Setor Primário	8	44,4
Setor Secundário	6	33,3
Setor Terciário	2	11,1
Domésticas e outras situações	2	11,1

No que diz respeito à relação com os outros residentes da ERPI, a maioria dos participantes avalia-a como próxima e amigável (94,4%), enquanto 5,6% considera que a relação é afastada. Já relativamente à relação com os colaboradores, a grande maioria dos participantes (94,4%) considera ter uma relação próxima e amigável e apenas um participante (5,6%) avalia esta relação como conflituosa. A maioria dos participantes (72,2%) tem filhos ($M= 1,5$, $dp=1,3$), variando entre 0 e 4 filhos. Quanto ao número de amigos, os participantes referem ter em média 2,9 amigos ($dp=2,9$) e confiam, em média em 2,6 ($dp=2,2$) pessoas. A maioria referiu que as pessoas em quem confiam são familiares e amigos fora da ERPI (76,5%), seguindo-se de outros residentes (29,4%) e colaboradores da ERPI (17,6%). Um total de 3 participantes referiu não confiar em ninguém (Tabela 5).

Tabela 5. Rede de apoio social

	Participantes (<i>n</i> =18)	
	<i>n</i>	%
Relação com residentes		
Próxima e amigável	17	94,4
Afastada	1	5,6
Relação com colaboradores		
Próxima e amigável	17	94,4
Afastada	1	5,6
Tem filhos		
Número de filhos <i>M(dp)</i>	1,5 (1,3)	
Min-Máx	0-4	
Número de Amigos <i>M(dp)</i>		
Número de Amigos <i>M(dp)</i>	2,9 (2,9)	
Min-Máx	1-10	
Número de pessoas que confia <i>M(dp)</i>		
Número de pessoas que confia <i>M(dp)</i>	2,6 (2,2)	
Min-Máx	0-7	
Família, Amigos fora da ERPI	13	76,5
Outros Residentes	5	29,4
Colaboradores	3	17,6
Não confia em ninguém	3	17,6

O grupo de participantes ($n=18$) reside, em média, há 5,2 anos ($dp=5,0$) na ERPI, variando entre meio ano e 16 anos. A maioria dos participantes foi acolhida na ERPI devido a isolamento social (72,2%), seguindo-se as situações de doença/incapacidade (11,1%) e condições de habitabilidade inadequadas (11,1%). Um participante (5,6%) foi acolhido por outra razão (desentendimento familiar). Na maioria dos casos (72,2%), foram os familiares que tomaram a decisão do acolhimento, em 16,7%, foram os próprios que tomaram essa decisão e em 11,1% a decisão foi tomada por técnicos de ação social (11,1%) (tabela 6).

Tabela 6. Tempo residência na ERPI e motivo de acolhimento em ERPI

	Participantes ($n=18$)	
	<i>n</i>	%
Tempo que reside na ERPI (anos)<i>M(dp)</i>	5,2(5,0)	
Min-Máx	0,50-16	
Motivos de acolhimento em ERPI		
Doença/ Incapacidade	2	11,1
Isolamento Social	13	72,2
Condições de Habitabilidade Inadequadas	2	11,1
Outras situações	1	5,6
Decisão para acolhimento em ERPI		
Familiares	13	72,2
Próprio	3	16,7
Técnicas de ação social	2	11,1

A maioria dos participantes (77,8%) participa em algum tipo de atividade recreativa e de estimulação dinamizada pela ERPI (tabela 7). Dos 14 participantes que referiram que participam nestas atividades, 10 residentes especificaram as atividades nas quais costumam participar, nomeadamente: escrita, pintura, desenho (90%), seguindo-se o desporto (60%) (e.g., ginástica e hidroginástica), estimulação cognitiva (60%), e, por último, jogos de mesa (40%) e festas/convívio (40%).

Tabela 7. Participação nas atividades e tipos de atividades

	Participantes	
	(n=18)	
	n	%
Participação nas atividades	14	77,8
Tipos de Atividades ^{a)}		
Escrita, Pintura, Desenho	9	90,0
Desporto	6	60,0
Festas/Convívios	4	40,0
Jogos de Mesa	4	40,0
Estimulação Cognitiva	6	60,0

^{a)}n=10

Quase todos os residentes inquiridos recebem visitas regularmente (94,4%), 56,3% recebe visitas todas as semanas, 6,3% quinzenalmente e 31,3% mensalmente. Um residente (6,3%) referiu nunca ter recebido visitas na ERPI. A maioria dos 17 participantes que recebem visitas (88,2%) são visitados por familiares e os restantes 11,8% são visitados globalmente por amigos (11,8%) (tabela 8).

Tabela 8. Receção e periodicidade de visitas na ERPI

	Participantes	
	(n=18)	
	n	%
Costuma ter visitas	17	94,4
Frequência de visitas ^{a)}		
Semanalmente	9	56,3
Quinzenalmente	1	6,3
Mensalmente	5	31,3
Nunca	1	6,3
Quem visita		
Familiares	15	88,2
Amigos	2	11,8

^{a)}n=16

3.1.2. Dimensões do funcionamento humano

Relativamente à capacidade de mobilidade, apenas 33,3% dos participantes referiu sentir dificuldades de mobilidade dentro das instalações da instituição e 61,1% dos participantes mencionaram sentir dificuldades em deslocar-se fora da instituição, limitando a sua capacidade.

No que diz respeito aos resultados sobre a **funcionalidade nas ABVD** com o Índice de Barthel, os participantes obtiveram uma pontuação média de 77,5 valores ($dp=26,3$), variando entre 20 e 100 pontos. Relativamente ao grau de dependência, observa-se que 9 participantes (50%) apresentam independência para as ABVD, 7 participantes (38,9%) apresentam-se ligeiramente dependentes, 1 participante (5,6%) severamente dependente e 1 participante (5,6%) totalmente dependente (Tabela 9).

Tabela 9. Funcionalidade para as atividades básicas da vida diária (Índice de Barthel)

	Participantes	
	(n=18)	
	n	%
Funcionalidade para as atividades básicas de vida diária $M(dp)$	77,5 (26,3)	
Min-Máx	20-100	
Independente	9	50,0
Ligeiramente dependente	7	38,9
Severamente dependente	1	5,6
Totalmente dependente	1	5,6

Analisando os itens do Índice de Barthel, verifica-se que as ABVD nas quais os participantes apresentam maior independência são o controlo intestinal (88,9%), controlo vesical (83,3%) e alimentação (72,2%) (Tabela A1). Os participantes apresentam maior dependência em atividades como o banho (44,4%) e higiene corporal (38,9%), assim como na utilização da casa de banho, em subir escadas e na deambulação (todos estes itens com 11,1% de participantes a necessitar de ajuda total para realizar as ABVD).

Relativamente à **funcionalidade nas AIVD**, avaliada através do Índice de Lawton, os participantes obtiveram uma pontuação média de 22,7 pontos ($dp=5,2$), variando entre 8 e

29 pontos. Em relação ao grau de dependência, observa-se que 5 participantes (27,8%) são moderadamente dependentes e 13 participantes (72,2%) severamente dependentes para as AIVD (Tabela 10).

Tabela 10. Funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária (Índice de Lawton)

	Participantes (n=18)	
	n	%
Funcionalidade para as AIVD M(dp)	22,7(5,2)	
Min-Máx	8-29	
Moderadamente dependente	5	27,8
Severamente dependente	13	72,2

Analisando os itens do Índice de Lawton, verifica-se que a maioria dos participantes não apresenta independência total para nenhuma das atividades analisadas. Cerca de 83% dos participantes é incapaz de utilizar um transporte, 77,8% é incapaz de utilizar dinheiro e de ir às compras, 66,7% é também incapaz de preparar as refeições e 50% também não consegue lavar a sua roupa. Quanto às atividades que os participantes conseguem realizar com alguma ajuda, verifica-se que 83,3% considera ser capaz de tomar a medicação se a preparem antes, 66,7% necessita de ajuda para usar o telefone, 38,9% considera ser capaz de lavar pequenas peças de roupa, 22,2% seria capaz de realizar tarefas leves na casa/quarto, 16,7% é capaz de utilizar um transporte público e 11,1% considera ser capaz de preparar uma refeição se lhe prepararem os ingredientes (Tabela A2).

Em relação ao **funcionamento cognitivo**, os participantes obtiveram uma pontuação média de 20,4 pontos ($dp=4,6$) no MMSE, variando entre 0 e 30.

Tomando em consideração os critérios de Morgado e colaboradores (2009), verifica-se que 72,2% dos residentes avaliados apresentam indicadores de défice cognitivo. No entanto, de acordo com os critérios de Freitas e colaboradores (2015), aplicados apenas aos residentes com 1 ou mais anos de escolaridade (n=12), verifica-se que a proporção de participantes que apresenta indicadores de défice cognitivo sobe para 83,3% (Tabela 11).

Tabela 11. Funcionamento cognitivo (MMSE)

	Participantes (n=18)			
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>Amplitude Teórica</i>
MMSE				
MMSE	20,4	4,6	0-30	0-30
Orientação	6,83	1,7	0-10	0-10
Memória Imediata	2,67	0,7	0-3	0-3
Cálculo	2,44	2,1	0-5	0-5
Memória de Trabalho	1,22	1,2	0-3	0-3
Linguagem	6,94	1,1	0-8	0-8
Organização Visuo-Perceptiva (desenho)	0,33	0,5	0-1	0-1
Indicadores de déficit cognitivo				
Critérios de Morgado et al., 2009				
Com déficit <i>n</i> (%)	13 (72,2)			
Sem déficit <i>n</i> (%)	5(27,8)			
Critérios de Freitas et al., 2015^{a)}				
Com déficit <i>n</i> (%)	10 (83,3)			
Sem déficit <i>n</i> (%)	2 (16,7)			

^{a)} n=12

Considerando as várias áreas do MMSE, verifica-se que os participantes obtêm pontuações médias mais elevadas na memória imediata ($M=2,67$, $dp=0,7$) e na linguagem ($M=6,94$, $dp=1,1$) e pontuações mais baixas na orientação ($M=6,83$, $dp=1,7$), no cálculo ($M=2,44$, $dp=2,1$), na memória de trabalho ($M= 1,22$, $dp=1,2$), na prova de organização visuo-perceptiva (desenho) ($M= 0,33$, $dp=0,5$) (Tabela 11). Nos itens relativos à orientação os participantes apresentam melhores resultados nos itens relativos à orientação espacial do que na orientação temporal. Todos os participantes conseguiram nomear o local onde estavam e o distrito no qual residem, e a maioria conseguiu nomear o país (94,4%), a localidade onde reside, e a Terra (66,7%). Os participantes apresentaram mais dificuldades na orientação temporal, especialmente no que diz respeito ao dia do mês (83,3%) e ao ano (66,7%) (Tabela A3). Na retenção, a grande maioria dos participantes consegue evocar de imediato as 3 palavras (>83%). No caso do cálculo, os participantes apresentaram maior percentagem de respostas incorrectas nos dois últimos itens da sequência de cálculos (61,1%). A mesma tendência foi verificada na memória de trabalho, uma vez que foi no

último item (bola) que se verificou a maior proporção de respostas erradas ou ausência de evocação (77,8%).

Relativamente à linguagem, verifica-se que a maioria dos participantes respondeu corretamente a todos os itens (>83%), com exceção da leitura da frase, na qual apenas 12% foi capaz de realizar correctamente a tarefa. No entanto 77,8% dos participantes conseguiu escrever uma frase correta. No desenho, a maioria dos participantes (66,7%) não conseguiu reproduzir correctamente a figura apresentada (Tabela A3).

No que diz respeito à **sintomatologia depressiva**, os participantes obtiveram uma pontuação média de 8,1 ($dp=2,4$) pontos na Escala de Depressão Geriátrica, variando entre 5 e 13 pontos. Um total de 15 participantes (83,3%) apresenta pontuação na GDS-15 superior a 5 pontos, valor indicativo de maior sintomatologia depressiva na investigação internacional (tabela 12).

Tabela 12. Sintomatologia Depressiva

	Participantes (n=18)			
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Amplitude Teórica</i>
Sintomatologia Depressiva (GDS-15) <i>M(dp)</i>	8,1	2,4	5-13	0-15
Grupos de sintomatologia depressiva				
Com sintomas de depressão <i>n (%)</i>	15 (83,3)			
Sem sintomas de depressão <i>n (%)</i>	3 (16,7)			

Analisando a pontuação dos participantes por cada questão da GDS-15 (tabela A4), observa-se que as questões que mais contribuem para a pontuação total indicativa de sintomatologia depressiva são: pôr de lado muitas das suas atividades e interesses (88,9%), ter medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal (83,3%), não estar bem-disposto a maior parte do tempo (77,8%), não se sentir feliz a maior parte do tempo (77,8%), não se sentir satisfeito com a sua vida (72,2%), sentir que para si não há esperança (66,7%) e pensar que a maioria das pessoas passa melhor do que o próprio (61,1%).

No que diz respeito aos **sintomas de ansiedade**, os participantes obtiveram uma pontuação média de 12,8 pontos ($dp=6,4$) na Escala de Ansiedade Geriátrica (GAI), variando

entre 0 e 20 pontos. Um total de 14 participantes (77,8%) apresenta pontuação indicativa de sintomas de ansiedade e 4 participantes (22,2%) não apresentam sintomas graves de ansiedade (Tabela 13).

Tabela 13. Caracterização dos Sintomas de Ansiedade

	Participantes (n=18)			
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Amplitude Teórica</i>
Ansiedade (GAI Total)	12,8	6,4	0-20	0-20
Grupos de sintomas de ansiedade				
Com sintomas de ansiedade (8+) <i>n (%)</i>	14 (77,8)			
Sem sintomas graves de ansiedade <i>n (%)</i>	4 (22,2)			

Analisando, a pontuação dos participantes por cada questão do GAI (tabela A5), destacam-se algumas questões nas quais a maioria dos participantes pontuaram, como ficar ansioso com os próprios pensamentos (88,9%), sentir-se muitas vezes inquieto (77,8%), afligir-se muito com coisas sem importância (77,8%), sentir-se muitas vezes nervoso (77,8%), sentir muitas vezes um nervosismo interior (77,8%), ter dificuldade em tomar decisões (72,2%), pensar que é uma pessoa nervosa (72,2%), pensar que as próprias preocupações interferem com a própria vida (72,2%) e, sentir-se muitas vezes aflito (72,2%).

No que concerne à **rede social**, os participantes obtiveram uma pontuação média de 9,7 ($dp=4,2$) pontos na Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), variando entre 4 e 20. Os valores médios de apoio social na subescala família são ligeiramente superiores à escala de amigos ($M=5,4$ vs. $M=4,3$, respetivamente). Da totalidade dos participantes, verifica-se que 13 (72,2%) apresentam pontuação indicativa de maior risco de isolamento social (Tabela 14).

Tabela 14. Funcionamento interpessoal: as relações sociais

	Participantes (n=18)			
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>Amplitude Teórica</i>
Rede Social (Lubben Total)	9,7	4,2	4-20	0-30
Família	5,4	4,2	0-15	0-15
Amigos	4,3	3,1	0-15	0-15
Grupos de Lubben				
Maior risco de isolamento social <i>n (%)</i>	13 (72,2)			
Menor risco de isolamento social <i>n (%)</i>	5 (27,8)			

Analisando os itens da Escala, na subescala família, verifica-se que a questão que apresenta um valor médio superior refere-se ao número de familiares de quem os participantes se sentem mais próximos, de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda ($M=1,94$, $dp=1,3$). Já na subescala amigos a questão que apresenta um valor médio mais elevado refere-se ao número de amigos que os participantes vêem ou falam pelo menos uma vez por mês ($M= 1,78$, $dp=1,4$) (tabela A6). Assim em ambas as subescalas, os participantes parecem pontuar mais nos itens relativos à dimensão da rede social e menos na frequência de contactos.

Em relação à **satisfação com a vida**, os participantes obtiveram uma pontuação média de 20,1 pontos ($dp=4,7$) na Escala de Satisfação com a Vida de Diener, variando entre 13 e 31 pontos. A pontuação média obtida coincide com o ponto médio desta escala estabelecido pela investigação internacional (valor 20; Diener, 2006), que define uma transição entre satisfação e insatisfação global com a vida, no entanto a mediana é 19, estando assim, abaixo deste valor. Como tal, poder-se-á estimar que os participantes deste estudo apresentam um nível moderado de satisfação ou alguma insatisfação com a vida (Tabela 15).

Tabela 15. Análise da Satisfação com a vida (SWLS1)

	Participantes (n=18)			
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>Min-máx</i>	<i>Amplitude Teórica</i>
Satisfação com a Vida (SWLS1 total)	20,1	4,7	13-31	5-35
De muitas formas a minha vida está próxima do meu ideal	3,8	1,2	2-7	1-7
As condições da minha vida são excelentes	3,7	1,6	1-7	1-7
Estou satisfeito com a minha vida	3,8	1,4	2-7	1-7
Até agora tenho tido as coisas mais importantes que quero na vida	4,1	1,6	1-6	1-7
Se pudesse viver tudo de novo não mudaria nada	4,6	1,7	2-7	1-7

Analisando os itens desta escala, verifica-se também que a pontuação obtida em cada item se situa nos valores medianos da escala de Likert (entre 3 e 4). Os itens nos quais os participantes manifestam maior satisfação dizem respeito à avaliação global sobre a obtenção das “coisas” importantes na vida (“até agora tenho tido as coisas mais importantes que quero na vida”; $M= 4,11$, $dp=1,6$) e a consideração que não mudariam nada na sua vida (“Se pudesse viver tudo de novo não mudaria nada”; $M=4,61$; $dp=1,7$). O item cuja pontuação média mais se distancia da pontuação máxima diz respeito à avaliação das condições da vida (“As condições da minha vida são excelentes”; $M=3,7$, $dp=1,6$) (Tabela 15).

3.1.3. Exploração de associações entre variáveis e perfis de funcionamento individual

A tabela 16 apresenta as correlações entre a idade, escolaridade e as variáveis de avaliação do funcionamento individual.

Verifica-se uma associação negativa moderada e estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre a escolaridade e a pontuação na Lubben-6, indicando que quanto maior o nível de escolaridade, menor a rede social. A pontuação no Índice de Barthel apresenta uma correlação negativa, forte e significativa ($p<0,01$) com a pontuação no Índice de Lawton e uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa ($p<0,05$) com a pontuação no MMSE. Assim verifica-se que maiores níveis de independência para as ABVD estão associados a melhores níveis de independência nas AIVD e melhor nível de funcionamento cognitivo. Também o Índice de Lawton apresenta uma correlação negativa

forte e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a pontuação no MMSE, indicando uma associação forte entre a funcionalidade para as AIVD e o funcionamento cognitivo.

Tabela 16. Matriz de correlações

	Idade	Escola	ABVD	AIVD	Func. Cognitivo	Depressão	Ansiedade	Rede Social	Satisfação com a Vida
Idade	---	0,354	0,052	0,005	-0,086	-0,164	0,086	-0,300	0,176
Escola	---	---	0,090	0,027	0,024	-0,086	0,080	-0,496*	-0,454
ABVD	---	---	---	-0,789**	0,517*	-0,172	0,052	0,007	0,128
AIVD	---	---	---	---	-0,751**	-0,048	-0,003	-0,032	-0,173
Func. Cognitivo	---	---	---	---	---	-0,167	-0,411	-0,030	0,018
Depressão	---	---	---	---	---	---	0,410	-0,009	0,357
Ansiedade	---	---	---	---	---	---	---	0,055	-0,813
Rede Social	---	---	---	---	---	---	---	---	0,093
Satisfação com a Vida	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Correlações Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Foram também realizados testes de comparações de grupos, para explorar a diferenças na distribuição de variáveis de funcionamento individual em diferentes grupos sócio-demográficos, de género, idade e escolaridade.

Os resultados obtidos das escalas de avaliação da funcionalidade, funcionamento cognitivo, rede social e satisfação com a vida não apresentaram diferenças significativas entre homens e mulheres ($U > 17,0$; $p > 0,140$), entre participantes mais novos e mais velhos (58-79 vs. 80+) ($U > 14,0$; $p > 0,70$), nem entre participantes com diferentes graus de escolaridade ($U > 17,5$; $p > 0,80$). No entanto, quando comparamos as pontuações nos vários testes entre os participantes que apresentam dependência e independência no índice de Barthel, verificamos diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação no Índice de Lawton ($U = 4,0$; $p < 0,001$) e no MMSE ($U = 13,5$; $p < 0,014$). Estes resultados poderão indicar que as várias dimensões do funcionamento individual apresentarão uma maior associação com o nível de funcionalidade para as ABVD, do que as características sócio-demográficas, como por exemplo a idade.

A partir dos resultados dos participantes nas escalas de avaliação individual, foi possível calcular um índice risco global, de modo a melhor compreender a situação de cada participante considerando as várias dimensões de funcionamento avaliadas. Na tabela 17, é possível observar o somatório de indicadores de risco dos participantes, assim como o perfil inerente às dimensões em que cada participante apresenta risco/défice/dependência.

Um total de 3 participantes (16,7%) apresenta indicadores de déficit/risco em todas as dimensões de avaliação do funcionamento individual, 8 participantes (44,4%) em cinco dimensões, 4 participantes (22,2%) em 4 dimensões, 2 participantes (11,1%) em três dimensões e 1 participante (6%) em duas dimensões.

Numa análise global da tabela é possível distinguir três grupos. O primeiro (a cinzento mais escuro) com 7 participantes (38,9%), que apresenta simultaneamente dependência nas ABVD e AIVD, indicadores de déficit cognitivo e de depressão.

Segue-se um grupo de 4 participantes (22,2%) independente nas ABVD (assinalado a cinzento claro), mas que apresenta dependência nas AIVD, assim como indicadores de déficit cognitivo, depressão, ansiedade e maior risco de isolamento social.

Tabela 17. Número e perfis de indicadores de risco/déficit nas dimensões de funcionamento individual

Participante	Nº de Indicadores de risco	Dependência ABVD	Dependência AIVD	Déficit Cognitivo	Indicador de Depressão	Indicador de Ansiedade	Maior risco de Isolamento Social	Satisfação com a vida (pontuação <20)
10	6	X	X	X	X	X	X	X
15	6	X	X	X	X	X	X	X
17	6	X	X	X	X	X	X	
6	5	X	X	X	X	X		
16	5	X	X	X	X	X		X
18	5	X	X	X	X		X	
7	5	X	X	X	X		X	
3	5		X	X	X	X	X	X
4	5		X	X	X	X	X	
2	5		X	X	X	X	X	X
9	5		X	X	X	X	X	
5	4	X	X	X		X		X
13	4	X	X	X			X	X
14	4		X		X	X	X	X
12	4		X		X	X	X	X
11	3		X		X	X		
1	3		X			X	X	
8	2		X		X			X
		9	18	13	15	14	13	10

Um outro grupo emerge de 7 participantes (38,9%) (a branco) que apresenta alguns indicadores de risco com perfis heterogéneos, mas que na totalidade não apresenta risco/déficit em mais do que 4 dimensões. Dois destes participantes são dependentes nas ABVD e AIVD e apresentam indicadores de déficit cognitivo, mas não de depressão ou ansiedade. Os restantes 5 apresentam apenas dependência nas AIVD e indicadores de depressão e/ou ansiedade ou risco social, mas são independentes nas ABVD e não têm

indicador de déficit cognitivo. Contrastando estes resultados com os níveis de satisfação com a vida (acima ou abaixo de 20), verifica-se 28,6% dos participantes do primeiro grupo, 50% dos participantes do segundo grupo e 57,1% dos participantes do último grupo apresentam valores inferiores a 20 pontos na escala de satisfação com a vida de Diener, considerado ponto médio da escala Diener na investigação internacional e que marca a transição de uma avaliação global de satisfação para uma avaliação global de insatisfação. Assim observa-se uma maior proporção de participantes com menor satisfação com a vida no grupo dos participantes com menor número de indicadores de risco/défice.

3.2. Características ambientais da ERPI

As características ambientais da ERPI foram avaliadas a partir de três subescalas do SERA contemplando as características físicas e arquitectónicas, as características físicas e organizativas e as características do Pessoal e dos Residentes. Seguidamente serão apresentados os resultados de cada subescala.

No que se refere às **Características Físicas e Arquitectónicas (ICAF)** (Figura 1), verifica-se pontuação mais elevada nas dimensões relativas às áreas de pessoal (88%), ao conforto físico (68%), às ajudas protésicas (65%) e à disponibilidade de espaço (62%). As dimensões que obtiveram pontuação mais baixa foram as ajudas de orientação (38%) e a acessibilidade à comunidade (41%), ambas com pontuação inferior a 50%.

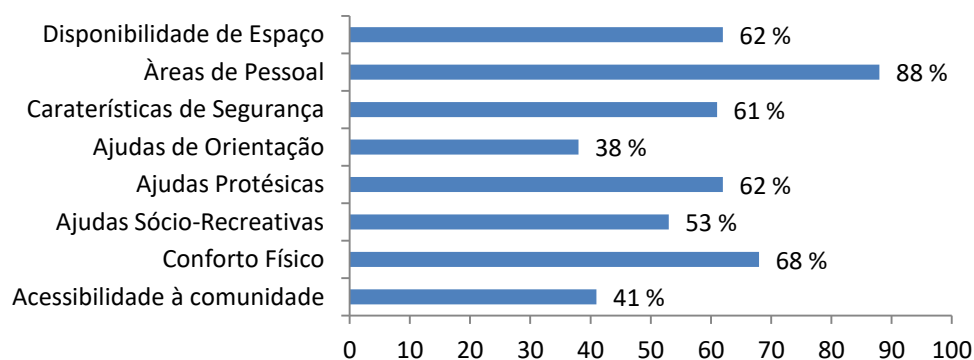


Figura 1- Resultados do ICAF

Analisando os pontos fortes da ERPI ao nível das características físicas e arquitetónicas, observa-se que, na dimensão **área do pessoal** (88%) do ICAF, as questões que determinam

uma pontuação elevada são, o facto de existir uma zona de estacionamento para os colaboradores, assim como a existência de gabinetes exclusivos para o pessoal da secretaria e da administração, e para o pessoal dos serviços sociais, estando, assim, livres de distrações provenientes de atividades próximas. É também valorizada a existência de uma sala de estar para os colaboradores da instituição (com cerca de 21,28m²) e o facto de haver 18 colaboradores a trabalhar a tempo inteiro. No que concerne à dimensão **conforto físico (68%)**, as questões que originam uma pontuação mais elevada são, a existência de uma entrada principal protegida contra o sol e a chuva e mobiliário de exterior com sombras, proteção contra a chuva e em bom estado. Dentro do edifício, foi ainda valorizada a decoração diferenciadora nos corredores, a existência de bebedouros, telefones públicos, uma capela de meditação, espelhos nas casas de banho. Ao nível dos quartos, foi valorizado o facto de ter paredes e chão em tons claros, haver um local para colocar flores ou plantas e a existência de varandas. Quanto à dimensão **ajudas protésicas (65%)** verifica-se que as questões que levam a uma pontuação mais elevada são, entrar no edifício sem subir escadas, portas suficientemente largas para passar uma cadeira de rodas, a existência de corrimões nos corredores e boas acessibilidade para os residentes utilizarem os bebedouros, existe um telefone portátil que permite maior comodidade aos residentes dependentes e os móveis estão suficientemente separados para passar uma cadeira de rodas. Nas casas de banho, as portas são de correr, existem barras de apoio junto dos sanitários, assento embutido no duche, banheira adequada para residentes dependentes e toalheiros a mais de 1 metro do chão.

Em contrapartida, numa análise dos pontos fracos/fragilidades da ERPI, verifica-se, na dimensão **ajudas de orientação (38%)** do ICAF, que as questões que determinam uma pontuação mais baixa são, a não existência de um relógio de parede na zona de entrada da instituição, a não diferenciação dos corredores por cores ou números e a não existência de um plano de guia dos recursos/serviços comunitários disponíveis naquela zona, num espaço público da ERPI. Relativamente à dimensão **acessibilidade à comunidade (41%)**, destaca-se a ausência de serviços como drogaria, cinema e/ou teatro, biblioteca pública, banco, correios ou parque a menos de meio km de distância da instituição.

No que se refere às **Características Organizativas e de Funcionamento (ICOF)** (Figura 2), pode observar-se que praticamente todas as dimensões se situam abaixo de 50%,

verificando-se resultados acima deste valor apenas nas dimensões de disponibilidade de assistência à vida diária (93%), disponibilidade de atividades sócio-recreativas (63%) e tolerância dos residentes (87%).

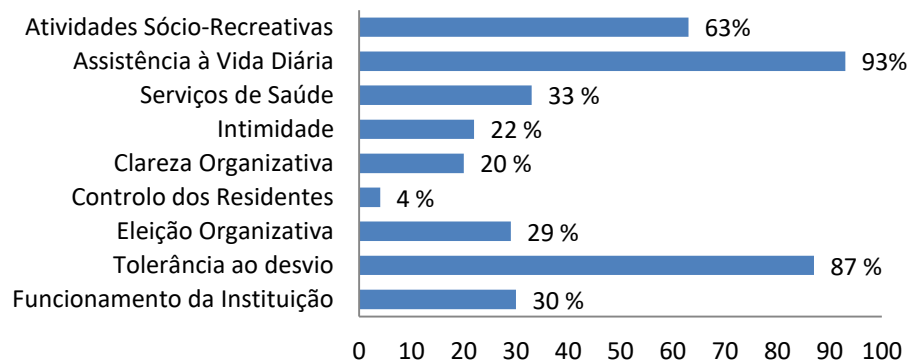


Figura 2. Resultados do ICOF

Analisando os pontos fortes desta subescala, observa-se que na dimensão **assistência à vida diária (93%)** do ICOF, a valorização da existência de um tempo de preparação da transição/adaptação anterior à admissão dos residentes, assim como a prática de verificação da presença de todos os residentes diariamente. Quanto à dimensão **tolerância ao desvio (87%)**, valoriza-se o desencorajamento e ajuda para cessação de comportamentos considerados nocivos para os residentes (e.g., toma de medicamentos não prescritos pelo médico, ficar alcoolizado, roubar coisas os outros residentes). Na dimensão disponibilidade de **atividades sócio-recreativas (63%)**, é valorizado o estabelecimento de horários e períodos para as rotinas da instituição, como pelo menos uma hora para os residentes poderem tomar o pequeno-almoço e um horário definido para levantar de manhã (entre as 8h e as 9h), tomar banho, deitar-se e apagar as luzes e para atividades da instituição.

No que diz respeito às fragilidades da instituição em termos organizativos, especificamente na dimensão **controlo dos residentes (4%)**, a pontuação desta dimensão foi prejudicada pelo facto de não existir residentes que realizem trabalhos não remunerados na instituição, pela baixa participação dos residentes nas tomadas de decisão na ERPI (e.g., não existe um conselho, assembleias regulares nem comités compostos por residentes, é a direção que decide a organização de atividades educativas, de boas vindas e de orientação ou o planeamento das atividades e horários da ERPI). Na dimensão **clareza organizativa**

(20%), as questões associadas à baixa pontuação são a não existência de guias para os residentes (e.g., com regras, procedimentos médicos, horários de atividades e/ou serviços), de um programa de orientação para novos residentes, de um programa de orientação para novos colaboradores, de uma reunião com a equipa multiprofissional pelo menos, uma vez por semana, nem existir um programa de orientação para voluntários ou de um jornal/boletim informativo da instituição. Na dimensão **intimidade (22%)**, as questões que determinam uma pontuação mais baixa são a falta de casas de banho privadas, o facto dos residentes não terem caixas de correio individuais, e o facto dos quartos não terem chave.

Quanto às **Características do Pessoal e Residentes (ICPR)** (Figura 3) verifica-se que as dimensões avaliadas que apresentam pontuação mais elevada são a utilização de serviços de assistência na vida diária (65%) e recursos humanos (50%). As dimensões que obtiveram pontuação mais baixa foram a utilização de serviços de saúde (13%), a integração na comunidade (30%) e o nível de atividades (32%).

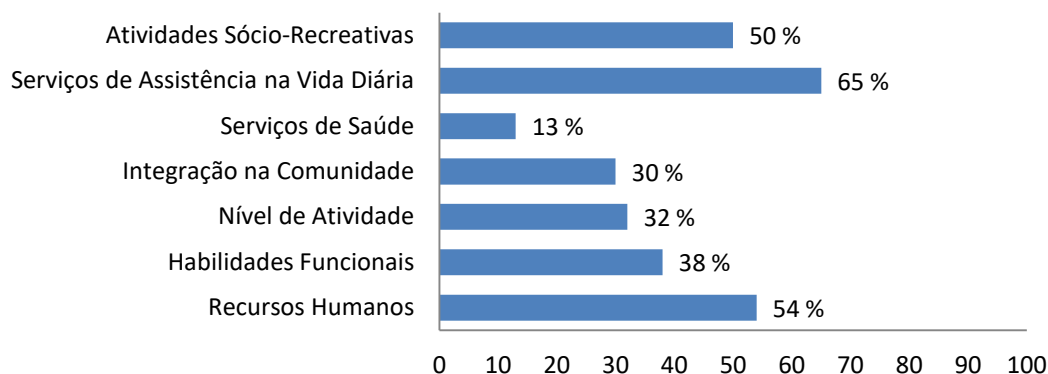


Tabela 3. Resultados do ICPR

Nesta subescala, destacam-se alguns pontos fortes, como na dimensão **utilização dos serviços de assistência de vida diária (65%)**, a forte utilização dos residentes de serviços religiosos (69%), cabeleireiro (69%) e assistência no cuidado pessoal (58%), para além da utilização por todos os residentes dos serviços básicos que a instituição oferece (e.g., assistência na limpeza do quarto, serviço de lavandaria, refeições). No que concerne à dimensão **recursos humanos (54%)**, salientam-se como aspetos positivos existência e uma enfermeira a tempo parcial e de psicóloga, assistente social e animadora a tempo inteiro. Na dimensão **utilização de atividades sócio-recreativas (50%)** foi valorizada a elevada participação dos residentes em atividades disponibilizadas pela instituição: festas (77%),

trabalhos manuais (77%), atividade física (69%), diversões no exterior (69%), filmes (58%), serviços religiosos (69%) e jogos de cartas, bingo, ou outros jogos (58%).

Relativamente às fragilidades da instituição nesta subescala, verifica-se, na dimensão utilização de **serviços de saúde (13%)** uma baixa pontuação devido à inexistência de horário fixo do médico, médico por chamada, protocolos com clínicas de fisioterapia, podólogo, terapia ocupacional. A pontuação na dimensão **integração na comunidade (30%)** foi também prejudicada pela baixa proporção de residentes que costumam sair da instituição e contactar com a comunidade (e.g., apenas 19% saem para visitar amigos ou familiares, 8% dos residentes para comer num restaurante, 8% costumam viajar com pernoita e nenhum residente sai para atividades culturais fora da instituição). Na dimensão **nível de atividades (32%)** relativa a atividades realizadas na semana anterior à avaliação, verificou-se globalmente um baixo nível de participação dos residentes em atividades como desenhar/pintar (35%), ouvir música (27%) ou ler jornal (15%). Nessa semana, nenhum residente realizou atividades de escrita (e.g., poemas, cartas); costura (e.g., cozer ou fazer malha); trabalhar com madeira ou cerâmica, fazer jardinagem e visitar outros residentes, nenhum residente participou.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Seguindo os pressupostos da Gerontologia Ambiental, o presente estudo pretendeu analisar o perfil de funcionamento de pessoas idosas residentes numa ERPI e relacionar as características dos residentes com as características físicas, organizativas e sociais do ambiente residencial. Através de uma análise quantitativa da informação recolhida, foi possível produzir evidência sobre o perfil dos residentes e as características do meio ambiente, assim como analisar a sua associação.

O estudo envolveu 18 participantes com idades compreendidas entre os 56 e os 96 anos, com uma média de idade de 82 anos; 72,2% têm 80 ou mais anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino e frequentou a escola até ao 3º e 4º ano, escolaridade obrigatória em Portugal até 31 de Dezembro de 1966 (Direção Regional de Educação, 2013). Durante a sua vida ativa, a maioria dos participantes trabalhou no setor primário (e.g., jardinagem, agricultura). Atualmente todos estão reformados e cerca de metade auferem pensões de velhice inferiores a 500 euros mensais.

O perfil sócio-demográfico dos participantes deste estudo coincide com o perfil de residentes em ERPI patente na investigação, uma vez que a maioria apresenta características da quarta idade (Baltes & Smith, 2003). Também os estudos de Correia (2009), de Carvalho e Dias (2011) e de Rodrigues (2011) encontraram grupos de residentes maioritariamente viúvos em contextos de ERPI. A baixa escolaridade dos participantes deste estudo pode estar relacionada com o facto de se tratar de uma população maioritariamente rural cujo contexto de vida sempre foi orientado para atividades domésticas e agricultura (Carvalho & Dias, 2011) e nos quais a formação académica não era tão valorizada (Kochhan, Varela, Lisboa, & Chaves, 2010).

Em média, os participantes residem na instituição há cerca de 5 anos, variando entre meio ano e 16 anos. Na maioria dos casos, foram os familiares que tomaram a decisão de acolhimento, destacando-se como principais motivos o isolamento social, a doença/incapacidade e as condições de habitabilidade inadequadas. Estes resultados corroboram os resultados da investigação no domínio na qual o isolamento social (Sousa et al., 2012; Pimentel, 2005; Martins, 2006; Correia, 2009), a morte do cônjuge e diminuição da rede de suporte informal (e.g., família, amigos, vizinhos) (Martins, 2006; Correia, 2009), assim como a indisponibilidade familiar (Fernandes, 2010) surgem como os principais fatores que levam ao acolhimento de pessoas idosas em ERPI. A diminuição da capacidade funcional, associada também à idade avançada, ou a diagnóstico de doença incapacitante,

como a demência são fatores muito comuns para o acolhimento em ERPIs e estão presentes em vários estudos (Martins, 2006; Fernandes, 2010). Já em 1991, Paúl observou que as insuficientes condições físicas das residências das pessoas idosas estavam na origem de situações de acolhimento (Paúl, 1991). O presente estudo corrobora ainda a tendência da investigação que indica que a decisão de acolhimento é tomada, na maioria dos casos, pela família (Correia, 2009; Tier et al., 2004; Perlini, et al., 2007). Tier e colaboradores (2004) exploraram ainda as razões da família para essa tomada de decisão que está muito relacionada com a falta de tempo para cuidar dos familiares mais velhos e dependentes. De acordo com Perlini e colaboradores (2007), nestas situações, a família tenta procurar um ambiente que tenha características físicas e sociais capazes de proporcionar um melhor apoio/cuidado do que as casas onde os familiares mais velhos costumavam habitar.

Relativamente à sua rede social, a maioria dos participantes do nosso estudo é viúva, tem entre 1 a 2 filhos em média e cerca de 3 amigos. A família e amigos são as pessoas em quem mais confiam, sendo também a família quem os visita mais frequentemente, apesar de apenas metade dos participantes ter visitas semanais. Já na ERPI, os participantes avaliam a sua relação com os restantes residentes e com os colaboradores como próxima e amigável. De acordo com Cockerham (1991), as relações sociais compostas por familiares e amigos têm um grande impacto na vida das pessoas mais velhas, estando associadas a uma diminuição dos efeitos de stresse, especialmente quando são caracterizadas pela experiência de afeto, cuidado e assistência. Nesta linha de pensamento, Santos (2010) defende que, para promover uma integração positiva da Pessoa Idosa num determinado contexto (e.g., ERPI), é necessário contemplar e promover as relações pessoais (e.g., relações com família, com restantes residentes e com colaboradores). A promoção da qualidade relacional poderá prevenir a experiência de isolamento social e solidão. No entanto, no presente estudo, observa-se um risco elevado de isolamento social nos resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6 (72,2%). Esta proporção de residentes com elevado risco de isolamento social é relativamente esperada, considerando a investigação no domínio. Por exemplo, Rodrigues (2016) num estudo que compara a avaliação da rede social em pessoas idosas a residir em ERPI e na comunidade, com uma dimensão amostral de 99 participantes verificou que o grupo de ERPI apresenta um risco de isolamento social significativamente superior aos grupos da comunidade (46% vs. 24,5%).

No presente estudo, os resultados no Lubben-6 são muito baixos quando comparados com a investigação no domínio, que utiliza o mesmo instrumento, mantendo a tendência da investigação para uma maior pontuação nos itens relativos à família em contraste com os amigos (M=5,4 vs. M=4,3). Rodrigues (2016) encontrou valores mais elevados no Lubben-6 relativamente à família e aos amigos, tanto no grupo de residentes em ERPI (M=6,6 vs. M=5,3), como no grupo da comunidade (M=8,7 vs. M=7,4). Também Pereira (2013) realizou um estudo na comunidade com uma dimensão amostral de 104 pessoas idosas tendo registado valores mais elevados do que no nosso estudo quer em relação à família, quer aos amigos (M=11,4 vs. M=9,7).

De acordo com Sousa e colaboradores (2014) embora a família, enquanto rede social de apoio informal seja o maior suporte de apoio físico e emocional da Pessoa Idosa, os amigos também têm uma influência no seu bem-estar, pela partilha de intimidade, de interesses, confidencialidade, prestação de cuidados, socialização. Os pares são aqueles que melhor compreendem as variações associadas ao processo de envelhecimento, uma vez que vivenciam as mesmas experiências quer em termos de *coorte*, quer em termos pessoais, partilhando momentos agradáveis (Ribeiro et al., 2012). No entanto, no presente estudo, e apesar dos participantes residirem com outras pessoas da sua geração, os baixos valores no Lubben-6, poderão indicar que as relações entre pares não estará suficientemente estimulada. Quando analisamos os itens da Escala Lubben-6, verificamos ainda que estes resultados estão mais relacionados com baixa frequência de contactos do que com a dimensão da rede. Para além disso, apenas 9 dos 18 participantes (50%) recebem visitas semanais. A baixa frequência de visitas foi também encontrada nos estudos de Rodrigues (2016), no qual apenas 38% dos 50 dos residentes recebia visitas semanais, e no estudo de Castro (2014), com 19% dos participantes a receber visitas semanais.

Estes resultados apontam assim para a possibilidade do acolhimento institucional reduzir principalmente a representação sobre dinâmica e frequência de contactos da rede social, mas não necessariamente sobre a dimensão da rede, especialmente da rede familiar. Ou seja, com o acolhimento em ERPI, as pessoas idosas poderão ver reduzidas as possibilidades de manter contactos frequentes com os familiares.

Globalmente, estes resultados sugerem que apesar da rede de amigos ser reduzida, a maioria dos residentes considera estas relações como próximas e amigáveis, nomeadamente no que se refere aos amigos que residem na instituição, e que a reduzida frequência das

visitas de familiares e amigos pode estar a contribuir para a manutenção do risco de isolamento social. Neste sentido, será importante que a ERPI promova as relações sociais entre os residentes e entre estes e a sua família e amigos, através de medidas como o incentivo às visitas, atividades que envolvam residentes e visitas (familiares e outros amigos), no sentido de promover a interação social e reduzir o risco de isolamento social, estando, desta forma, também a contribuir para a promoção do EBS.

Relativamente aos resultados da avaliação da funcionalidade para as AVD, metade dos participantes é dependente para as ABVD e a maioria apresenta dependência severa nas AIVD (72,2%). Estes resultados aproximam-se dos perfis de funcionalidade de pessoas idosas em acolhimento institucional apresentados na investigação. Vieitas (2015), num estudo com uma amostra de 15 pessoas idosas a residir em ERPI verificou que a maioria dos participantes era ligeiramente dependente (53%) nas ABVD e moderadamente dependente (73%) nas AIVD. No entanto, os estudos na comunidade apresentam proporções bastante mais baixas de participantes com dependência nas AVD. A proporção de participantes com dependência nas ABVD varia entre 19-20% (Pereira, 2013; Martins, 2012) e 35% (Nunes, Nakati, Silveira, Bachion & Souza, 2008), enquanto a proporção de participantes que apresentam dependência nas AIVD varia entre 60-65% (Nunes et al., 2008; Pereira, 2013; Martins, 2012) e 70% (Alves, 2013).

Sabendo que a funcionalidade resulta da interação entre as variáveis individuais (e.g., saúde, as capacidades cognitivas) e as variáveis ambientais (e.g., condições habitacionais e o ambiente social) (Azeredo, 2011; Duca et al., 2009), será expectável que a maioria dos participantes deste estudo apresente também indicadores de défice cognitivo. Neste sentido, no presente estudo, verificámos uma associação significativa entre a capacidade funcional e o funcionamento cognitivo. Para além disso, a maioria dos participantes (72%) apresenta dependência nas AIVD e indicadores de défice cognitivo e 38% apresentam ainda dependência nas ABVD. No entanto, estes resultados não estão associados a grupos sócio-demográficos específicos. A associação entre a funcionalidade e o funcionamento cognitivo foi também encontrada no estudo de Rodrigues (2009). Vigário (2012) num estudo com pessoas idosas a residir em ERPI verificou uma associação entre o perfil sócio-demográfico e o funcionamento cognitivo, sendo os residentes mais velhos, sem ou com baixa escolaridade e sem companheiro (cônjuge), os que apresentaram maior probabilidade de desenvolver défice/declínio cognitivo. No entanto, o autor demonstrou ainda que, mesmo controlando o

efeito das variáveis sócio-demográficas, o acolhimento institucional é o fator com maior impacto na incidência de déficit cognitivo. Também Plati, Priscila, Lukasova e Macedo (2006) concluíram que as pessoas idosas que estão em acolhimento institucional apresentam resultados menos satisfatórios no MMSE, quando comparadas com pessoas idosas que residem na comunidade, sendo que estes últimos também se envolvem em mais atividades sociais e mantêm maior autonomia e independência no dia-a-dia.

A maioria dos participantes do presente estudo (83,3%) apresenta sintomatologia depressiva. De facto, vários estudos mostram a maior prevalência de sintomatologia depressiva em pessoas idosas que residem em ERPI quando comparada com as pessoas idosas que residem na comunidade (Pamerlee et al., 1989; Brown et al., 2002), dado que os primeiros se encontram longe do seu ambiente familiar e sujeitos à própria rotina das ERPIs (Frade et al., 2015). Carvalho e Dias (2011) referem que com a mudança e adaptação da Pessoa Idosa à ERPI poderá aumentar emoções negativas que conduzem a estados depressivos, devido à quebra com a vida social anterior. Para além da elevada presença de sintomatologia depressiva, verifica-se cerca de 70% dos participantes apresentam sintomatologia ansiosa e metade apresenta comorbilidade depressão-ansiedade. Alguns estudos demonstram que a transição para a ERPI pode desencadear maior experiência de emocional de medo, revolta, insegurança e reações de angústia (Carvalho & Dias, 2011). Para Bernardino (2013) a ansiedade na Pessoa Idosa aumenta com o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória, reduzindo a qualidade de vida e potenciando e elevando o risco de morte. Também Skinner e Vaughan (1985, como citado em Almeida, 2011) referem que a ansiedade nas pessoas idosas está relacionada com as limitações vivenciadas na velhice que, na maioria dos casos, são entendidas como ameaçadoras.

Tendo em consideração os resultados relativos à depressão e ansiedade, foi expectável encontrar níveis moderados de satisfação ou alguma insatisfação com a vida. Outros estudos encontraram também níveis mais moderados de satisfação em pessoas idosas a residir em ERPIs, quando comparadas com pessoas a residir na comunidade (Seixas, 2014).

A satisfação com a vida representa um sentimento geral de felicidade, contentamento e preenchimento, que as pessoas idosas experimentam quando conseguem adaptar-se de forma satisfatória às alterações provocadas pelo envelhecimento (Tonarelli, 2010). Para esta adaptação positiva é fundamental a qualidade dos relacionamentos, na medida em que as pessoas idosas que apresentam uma rede social formada por familiares e amigos tendem a

ter menos dificuldade em lidar com os eventos de vida stressantes (tais como o acolhimento institucional em ERPI), bem como o sentido de controlo pessoal e bem-estar psicológico (Resende, Bones, Souza & Guimarães, 2006).

Deste modo, a satisfação com a vida, refletindo os níveis de qualidade de vida das pessoas idosas, poderá ser considerada como a chave para um EBS (Tonarelli, 2010).

De acordo com os modelos da Gerontologia Ambiental, a satisfação com a vida e a qualidade de vida também dependerão das características ambientais dos contextos de vida das pessoas. Analisando os nossos resultados à luz dos Modelos de Ecologia Ambiental, particularmente, do Modelo de Pressão-Competência de Lawton (Lawton & Nahemow, 1973; Lawton, 1975, 1977) fomos verificando um conjunto de aspetos facilitadores e de obstáculos que potenciam ou condicionam a vivência numa instituição. Assim, relativamente às características físicas e arquitetónicas (ICAF), identificamos alguns aspetos da instituição em termos de conforto físico (e.g., decoração, telefones públicos, capela de meditação, entrada principal protegida do sol e da chuva, um espaço exterior ajardinado com sombra de árvore e bebedouros de água) e ajudas protésicas (e.g., entrada na instituição sem subir escadas, portas largas e adequadas à passagem de cadeiras de rodas, corrimões nos corredores, casas de banho adaptadas para pessoas com limitações físicas) que poderão contribuir para diminuir o nível de pressão do ambiente sobre os residentes, aumentando o sentimento de competência pessoal (Lawton & Nahemow, 1973; Lawton, 1975, 1977). Da mesma forma, relativamente às características organizativas e de funcionamento (ICOF) da instituição observou-se um conjunto de aspetos que está também a contribuir para o equilíbrio entre a competência do indivíduo e as exigências feitas pelo meio. De entre estes aspetos salientamos a existência de um tempo de adaptação à instituição antes da admissão e verificação da presença de todos os residentes na dimensão assistência à vida diária, o desencorajamento de comportamentos prejudiciais ao indivíduo ou aos outros na dimensão tolerância ao desvio, e o estabelecimento de horários e rotinas que facilitem o dia-a-dia na instituição na dimensão atividades sócio-recreativas. Por fim, no que concerne às características do pessoal e dos residentes foi também possível identificar alguns aspetos que podem constituir-se como facilitadores do acolhimento no institucional e da adaptação das pessoas mais velhas, nomeadamente no que se refere à utilização dos serviços de assistência de vida diária (e.g., elevada utilização, pelos residentes, dos serviços básicos prestados pela instituição, cabeleireiro, assistência no cuidado pessoal e serviços religiosos),

aos recursos humanos (e.g., equipa multiprofissional) e à utilização de atividades sócio-recreativas (e.g., moderada participação dos residentes em determinadas atividades).

Em contrapartida, após uma análise das principais fragilidades da instituição verificamos algumas dimensões que poderão ser, ou fontes de excessiva pressão sobre os residentes, ou pouco estimulantes (Lawton & Nahemow, 1973; Lawton, 1975, 1977). Salientamos as baixas pontuações obtidas em termos de ajudas de orientação (e.g., ausência de relógio e corredores sem diferenciação em termos de cores ou outros aspetos) e acessibilidade à comunidade (e.g., ausência de serviços comunitários tais como cinema, teatro, biblioteca pública, banco, correios ou parque). Para além disso, características organizativas como a reduzida participação dos residentes nas rotinas e tomadas de decisão sobre a ERPI, a baixa clareza organizativa (e.g., inexistência de guias e programas de orientação para os residentes/colaboradores/voluntários) e as limitações em termos da dimensão intimidade poderão estar a contribuir para um desequilíbrio entre as competências individuais dos residentes e o nível de pressão exercido pelo meio. Estas características seriam mais importantes no apoio a residentes que conservem ainda um nível razoável de independência. Como tal a sua ausência poderá comprometer o nível de estimulação dos residentes mais independentes da ERPI em análise. É clara a baixa integração dos residentes na comunidade (e.g., reduzido número de residentes que sai da instituição e contacta com a comunidade) e mesmo um baixo nível de participação dos residentes nas atividades de estimulação desenvolvidas na instituição. A este propósito, Sequeira e Silva (2003) salientam a importância de desenvolver atividades que se enquadrem nas características culturais dos residentes e que permitam alguma continuidade com atividades que realizavam anteriormente, de forma adaptada às capacidades individuais.

Assim, uma análise global dos resultados quer em termos das características individuais dos residentes quer em termos das características ambientais permite-nos verificar que a pressão ambiental exercida pelo contexto institucional não estará inteiramente adequada às competências dos residentes. Verificamos portanto que os indivíduos se situam maioritariamente na quarta-idade, são sobretudo do sexo feminino, apresentam baixa escolaridade ($M=2,4$; $dp=1,8$ anos), elevada dependência nas AIVD, indicadores elevados de défice cognitivo, sintomatologia depressiva e ansiosa, risco elevado de isolamento social e um nível moderado de satisfação com a vida. Algumas características

ambientais poderão exacerbar os resultados da avaliação individual. Por exemplo, a elevada utilização de serviços de assistência na vida diária poderá dificultar o envolvimento dos residentes em atividades estimulantes que permitam manter alguma independência. Se o contexto de ERPI tem tendência para substituir os residentes na realização de tarefas como preparar as refeições, cuidar da roupa, gerir o dinheiro ou fazer compras, estes não necessitam realizar estas atividades e, conseqüentemente, vão perdendo competências. Neste caso, o ambiente estará a ser demasiado facilitador levando a que os residentes percam competências por falta de uso. Será assim necessário aferir se os residentes necessitam de apoio e em que grau nas várias atividades da vida diária e estimular a manutenção da sua independência o máximo de tempo possível. A baixa participação dos residentes em atividades de estimulação e a baixa integração na comunidade poderá também limitar a estimulação intelectual necessária à manutenção do funcionamento cognitivo devendo também estes aspetos ser alvo de análise, no sentido de adequar a estimulação às necessidades e capacidades individuais. Uma forma de promover a estimulação intelectual passaria também pela promoção do envolvimento e participação social, nomeadamente com o incentivo às visitas de familiares e amigos e/ou com a promoção da interação social na ERPI.

É neste sentido que as funções de manutenção, estimulação e suporte do Modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow (1973) se revestem de particular importância. A capacidade da ERPI promover a *manutenção* depende da disponibilização de equipamentos e serviços que contribuam para a previsibilidade do ambiente (Paúl, 2005a). A este nível, considera-se que a ERPI apresenta boa capacidade de manutenção, com espaços reservados aos profissionais, ajudas protésicas para os residentes, minimização das barreiras arquitetónicas e a definição de horários e de regras face a comportamentos aceitáveis e não aceitáveis na instituição.

Por sua vez, a função *estimulação* diz respeito à capacidade do ambiente para apresentar novas fontes de estímulo capazes de conduzir a novos comportamentos (Paúl, 2005a). Consideramos que para um melhor desempenho nesta função, o ambiente da ERPI deveria ajustar as atividades sócio-recreativas às necessidades, capacidades e interesses dos residentes e incentivar mais uma vez a participação ativa dos residentes na ERPI e a integração na comunidade.

Por fim, uma vez que a função de *suporte* nos remete para a compensação da redução ou da perda de competências através, por exemplo, da eliminação de barreiras ou da disponibilização de mecanismos compensatórios (Paúl, 2005a) seria importante que a instituição facilitasse a orientação temporal e espacial dos residentes assim como os serviços disponíveis e a informação disponibilizada. Tendo em consideração que os residentes apresentam elevados níveis de dependência, para além de défice cognitivo, sintomatologia depressiva, ansiosa e risco de isolamento social, seria importante reforçar a equipa com profissionais de enfermagem e de gerontologia social para desenvolver planos individuais mais diferenciados e adequados a cada Pessoa Idosa. Por fim, seria também importante a elaboração de um boletim com regras, procedimentos médicos, horários e/ou serviços para um melhor conhecimento e maior participação dos residentes relativamente ao funcionamento da ERPI.

Em síntese, as funções de manutenção, estimulação e suporte do Modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow (1973; Lawton, 1975, 1977) procuram explicar grande parte dos problemas com que se deparam as pessoas mais velhas e traçar orientações para se obter um ambiente em que o nível de exigência se situe no limite de nível máximo de competência dos indivíduos. No entanto, o principal desafio que se coloca às ERPIs é desenvolver um ambiente que compreenda as capacidades de cada Pessoa Idosa e que estimule cada uma delas até ao limite máximo da sua competência (Paúl, 2005a; Hooyman & Kiyak, 2011).

Limitações do Estudo

Apesar da concretização dos objetivos de investigação, importa referir algumas limitações do estudo que podem comprometer a generalização dos resultados. A reduzida dimensão amostral deste estudo limita a sua capacidade para generalizar os resultados para a população idosa em acolhimento residencial. Para além disso, os resultados reportam-se apenas a uma ERPI selecionada por conveniência. Assim, a análise estatística apresentada é primordialmente descritiva e os testes estatísticos executados serviram apenas para exploração de associações entre variáveis.

Verifica-se ainda que o protocolo de avaliação individual era relativamente longo, tendo sido, no entanto administrado em dois momentos ou com pausas, perante a avaliação

de cansaço dos participantes. Uma última limitação deve-se à utilização parcial do SERA na avaliação das características ambientais da instituição.

Em síntese, destaca-se a necessidade de realizar novos estudos com amostras mais alargadas, utilizar um tipo de amostragem probabilística aleatória, alargar o estudo a um número maior de ERPIs, utilizar o sistema completo do SERA e considerar outras variáveis que a literatura tem sugerido que possam influenciar o EBS, baseando-se numa leitura da Gerontologia Ambiental.

Conclusões e implicações para a prática gerontológica

Apesar das limitações acima enunciadas, este estudo tentou organizar uma análise que permitisse relacionar o perfil individual dos residentes e as características ambientais da ERPI, de acordo com os pressupostos da Gerontologia Ambiental. Para além de uma análise compreensiva das várias dimensões do funcionamento humano, foi possível identificar globalmente três grupos distintos de residentes, atendendo às suas capacidades funcionais e indicadores de défice cognitivo, psicopatologia e risco de isolamento social. Para cada um destes grandes grupos, a ERPI deverá promover a manutenção, estimulação e proteção de formas distintas.

Na avaliação do ambiente residencial, foram identificados alguns elementos facilitadores do equilíbrio entre a competência pessoal e a pressão exercida pelo meio (como as áreas do pessoal, disponibilidade de assistência na vida diária e tolerância ao desvio) bem como algumas fragilidades (como a baixa participação dos residentes nas tomadas de decisão, baixa participação social e integração na comunidade).

Consideramos que a análise dos residentes, do ambiente e da interação pessoa-ambiente desenvolvida neste estudo poderá ser útil para a aplicação na intervenção dos profissionais em Gerontologia Social com pessoas idosas a residir em ERPIs, pois poderá facilitar a organização de linhas de intervenção diferenciada, para além da atenção idiossincrática, que nem sempre é fácil implementar.

Neste sentido, será nuclear utilizar a grelha de leitura da Gerontologia Ambiental para compreender, investigar e intervir no processo de acolhimento em ERPI, capacitando os profissionais de Gerontologia Social para intervir nestas respostas sociais, de forma a promover a melhoria das condições de vida das pessoas idosas e o EBS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. J. P. D. S. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G.L, & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. Brasil: Edições Each.
- Alves, P. A. (2013). *Envelhecer em casa em ambientes predominantemente rurais e moderadamente urbanos: Um estudo de base comunitária em Monção* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Apóstolo, J. (2011). *Adaptation into European Portuguese of the geriatric depression scale (GDS-15)*. XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem, Coimbra, Portugal.
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M., Reis, I. A., Silva, I. A. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3)65, 1-10.
- Arrazola, F. J. L., Lezaun, J. J., Manchola, E. A., & Méndez, A. U. (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir* [manual práctico]. España: Caritas.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and society*, 16(4), 397-422.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental contextualist biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, 1(3), 123-144.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Lifespan theory in developmental sociology. In W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (6th ed.). New York: Wiley.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life span developmental psychology. In P. B. Baltes. & O. G. Brim, Jr. (Eds.). *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Life-span psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Barreto, J. Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). Escala de depressão geriátrica. *Escalas e teste na demência*, 69-72.
- Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2013). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.) *Manual de Gerontologia* (pp.107-127). Portugal: Lidel- Edições técnicas, Lda.
- Bastos, J. C. F., Mohallem, A. G., & Farah, O. G. D. (2008). Ansiedade e depressão em alunos de enfermagem durante o estágio de oncologia, *Einstein*, 6(1), 7-12.
- Bastitoni, S. S. T. (2005). Depressão. In Neri, A. L. Palavras-chave em gerontologia. Campinas, SP: Alínea, pp. 59-61
- Batistoni, S. S. T. (2014). Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 647-657.
- Bernardino, A. R. P. (2013). *Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Caçado, J. Doll & M. L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª Ed.) (pp. 1131-1141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Edições Bial.
- Botelho, M. A. S., & Rendas, A. B. (1997). Avaliação Multidimensional de Idosos: Estudo piloto no ambulatório. *Arquivos de Medicina*. 11(3), 167-172.
- Brown, M., Lapane, K., & Luisi, A. (2002). The management of depression in older nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 69-76.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

- Carneiro, M. M. F. P. (2012). *Gerontologia e qualidade de vida: reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto, Portugal.
- Carrus, G., Fornar, F., & Bonnes, M. (2005). As origens da psicologia ambiental e os «Fatores Externos». In L. Soczka, *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 66-89). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidende for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915.
- Carstensen, L. L. (2009). *A long bright future*. New York: Random House.
- Carstensen, L. L., Fung, H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Carstensen, L. L., & Charles, S. T. (1999). Emotion in the second half of life. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 144-149.
- Carstensen, L. L., & Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult lifespan. *Psychology and Aging*, 9, 259-264.
- Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *American Psychological Society*, 14(3), 117-121.
- Carta Social (2014). *Rede de Serviços e equipamentos. Ministério da Solidariedade, do Emprego e Segurança Social*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP).
- Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Cavaleiro, A., Queirós, P., Azeredo, A., Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2013). Perturbações Afectivo-Emocionais no Contexto de Cuidados em Cuidados Continuados. *Journal of Aging and Inovation*, 2(1), 4-17.
- Castro, M. M. (2014). *Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2003). A life-span view of emotional functioning in adulthood and old age. In P., Costa (Eds.) *Advances in cell aging gerontology series* (pp. 133-162). Amesterdam: Elsevier.
- Cockerham, W. (1991). *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall.
- Cordeiro, D. (1982). *A saúde mental e a vida: Pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Moraes Editores.
- Correia, P. S. D. S. (2009). *Institucionalização em lar e satisfação com a vida em idosos da Cova da Beira* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Cortelleti, I. A., Casara, M. B. B., & Herédia, V. B. M. (2004). *Idoso asilado: Um estudo gerontológico*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Costa, A. B. D. O. (2013). *Bem-estar Subjetivo: validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., & Espirito-Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Ansiedade Geriátrica numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 31-45.
- Davim, R. M., Nunes, V. M. A., Araújo, M. D., Silva, R. A. R., & Alchieri, J. C. (2011). Aspectos relacionados à capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista enfermagem UFPE*, 692-697.
- De Singly, F., & Mallon, I. (2000). A proteção de si no lar de idosos. In F. Singly, *O individualismo na vida comum* (pp. 241-262). Lisboa: Dom Quixote.
- Despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro. Diário da República, 1ª Série – nº47. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Retirado a 21 de Janeiro de 2016 de <http://www.oasrn.org/upload/apoio/legislacao/pdf/asocial1298.pdf>.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 1(55), 34-43.
- Diener, E. (2006). Understanding scores on the satisfaction with life scale. Retirado a 10 de Setembro de 2016 de <https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Understanding%20SWLS%20Scores.pdf>.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

- Direção Geral da Saúde (DGS, 2010). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Regional de Educação (2013). Região Autónoma da Madeira. Governo Regional. Retirado a 17 de Novembro de 2016 de http://www02.madeira-edu.pt/dre/educacao_adultos/tabid/341/ctl/Read/mid/1219/Informacaoid/2411/UnidadeOrganicaId/5/Default.aspx.
- Duarte, M., & Paúl, C. (2006). Avaliação do ambiente institucional - público e privado: Estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), pp. 17-29.
- Duca, G.F.D., Silva, M.C., & Hallal, P.C. (2009). Incapacidade funcional para actividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 43, 796-805.
- Emmons, R. A., & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11(1), 89-97.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de percursos. Um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado). Universidade Portucalense, Porto, Portugal.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid: Imsero
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Personal and environmental relationships among the elderly living in residential settings. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26, 185-198.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2004). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Hogrefe Publishing.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la Psicología*. Espanha: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., & Rodríguez (2004). Ambiente y vejez. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia social* (pp.251-272). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferretti, F., Socol, B. F., Albrecht, D. C., & Ferraz, L. (2014). Viver a Velhice em Ambiente Institucionalizado. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(2), 423-437.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Fonseca, A. M. (2005a). A Psicologia desenvolvimental do ciclo de vida. In A. M. Fonseca (Ed.), *Desenvolvimento humano e envelhecimento: A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida* (pp. 77-113). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005b). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 285-315). Lisboa: Climepsi Editores.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, pp.41-48.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Importância do rastreio cognitivo na população idosa. *Temas em psicologia do envelhecimento*, 3(1), 4-24.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). Mini Mental State Examination (MMSE): Normative study for the Portuguese Population in a community stratified sample. *Applied Neuropsych Adults*, 22.
- Groger, L. (1995). A nursing home can be a home. *Journal of Aging Studies*, 9(2), 137-153.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2011). The Growth of Social Gerontology. In N. R. Hooyman & H. A. (Eds), *Social Gerontology: A multidisciplinary Perspective* (pp.3-42). Boston: Allyn and Bacon.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, 2007). *Guia Prático: Manual dos Processos-Chave da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, 2014). *Guia Prático Constituição de Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012). Estatísticas Demográficas 2010. Retirado a 5 de Setembro de 2016 de file:///C:/Users/User/Downloads/ED_2010.pdf.
- Jacob, L. (2001). *Os serviços para Idosos em Portugal* (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE), Lisboa, Portugal.

- Jean, L., Bergeron, E., Thivierge, S., & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 18(4), 281-296.
- Kahana, E., & Kahana, B. (2003). Contextualizing successful aging: New direction: New direction in age-old search. In R. Settersten, Jr. (Ed.), *Invitation to the lifecourse: A new look at old age* (pp. 225-255). Amityville, NY: Baywood Publications.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N. J., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wikle, P. J. Whitehouse & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life span: intergenerational issues in health* (pp.101-122). New York: Spring Publishing Company, Inc.
- Khan, L., & Antonucci, C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. In P. B. Baltes, & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp. 254-283). New York: Academy Press.
- Khan, R. L. (2002). On "successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Khan". *The Gerontologist*, 42(6), 725-726.
- Lang, F. R. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journal of Gerontology*, 56 (6), 321-326.
- Lawton, M. (1989). Measuring Caregiving Appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, 61-71.
- Lawton, M. P. (1997). Measures of quality of life and subjective well-being. *Generations*, 21(1), 45-48.
- Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer, & M. P. Lawton (Eds.), *Psychology of adult development and aging* (pp.619-624). Washington DC: American Psychology Association.
- Leite, V., Carvalho, E. M., Barreto, K., & Falcão, I. (2006). Depressão e envelhecimento: Estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 31-38.
- Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health*, 11, 42-52.
- Lubben, J., Blozik, E., Gilman, G., Iliffe, S., Kruse, W. V., Beck, J.C., & Stuck, A.E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46(4), 503-13.
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long-term mediators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National academy of Sciences of the United States of America*, 101(46), 16369-16373.
- Macedo, M. C. (2014). Transição e adaptação ao lar: um estudo qualitativo (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mailloux-Poirier, D., & Berger, L. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Martins, A. (2006). Envelhecimento, Sociedade e Cidadania. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), 77-78.
- Martins, R. M. L. (2010). Os idosos e as actividades de lazer. *Millenium*, 38, 243-251.
- Martins, C. C. R. M. (2012). Envelhecimento Bem-Sucedido e Recursos ecológicos: Estudo de base comunitária no núcleo urbano de Angra do Heroísmo (Açores) (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Matias, C. C. G. E. (2010). *Satisfação com a vida e com o lar: Um estudo em cenários institucionais* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- McAuley, W. J., & Baird-Holmes, D. (1999). The medically vulnerable: their health risks, health status, and use of physician care. *Journal of health care for the poor and underserved*, 10(2), 186-200.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11(3), 439-453.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 291-295.
- Mesquita, Z. R. V. V. (2013). *Institucionalização, satisfação e qualidade de vida do idoso* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Algarve, Portugal.

- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 18-23.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia* (3ªed.). Campinas: Alinea.
- Neri, M. (2004). Velhice bem sucedida: aspetos afetivos e cognitivos. *Psico-ESF*, 1(9), 109-110.
- Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: Aspetos psicossociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2, 297-332.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano, & J. Marques (Eds.). *A ação educativa: análise psicossocial* (pp.105-117). Leiria: Portugal: ESEL/APPORT.
- Nunes, D., Nakatani, A., Silveira, E., Bachion, M., & Souza, M. (2008). Capacidade funcional, condições económicas e de saúde de idosos atendidos por equipas de Saúde da Família Goiânia. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2887-2898.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A., Cruvinel, M., & Neri, A. L. (2006). Ansiedade, depressão e desesperança em idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359.
- Organização Mundial da Saúde (OMS, 1990). *WHO child care facility schedule*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001- Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Retirado a 23 de Abril de 2016 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01por.pdf?ua=1.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.
- Paixão, C.M., & Reichenheim, M.E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 21, 7-19.
- Pamerlee, P. A., Katz, I. R., & Lawton M. P. (1989). Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, 44, 22-29.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspetiva ecológica em Psicogerontologia* (Dissertação de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005a). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.). *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. Fonseca (Coords). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp.21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Ed.) *Manual de Gerontologia – Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp.1-17). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). Apresentação. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp.15-18). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Porto: Editora Lidel.
- Pereira, V. P. S. (2013). Avaliação multidimensional da população com 65+anos no perímetro urbano de Santo Tirso: Contributos para o Plano Gerontológico Municipal (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de instituição para idoso morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (2), 1-8.
- Pimentel, L. (2005). O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pinhel, M. J. J. M. (2011). *A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.
- Plati, M., Priscila, C., Lukasova, K., & Macedo, E. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28 (2), 118-121.

- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236.
- Portaria nº67/2012, de 21 de Março. Diário da República nº58, 1ª série. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.
- Rebelo, A. S. A. (2015). *Envelhecer ativamente num Lar de Idosos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social, Porto, Portugal.
- Resende, M.C., Bones, V.M., Souza, I.S., & Guimarães, N.K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicología para América Latina*, 5. Retirado a 14 de Outubro de 2016, de <http://scielo.bvs-psi.org.br>.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Porto: Lidel.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging and Mental Health*, 15(6), 742-748.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15, 217-234.
- Rodrigues, M. J. A. (2016). Suporte social, ansiedade, depressão e qualidade de vida de pessoas idosas a residir na comunidade e em ERPI (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Dissertação de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda.
- Rodrigues, S. I. (2011). *A satisfação com a vida de idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. V., & Chitas, P. (2013). *Portugal e a Europa: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, W. & Khan, L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, W., & Khan, L. (1998). The structure of successful aging. In J. W. Rowe & R. L. Khan (Eds.). *Successful aging* (pp. 36-52). New York: Pantheon Books.
- Rowland, D. T. (2009). Global Population Aging: History and Prospects. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population aging* (pp.37-65). Australia: Springer Science Business Media B. V.
- Santos, F., Sobral, M., Ribeiro, Ó., & Costa A. (2003). Estudo de prevalência da depressão numa população idosa institucionalizada. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 15(154), pp. 10-20.
- Santos, S. S. (2010). Conceções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6),1035-1039.
- Schaie, K. W. (1994). The course of adult intellectual development. *The American Psychologist*, 49 (4), 304-313.
- Schaie, K., Sherry L., Willis, & Caskie, I. (2004). The Seattle Longitudinal Study: Relationship Between Personality and Cognition. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 11,304-324.
- Schneider, R. H., Marcolin, D., & Dalacorte, R. R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica*, 18(1), 4-9.
- Seco, G. M., Casimiro, M. C., Pereira, M. I., Dias, M. I., & Custódio, S.M. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Seixas, E. J. C. N. D. (2014). *A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2003). O bem-estar da Pessoa Idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Singh, K., & Jha, S. (2008). Positive and Negative Affect, and Grit as predictors of Happiness and Life Satisfaction. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 40-45.
- Siquenique, S. (2016). *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo: domínios e Instrumentos de Avaliação* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal.

- Soczka, L. (2005). As raízes da Psicologia Ambiental. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 36-66). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, L., Patrão, M., & Vicente, H. (2012). Famílias e Envelhecimento: O último estágio do ciclo de vida. In C. Paúl & O. Ribeiro (Cords.). *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp.255-271). Lisboa: Lidel Editores.
- Sousa, S. M. T. R. D. (2013). *Participação dos idosos nas atividades de desenvolvimento pessoal* (Relatório de Estágio de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal.
- Tier, C. G., Fontana, R. T., & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira Enfermagem*, 57(3), 332-335.
- Tonarelli, L. (2010). Life satisfaction in older people: fostering happiness and contentment with life in elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3).
- Valcarenghi, R. V., Santos, S. S., Barlem, E. L., Pelzer, M. T., Gomes, G. C., & Lange, C. (2011). Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(6), 828-833.
- Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatría* (pp.489-498). Coimbra: Livraria Almedina.
- Vieitas, M. D. S. (2016). *O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Portugal.
- Vigário, V. R. M. (2012). *Diferenças no funcionamento cognitivo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga: Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra, Portugal.
- Wahl, H., & Oswald, F. (2009). Environmental Perspectives on Ageing. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.). *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (pp. 111-122). Los Angeles: SAGE.
- World Health Organization (WHO, 2002). *Missing Voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., 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. Consentimento Informado

Instituto Politécnico de Viana do Castelo – IPVC

Escola Superior de Educação

Código: _____

Mestrado em Gerontologia Social

O presente estudo subordinado ao tema Envelhecimento Bem-Sucedido e Avaliação Gerontológica Multidimensional em respostas de retaguarda à velhice: um estudo numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas insere-se no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e tem como finalidade analisar o perfil e funcionamento de residentes de uma ERPI e relacionar as características dos residentes com as características físicas, organizativas e sociais da instituição. Com este estudo pretende-se contribuir para a melhoria da prática gerontológica em contexto institucional.

Fui informado que, para participar neste estudo, me será pedido para responder a um protocolo de investigação com perguntas abertas e fechadas.

Tenho conhecimento de que os objetivos deste estudo, para o qual fui convidado(a) a participar, foram estabelecidos por uma equipa de investigação do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Compreendi que a minha participação é **voluntária** e que os dados/informação recolhida que eu fornecer serão mantidos **anónimos e confidenciais**, sendo utilizados apenas para os fins deste estudo/investigação.

Assim, dou o meu consentimento informado de livre vontade para participar neste trabalho, sabendo que poderei desistir em qualquer momento do estudo, se assim o entender.

Data __/__/__

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome do Investigador: _____

Assinatura do Investigador: _____

Observação:

Caso seja necessária informação adicional gostaríamos de saber se está disponível para ser contactado(a) e pedimos que deixe os seus contactos:

Telemóvel: _____ Email: _____

Morada: _____

Autorizo que seja consultado o meu processo para informação adicional.

Data __/__/__

Assinatura do Participante: _____

Anexo 2 – Tabelas de descrição dos resultados

Tabela A1. Funcionalidade para as atividades básicas da vida diária

	Participantes (n=18)	
	n	%
Alimentação		
Independente	13	72,2
Necessidade de alguma ajuda	4	22,2
Dependente	1	5,6
Vestir		
Totalmente Independente	10	55,6
Necessidade de alguma ajuda	7	38,9
Dependente	1	5,6
Banho		
Totalmente independente	10	55,6
Dependente	8	44,4
Higiene Corporal		
Totalmente independente	11	61,1
Dependente	7	38,9
Utilizar casa de banho		
Independente	10	55,6
Necessita de ajuda	6	33,3
Dependente	2	11,1
Controlo intestinal		
Independente	16	88,9
Incontinência Ocasional	2	11,1
Incontinente fecal	0	0
Controlo vesical		
Independente	15	83,3
Incontinência Ocasional	3	16,7
Incontinente ou algaliado	0	0
Subir escadas		
Independente sobe e desce escadas	7	38,9
Necessita de ajuda	9	50,0
Dependente	2	11,1
Transferência cadeira cama		
Independente	10	55,6
Necessita de ajuda mínima	6	33,3
Necessita de grande ajuda	1	5,6
Dependente	1	5,6
Deambulação		
Independente	10	55,6
Necessita de ajuda	6	33,3
Independente com cadeira de rodas	0	0
Dependente	2	11,1

Tabela A2. Pontuação dos participantes por item do índice de Lawton

	Total	
	(n=18)	
	n	%
Cuidar da Casa		
Cuidar da casa sem ajuda	2	11,1
Faz tudo exceto trabalho pesado	4	22,2
Só faz tarefas leves	4	22,2
Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	22,2
Incapaz de fazer alguma coisa	4	22,2
Lavar a roupa		
Lava a sua roupa	2	11,1
Só lava pequenas peças	7	38,9
Incapaz de lavar a sua roupa	9	50,0
Preparar comida		
Planeia, prepara/serve sem ajuda	2	11,1
Prepara se lhe derem os ingredientes	3	16,7
Prepara pratos pré-cozinhados	1	5,6
Incapaz de preparar as refeições	12	66,7
Ir às compras		
Faz compras sem ajuda	1	5,6
Só faz pequenas compras	2	11,1
Faz compras acompanhado	1	5,6
Incapaz de ir às compras	14	77,8
Uso do telefone		
Usa-o sem dificuldade	2	11,1
Só liga para lugares familiares	1	5,6
Necessita de ajuda para o usar	12	66,7
Incapaz de usar o telefone	3	16,7
Uso de transporte		
Viaja em transporte público ou conduz	3	16,7
Só anda de táxi	0	0
Incapaz de usar transporte	15	83,3
Uso de dinheiro		
Paga as contas, vai ao banco, etc	1	5,6
Só pequenas quantidades de dinheiro	3	16,7
Incapaz de utilizar o dinheiro	14	77,8
Responsável pela medicação		
Responsável pela sua medicação	2	11,1
Necessita que lhe preparem a medicação	15	83,3
Incapaz de se responsabilizar pela medicação	1	5,6

Tabela A3. Análise do Funcionamento Cognitivo (MMSE)

Itens	Resposta Correta		Resposta Incorreta	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Orientação				
Ano	6	33,3	12	66,7
Mês	13	72,2	5	27,8
Dia do Mês	3	16,7	15	83,3
Dia da semana	14	77,8	4	22,2
Estação do ano	10	55,6	8	44,4
País	17	94,4	1	5,6
Distrito	18	100,0	0	0
Terra	12	66,7	6	33,3
Casa	18	100,0	0	0
Andar	12	66,7	6	33,3
Retenção				
Pêra	15	83,3	3	16,7
Gato	17	94,4	1	5,6
Bola	16	88,9	2	11,1
Atenção e cálculo				
Calculo 27	9	50,0	9	50,0
Calculo24	11	61,1	7	38,9
Calculo 21	10	55,6	8	44,4
Calculo 18	7	38,9	11	61,1
Calculo 15	7	38,9	11	61,1
Evocação				
Pêra	10	55,6	8	44,4
Gato	10	55,6	8	44,4
Bola	4	22,2	14	77,8
Linguagem				
Relógio	17	94,4	1	5,6
Lápis	17	94,4	1	5,6
Repete frase	15	83,3	3	16,7
Pega com a mão	15	83,3	3	16,7
Dobra ao meio	17	94,4	1	5,6
Coloca	17	94,4	1	5,6
Lê frase	13	12,2	5	27,8
Escreve frase	14	77,8	4	22,2
Habilidade Construtiva				
Desenha	6	33,3	12	66,7

Tabela A4.Descrição dos itens da GDS

	Participantes			
	(n=18)			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Está satisfeito com a sua vida?	5	27,8	13	72,2
Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	16	88,9	2	11,1
Sente a sua vida vazia?	7	38,9	11	61,1
Fica muitas vezes aborrecido (a)?	11	61,1	7	38,9
Está bem-disposto (a) a maior parte do tempo?	4	22,2	14	77,8
Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	15	83,3	3	16,7
Sente-se feliz a maior parte do tempo	4	22,2	17	77,8
Sente-se muitas vezes desamparado (a)?	9	50,0	9	50,0
Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	10	55,6	8	44,4
Acha que tem mais dificuldade de memória que os outros?	10	55,6	8	44,4
Pensa que é muito bom estar vivo?	16	88,9	2	11,1
Sente-se inútil?	4	22,2	14	77,8
Sente-se cheio (a) de energia?	10	55,6	8	44,4
Sente que para si não há esperança?	6	33,3	12	66,7
Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o Senhor (a)?	7	38,9	11	61,1

*A negrito estão os resultados relativos à resposta que indica sintomatologia depressiva.

Tabela A5. Descrição dos itens da Escala de Ansiedade Geriátrica

	Participantes			
	(n=18)			
	Concordo		Discordo	
	n	%	n	%
Ando preocupado(a) a maior parte do tempo	9	50,0	9	50,0
Tenho dificuldade em tomar decisões	13	72,2	5	27,8
Sinto-me muitas vezes inquieto(a)	14	77,8	4	22,2
Tenho dificuldades em descontrair	8	44,4	10	55,6
Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações	10	55,6	8	44,4
Aflijo-me muito com coisas sem importância	14	77,8	4	22,2
Sinto muitas vezes um peso na cabeça	12	66,7	6	33,3
Considero-me uma pessoa ocupada	11	61,1	7	38,9
Não consigo deixar de me preocupar, mesmo com coisas simples do dia-a-dia	10	55,6	8	44,4
Sinto-me muitas vezes nervoso(a)	14	77,8	4	22,2
Muitas vezes os meus próprios pensamentos deixam-me ansioso(a)	16	88,9	2	11,1
Sinto-me muitas vezes tenso(a)	12	66,7	6	33,3
Penso que sou uma pessoa nervosa	13	72,2	5	27,8
Acho que vai sempre acontecer o pior	6	33,3	12	66,7
Sinto muitas vezes um nervosismo interior	14	77,8	4	22,2
Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida.	13	72,2	5	27,8
Sinto-me muitas vezes paralisado(a) pelas minhas preocupações	10	55,6	8	44,4
Tenho muitas vezes a cabeça vazia	8	44,4	10	55,6
Deixo de fazer coisas por me preocupar demasiado	10	55,6	8	44,4
Sinto-me muitas vezes aflito(a)	13	72,2	5	27,8

Tabela A6. Análise do funcionamento interpessoal (LSNS-6)

	Participantes (n=18)			
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>Amplitude Teórica</i>
Família	5,39	4,2	0-15	0-15
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	1,89	1,2	0-5	0-5
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	1,94	1,3	0-5	0-5
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	1,56	0,9	0-3	0-3
Amigos	4,33	3,1	0-15	0-15
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	1,78	1,4	0-4	0-4
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?	1,44	1,1	0-3	0-3
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	1,11	0,9	0-3	0-3

Anexo 3 – Teste Estatístico

Tabela A7. Teste de Kolmogorov-Smirnov

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra										
		idade	Escola	soma_barthel	soma_lawton	soma_lubben	soma_gds	soma_GAI	soma_satisfa ção_vida	soma_MMSE
N		26	26	18	18	18	18	18	18	18
Parâmetros normais ^{a,b}	Média	80,88	2,04	77,50	22,67	9,72	8,1111	12,7778	20,11	20,44
	Desvio Padrão	9,981	1,822	26,248	5,156	4,240	2,42266	6,41281	4,739	4,605
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	,197	,292	,248	,248	,141	,177	,192	,148	,111
	Positivo	,084	,292	,196	,150	,141	,177	,130	,148	,111
	Negativo	-,197	-,278	-,248	-,248	-,089	-,100	-,192	-,085	-,081
Estatística do teste		,197	,292	,248	,248	,141	,177	,192	,148	,111
Significância Assint. (Bilateral)		,011 ^c	,000 ^c	,005 ^c	,005 ^c	,200 ^{c,d}	,142 ^c	,077 ^c	,200 ^{c,d}	,200 ^{c,d}

a. A distribuição do teste é Normal.

b. Calculado dos dados.

c. Correção de Significância de Lilliefors.

d. Este é um limite inferior da significância verdadeira.